

УДК 616-006.81.04

НОВООБРАЗОВАНИЕ КОЖИ У БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Л.В. Пузырева¹, В.Д. Конченко², Л.М. Далабаева²

¹ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет Минздрава РФ, г. Омск

²БУЗОО «Инфекционная клиническая больница № 1 им. Д.М. Далматова», Омск

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, рак волосяного фолликула, ВИЧ-неассоциированные опухоли

В работе описаны проявления и динамика развития ВИЧ-неассоциированной опухоли. У 35-летнего пациента с ВИЧ-инфекцией наблюдалось динамичное и агрессивное развитие рака волосяного фолликула на фоне отсутствия лечения высокоактивными антиретровирусными препаратами.

В период массового распространения эпидемии ВИЧ-инфекции [1–3] одной из причин летального исхода являются злокачественные новообразования [4], которые встречаются в 9–30% случаев [5, 6]. Известно, что в популяции ВИЧ-инфицированных людей увеличивается количество диагностируемых злокачественных опухолей, как ВИЧ-ассоциированных, так и ВИЧ-неассоциированных, которые сопровождаются иммуносупрессией, высокой вирусной нагрузкой, характеризуются поздней диагностикой инфекционного и онкологического процессов [7]. Риск увеличения развития саркомы Капоши у больных с ВИЧ-инфекцией увеличивается в 545 раз, неходжкинских лимфом – в 24,6 раза, рака прямой кишки – в 8,2 раза, лейкоза – в 2,4 раза, рака легких – в 1,9 раза по сравнению с риском для населения в целом [8]. Ведущим фактором, снижающим развитие онкозаболеваний у ВИЧ-инфицированных, является своевременное применение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) [9]. Однако, по мнению других авторов, проведение ВААРТ существенно не влияет на продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных больных с онкологическими заболеваниями [7].

Новообразования кожи являются самой распространенной в мире онкологической патологией [10]. При изучении источников литературы в основном описаны случаи рака кожи у ВИЧ-негативных больных и крайне мало при ВИЧ-инфекции. В связи с этим мы решили описать яркий клинический случай рака кожи у больного с ВИЧ-инфекцией.

Пациент А., 1980 г.р., житель г. Омска. ВИЧ-инфекция была выявлена в ноябре 2009 г. при случайном обращении за медицинской помощью. Заражение ВИЧ-инфекцией произошло половым путем. При обследовании в ноябре 2015 г. уровень СД4⁺ лимфоцитов составлял 9%, 26 кл/мкл. Уровень вирусной нагрузки составил 334 732 копий/мл. Пациент начал прием ВААРТ с 02.2016 г.: зидовудин/ламивудин, лопинавир+ритонавир. В июне прием препаратов прекратил самовольно.

В августе случайно ударился лбом об дверной косяк. Сформировалась гематома. С 05.09.2015 по 11.09.2015 г. находился на лечении в отделении гнойной хирургии. Проводилась антибактериальная, инфузионная терапия, полуспиртовые компрессы. В ходе проводимой терапии и динамического наблюдения отмечалась положительная динамика. Локально: в области лба инфильтрат до 5 см, умеренно болезненный при пальпации. Симптом флюктуации отрицательный. Был выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение и наблюдение у хирурга по месту жительства.

В дальнейшем образование в области лба увеличилось в размерах, и пациент обратился за консультацией к врачу-онкологу. С 19.11.2015 по 11.12.2015 г. находился на лечении в хирургическом отделении Клинического онкологического диспансера. При проведении МСКТ черепа от 19.11.2015 г.: в мягких тканях лобной области справа инфильтрат 54×25 мм, кзади от образования деструкция лобной кости на протяжении 8 мм с пристеночным утолщением слизистой лобных пазух. 20.11.2015 г. была произведена биопсия лобной области, гистологически определена пиломатриксарцинома (рак волосяного фолликула). 08.12.2015 г. обсужден на консилиуме, где был выставлен диагноз: ЗНО кожи лобной области, St:4; T4, N:XM:1, клиническая группа:

Адрес для корреспонденции

Лариса Владимировна Пузырева
E-mail: puzirevalv@mail.ru

4. Учитывая распространение опухолевого процесса и морфологию опухоли, специальные виды лечения не показаны (рис. 1). В дальнейшем 11.12.2015 г.



Рис. 1. Фото пациента с диагностированным раком волосяного фолликула в прямой проекции от 20.12.2015 г.

пациент был переведен в Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Инфекционную клиническую больницу № 1 им. Д.М. Далматова» для решения вопроса о лечении ВИЧ-инфекции. Пациенту была проведена иммунограмма, по результатам которой уровень СД4⁺ лимфоцитов составил 4%, 13 кл/мкл. Уровень вирусной нагрузки составил 1 992 232 копий/мл. Было начато лечение зидовудин/ламивудин, лопинавир+ритонавир. ЭКГ от 12.12.2015 г., рентгенография органов грудной клетки от 12.12.2015 г. – без патологических изменений. УЗИ абдоминальное от 13.12.2015 г.: увеличены лимфатические узлы брюшной полости до 14–18 мм. МТС печени. Был выписан 25.12.2015 г. на амбулаторное лечение. Диагноз основной: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4Б, прогрессирование на фоне отсутствия ВААРТ. Вторичные заболевания: пиломатриксарцинома кожи лобной области, St:4; T4, N:XM:1, клиническая группа: 4. Сопутствующий: анемия легкой степени (рис. 1, 2).

В Российской Федерации (РФ) отмечается устойчивая тенденция роста заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО). В 2014 г. распространенность ЗНО населения России достигла 2252,4 на 100 тыс. населения [11]. В структуре онкологических заболеваний ЗНО кожи находится на первом месте среди всей злокачественной патологии, и в настоящее время эпидемиологическая ситуация по ЗНО кожи в РФ характеризуется неуклонным ростом [12, 13]. В 2014 г. в РФ заболеваемость раком кожи, по грубым подсчетам, составила 48,72, а в Сибирском федеральном округе (СФО) – 47,1 на 100 тыс. населения [11]. При этом заболеваемость мужского населения выше, чем женского. В РФ в 2014 г. заболеваемость раком мужчин составила 38,69, в СФО – 36,86 на 100 тыс. населения [11].



Рис. 2. Фото пациента с диагнизиованным раком волосяного фолликула в боковой проекции от 20.12.2015 г.

Во многих источниках литературы указывается о частой верификации рака кожи у людей в возрасте после 50 лет [13–15], провоцирующими причинами которого являются экзогенные факторы, такие как ультрафиолетовое и радиоактивное излучение, а также эндогенные (этнические) [16, 17].

В описанном нами клиническом случае больной был мужского пола, но молодого возраста – 35 лет, при этом имеется четкая связь возникновения новообразования лба после травмы. Вероятнее всего, это объясняется наличием ВИЧ-инфекции у наблюдавшего больного; в литературе же чаще описаны случаи ЗНО у ВИЧ-негативных лиц.

Анализируя источники литературы, было выявлено наличие минимальной информации по раку волосяного фолликула, так как эта нозология встречается очень редко в отличие от, например, базальноклеточного рака, меланомы кожи [13, 17].

Запущенные случаи рака кожи в равной степени обусловлены как поздним обращением пациентов к врачу (49,5%), так и врачебными ошибками (50,5%) в клинической диагностике на доонкологическом амбулаторно-поликлиническом этапе диагностического маршрута больных [18]. В описанном нами случае сложно судить о причине позднего выявления. Пациент при наличии гематомы обратился к хирургу, при этом из выписки было понятно, какое лечение было проведено. На данном этапе либо не возникло сомнений в правильном диагнозе и настороженности на онкопатологию, и развитие опухоли произошло позже, либо было невнимательное обследование больного.

Скорость развития опухоли зависит от многих факторов: от агрессивности раковых клеток, пораженного органа, физического, термического и иного воздействия, пола, наличия сопутствующей

патологии и массы других [18, 19]. В данном случае мы можем утверждать, что рак волоссяного фолликула был точно верифицирован через 2 мес от начала обращения за медицинской помощью, а фактором, стимулирующим рост опухоли, – наличие ВИЧ-инфекции с выраженным иммунодефицитом при отсутствии ВААРТ.

Таким образом, существуют проблемы, требующие решения со стороны служб, занимающихся вопросами ВИЧ-инфекции и онкологии. Недостаточная выявляемость злокачественных новообразований среди больных с ВИЧ-инфекцией, особенно ВИЧ-неассоциированных неоплазий, объясняется низким уровнем профессиональной компетентности специалистов. Выявление неоплазий у ВИЧ-инфицированных людей преимущественно на поздних стадиях инфекционного и онкологического процессов свидетельствует о необходимости совершенствования организационных подходов к диспансерному наблюдению пациентов, обучению врачей-инфекционистов основным вопросам онкологии.

ЛИТЕРАТУРА

- Мордыш А.В., Пузырева Л.В., Татаринцева М.П., Гапоненко Г.Е. Эпидемическая обстановка по туберкулезу в Омске за период с 1991 по 2009 год. Туберкулез и болезни легких. 2011, № 8, с. 23–26.
- Довгополюк Е.С., Пузырева Л.В., Сафонов А.Д., Мордыш А.В., Тюменцев А.Т., Левахина Л.И. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Сибирском федеральном округе в 2014 году. ЖМЭИ. 2016, № 2, с. 37–41.
- Мордыш А.В., Пузырева Л.В., Ситникова С.В., Радул В.В. Эпидемическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Омской области с 1996 по 2013 г. Медицинский альманах. 2014, № 2 (32), с. 62–64.
- Пузырева Л.В., Сафонова А.Д., Назарова О.И., Антипов Т.В., Фурсевич Л.Н., Зеленов А.В., Мусин М.А., Балабохина М.В., Вербанов А.В. Основные клинические причины летальных исходов у ВИЧ-инфицированных больных в Омской области в 2012–2015 годах. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2016, т. 8, № 3, с. 59–64.
- Crum-Cianflone N., Hullsiek K.H., Marconi V. et al. Trends in the incidence of cancers among HIV infected persons and the impact of antiretroviral therapy: a 20-year cohort study. AIDS. 2009, v. 23, p. 41–50.
- Engels E.A., Biggar R.J., Hall H.I. et al. Cancer risk in people infected with human immunodeficiency virus in the United States. Int. J. Cancer. 2008, v. 123, p. 187–194.
- Рассохин В.В., Леонова О.Н., Пантелеева О.В., Смирнова Н.Л., Фоменкова Н.В., Загдын З.М., Беляков Н.А. Частота и характер онкологических заболеваний у больных с ВИЧ-инфекцией до и на фоне применения высокоактивной антиретровирусной терапии. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012, т. 4, № 4, с. 34–43.
- Hoffmann C., Rockstroh J.K. HIV 2009 A Textbook – free available. Hamburg: Medizin Focus Verlag. 2009, 670 p.
- Burgi A., Brodine S., Wegner S. et al. Incidence and risk factors for the occurrence of non AIDS defining cancers among human immunodeficiency virus infected individuals. Cancer. 2005, v. 104, p. 1505–1511.
- Кудрина М.И., Насникова И.Ю., Макаренко Л.А., Маркина Н.Ю., Каллистов В.Е. Неинвазивная диагностика рака кожи. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2010, № 3, с. 49–53.
- Злокачественные новообразования России в 2014 году. Заболеваемость и смертность. Под ред. А.Д. Капрена, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. Филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России. 2016, 250 с.
- Кубанова А.А., Мартынов А.А. Место злокачественных новообразований кожи в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации. Организация здравоохранения, профилактика. 2007, № 6, с. 19–24.
- Дерматоонкология (злокачественные новообразования кожи, первичные лимфомы кожи): атлас, под общ. ред. проф. Н.В. Кунгурева. Екатеринбург: Издательско-полиграфическое предприятие «Макс-Инфо». 2016, 168 с.
- Семешко О.Г. ВИЧ-инфекция и риск развития злокачественных опухолей. Новая наука: Стратегии и векторы развития. 2016, № 1–3 (58), с. 48–51.
- Малишевская Н.П., Бакуров Е.В., Берзин С.А., Снигирев В.В. Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи в Свердловской области и медико-социальные последствия поздней диагностики. Уральский медицинский журнал. 2011, № 8 (86), с. 29–35.
- Cicarma E., Porojnicu A.C., Lagunova Z. et al. Sun and sun beds: inducers of vitamin D and skin cancer. Anticancer Research. 2009, No. 29, p. 3495–3500.
- Рукша Т.Г., Аксененко М.Б., Гырылова С.Н. Злокачественные новообразования кожи: анализ заболеваемости в Красноярском крае, проблемы профилактики и совершенствования ранней диагностики. Вестник дерматологии и венерологии. 2010, № 4, с. 4–9.
- Кунгурев Н.В., Малишевская Н.П., Кохан М.М., Игликов В.А. Злокачественные новообразования кожи: заболеваемость, ошибки диагностики, организация раннего выявления, профилактика. Курган: Зауралье, 2010, 232 с.
- Кряжев Д.А., Кожевникова В.В., Кочергин А.В., Зеленина Л.В., Анализ канцерогенного риска здоровью населения от загрязнения атмосферного воздуха и заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи. Альманах молодой науки. 2015, № 4, с. 3–6.

Статья поступила 10.10.2016 г., принята к печати 07.11.2016 г.

Рекомендована к публикации Т.К. Харатишвили

SKIN NEOPLASM ON PATIENT WITH HIV INFECTION

Puzyreva L.V.¹, Konchenko V.D.², Dalabayeva L.M.²

¹FGBOU IN the Omsk State Medical University of the Ministry of Health the Russian Federation, Omsk, Russia

²BUZOO «An Infectious Hospital No. 1 of D.M. Dalmatov», Omsk, Russia

Key words: HIV infection, cancer of a hair follicle, HIV-not associated tumors

Implications and dynamics of development of HIV-not associated tumor are described in this article. 35 year old patient with HIV infection had dynamic and aggressive development of cancer of a hair follicle without highly active antiviral drugs.