

© Колектив авторів, 2024  
УДК 616.527.4+616.834-002.152+616-009.11  
DOI 10.11603/1681-2727.2024.1.14414

В. В. Височанська<sup>1, 2</sup>, І. В. Поляк<sup>2</sup>, А. І. Когутич<sup>1, 2</sup>, М. С. Бабич<sup>2</sup>, А. А. Галамба<sup>1</sup>

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ РАМЗІ-ХАНТА II ТИПУ У ХВОРОГО НА СНІД

<sup>1</sup>Ужгородський національний університет», <sup>2</sup>Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна інфекційна лікарня» Закарпатської обласної ради

*Мета роботи – описати випадок синдрому Рамзі-Ханта II типу у пацієнта із синдромом набутого імунodefіциту, висвітлити особливості диференційної діагностики та способу лікування цього синдрому.*

*Після появи везикул на шкірі дерматологом призначено мазок Тцанка й отримано позитивний результат. Встановлено діагноз вульгарної пухирчатки та призначено комбінований препарат бетаметазон внутрішньом'язово з тривалим часом дії. Використання глюкокортикостероїду (ГКС) спричинило значне погіршення стану пацієнта. При додатковому обстеженні хворого методом ПЛР у крові було виявлено ДНК до герпес-вірусу 3-го типу (VZV). Було відмінено ГКС і призначено валацикловір, що забезпечило покращення клінічного стану хворого: загоєння виразок на шкірі, зменшення симптомів парезу обличчя та глухоти.*

**Ключові слова:** ВІЛ, Varicella Zoster virus, вульгарна пухирчатка.

Синдром Рамзі-Ханта (СХР) – це різновид гострого оперізувального герпесу, який виникає внаслідок реактивації вірусу вітряної віспи в колінчастому ганглії. Клінічна картина СХР включає везикулярний висип на вусі як наслідок реактивації VZV (herpes zoster oticus) або на слизовій оболонці порожнини рота, що супроводжується гострим периферичним паралічем лицевого нерва. Часто залучаються інші черепні нерви, зокрема V, IX, XI і XII. Додаткова варіабельність клінічної картини пов'язана з різними моделями ураження шкіри, що пояснюється окремими анастомозами між черепними і шийними нервами [1]. Діагностується СХР на основі анамнезу, клінічних і неврологічних проявів [2]. При дослідженні полімеразною ланцюговою реакцією (ПЛР) виявляють ДНК вірусу оперізувального герпесу (VZV) в ексудатах із зішкрібів вух, слюзи, слини, крові або ліквору [3]. При пробі Тцанка (мікроскопічне дослідження пофарбованого за Райтом або Гімзом зішкрібу з основи везикули) виявляють акантолітичні багатоядерні гігантські клітини [4].

На відміну від СХР вульгарна пухирчатка характеризується циркулюючими аутоантитілами проти білків адгезії десмосомальних клітин «десмоглеїну 3» Близько 50 % пацієнтів мають аутоантитіла до «десмоглеїну 1». Вони спричиняють внутрішньоепідермальний акантоліз і утворення булл, що спостерігається на ранніх стадіях ураження. Такі аутоантитіла (IgG) вважаються патогенними і прямопропорційно відповідають тяжкості захворювання [5]. Ураження ротової порожнини є першим проявом у 50–70 % випадків, виникають у 90 % пацієнтів і характеризуються болючими ерозіями, які з'являються на місцях розташування пухирів, що швидко тріскаються. Найбільше уражається слизова оболонка щік і піднебіння, губ та ясен. Ерозії множинні, різного розміру та неправильної форми; вони поширюються периферично і погано загоюються через затримку вторинної епітелізації [6]. Ураження шкіри може бути локалізованим або генералізованим. У більшості пацієнтів на незмінній або еритематозній шкірі виникають пухирі з прозорим вмістом. Пухирі легко розриваються, що призводить до утворення болючих ерозій, які легко кровлять. Ураження шкіри можуть мати будь-яку локалізацію, але частіше виникають на тулубі, в паху, під пахвами, волосистій частини голови та обличчя; зазвичай долоні та підшви не уражаються. Ці ерозії покриваються кірками без тенденції до загоєння. Загоєння ерозій частіше відбувається без рубця, але можуть залишитися пігментні плями [7].

Первинна діагностика передбачає пробу Тцанка та виявлення специфічних клітин. При вульгарній пухирчатці це акантолітичні клітини з позитивною прямою імунофлюоресценцією [8], а при VZV-інфекції – акантолітичні багатоядерні гігантські клітини [4]. Для встановлення діагнозу вульгарної пухирчатки необхідний комплекс симптомів: лейкоцитоз, анемія, підвищена ШОЕ; дерматоскопія (синюшне глибоке знебарвлення, трубчасте лущення, зліпки волосся, чорні чи жовті цятки з білуватими ореолами – симптом смаженого яйця та жовті фолікулярні пустули [9], або біопсія шкіри [10].

Пряма імунофлюоресценція (DIF) на заморожених зрізах (DIF-F) має основне значення в ідентифікації та диференційній діагностиці бульозних дерматозів, які є групою автоімунних захворювань, що включають пемфігус, бульозний пемфігоїд і бульозний епідермоліз. Однак ця методика вимагає спеціального лабораторного обладнання, збору та консервації зразків. Альтернативним і точнішим методом дослідження є застосування DIF на залитих парафіном зрізах тканини (DIF-P) для виявлення IgG за допомогою термоіндукованого пошуку антигена (HAR) при діагностиці бульозного дерматозу [11].

Наводимо опис клінічного випадку.

Пацієнт Л., 64 р., перебував на стаціонарному лікуванні у КНП «ОКІЛ» ЗОР» з 19.04 по 10.05.2023 р. з діагнозом: ВІЛ-інфекція, клінічна стадія IV. Синдром виснаження (ВІЛ-кахексія). Дисемінований оперізувальний герпес. Синдром Рамзі-Ханта II типу. Негоспітальна бактерійна пневмонія нижньої частки правої легені, III клінічна група, ускладнена параневмонічним правобічним плевритом, ЛН 0–I. Хронічна хвороба нирок, стадія 4. Вторинна анемія, ІХС. Кардіосклероз атеросклеротичний. СН ІІА.

При ушпиталенні (19.04.23 р. о 17:30) скарги на загальну слабкість, кількаразове підвищення температури тіла, біль голови, наявність нестерпно болючих виразок по всьому тілу, особливо в ділянці лівої вушної раковини, значних набряків нижніх кінцівок, збільшення живота, блювання, втрату апетиту.

З анамнезу захворювання відомо, що хворіє близько 4 міс., коли вперше відзначив часті герпетичні висипання на губах, кандидоз ротової порожнини, схуднення, лікувався амбулаторно в сімейного лікаря флуконазолом, герпевіром. Стан не покращувався, скерований на обстеження до ВІЛ. В обласному центрі громадського здоров'я встановлено діагноз: ВІЛ-інфекція, синдром виснаження (ВІЛ-кахексія). Клінічна стадія IV. Результати обстежень від 11.04.23 р. Кількість CD-лімфоцитів: абсолютне значення CD3/CD4<sup>+</sup>(Т-хелпери) – 67,0 кл/мкл; відносне значення CD3<sup>+</sup>/CD4<sup>+</sup> – 18,84 %. Взятий на диспансерний облік. Було призначено антиретровірусну терапію (АРТ) за схемою TAF/FTC/DTG. Через наявність супутніх захворювань і виникнення виразок по тілу, набряку ніг, збільшення живота, болі в спині, – прийом АРТ відтерміновано. 12.04 госпіталізований в комунальне некомерційне підприємство «Ужгородська центральна міська клінічна лікарня «Ужгородської міської ради» (КНП «УЦМКЛ» УМР»), де встановлено діагноз: Інфекція сечовивідних шляхів. Вторинна анемія, еритематозна гастропатія, хронічний гепатит неуточнений.

Лікування: сорбіфер-дурулес 1 табл. 2 р/д тривало, нітроксолін 50 мг по 2 табл. 3 р/д 7 днів, дуонєфрл

по 1 табл. 3 р/д тривало, торсид 10 мг 1 табл. вранці, гептрал 500 мг 1 капсула 1 р/д тривало. Імовірно пацієнт приховав свій основний діагноз (ВІЛ-інфекція). Із клінічним покращенням 18.04 виписаний із стаціонару УЦМКЛ. Зранку 19.04.23 р. у зв'язку з виразками, що були розташовані на обличчі, тулубі та нижніх кінцівках, звернувся до дерматолога, де було запідозрено вульгарну пухирчатку. Після дослідження на наявність клітин Тцанка отримано позитивний результат. Виставлено діагноз: «Вульгарна пухирчатка» та призначено лікування: депос 1 ампл. в/м на 1-й, 3-й, 7-й, 14-й, 21-й, 28-й день.

У зв'язку з незадовільним станом та відсутністю позитивної динаміки від лікування амбулаторно сімейним лікарем скерований на лікування в КНП «ОКІЛ ЗОР».

Анамнез життя: курить, ЗЗТБ верхньої частки правої легені (2003 р.)

Алергологічний анамнез не обтяжений.

При ушпиталенні в ОКІЛ загальний стан хворого середнього ступеня тяжкості. Температура тіла 37,8 °С. Пацієнт правильної тілобудови, значно зниженої згодованості. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, сухі. На голові, тулубі, кінцівках – поодинокі болючі виразки, вкриті кіркою з гіперемованим вінчиком. Лімфатичні вузли помірно збільшені в ділянці шиї, не болючі, не злучені зі шкірою. Язик вкритий білим нальотом, слизова оболонка носоглотки незначно гіперемована, піднебінні мигдалики не збільшені. Діяльність серця ритмічна, тони ослаблені. АТ 145/85 мм рт. ст., ЧСС 85 за 1 хв. Над легенями перкуторно легеневиий звук, притуплений в нижньому відділі з правого боку. Аускультативно дихання везикулярне з жорстким відтінком, справа в нижніх відділах дихання ослаблене, хрипи не вислуховуються. SpO<sub>2</sub> 95 % без підтримки киснем. Живіт при пальпації м'який, чутливий в епігастрії, піддутий, не гурчить. Печінка пальпується по краю реберної дуги, не чутлива. Селезінка не пальпується. Значна пастозність нижньої частини тулуба до ості крижових кісток. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Сечовиділення 1 л за добу. Випорожнень за поточну добу не було.

Враховуючи скарги, анамнез життя та хвороби, дані об'єктивного обстеження, наявні витяги-консультації лікувальних закладів і дані лабораторного обстеження, встановлено діагноз: ВІЛ-інфекція, четверта клінічна стадія, тяжка імуносупресія, ВІЛ-кахексія. Негоспітальна бактерійна пневмонія нижньої частки правої легені, III клінічна група. ЛН 0–I. Вторинна анемія, ІХС. Кардіосклероз атеросклеротичний. СН ІІА. Вульгарна пухирчатка. Гостре пошкодження нирок?

Лабораторні дані при ушпиталенні (19.04.2023 р.). Загальний аналіз крові: гемоглобін 80 г/л; еритроцити 2,66 Т/л; лейкоцити 19,33 Г/л; ШОЕ 56 мм/год; сегментоядерні 98,7 %; лімфоцити 0,0 %; моноцити 1,2 %; гематокрит 21,75 %; біохімічний аналіз крові: глюкоза 7,82 ммоль/л; білірубін загальний 43,6 мкмоль/л; білірубін прямиий 29,0 ммоль/л; АСТ 27,8 Од./л; АЛТ 24,8 Од./л; Лф 620,6 Од./л; білок загальний 54,3 г/л; альбумін 26,6 г/л; сечовина 10,26 ммоль/л; креатинін 235,1 ммоль/л; ГГТ 154,7 Од./л; амілаза 61,2 Од./л. Електроліти: К (калій) 5,01 ммоль/л; Na (натрій) 122,4 ммоль/л; Ca (кальцій) 1,25 ммоль/л; Cl (хлор) 103,7 ммоль/л.

Згідно із встановленим діагнозом і протоколами надання медичної допомоги, призначено депос 1 амп. в/м на 1-й, 3-й, 7-й, 14-й, 21-й, 28-й день (згідно з рекомендацією дерматолога).

20.04.2023 р. (2-а доба в стаціонарі ОКІЛ). Через добу після застосування депос (фото 1А) стан різко погіршився: наросла температура тіла до 39,0 °С; з'явилося запаморочення; виникла асиметрія обличчя та згладженість носогубної складки зліва, нові болючі везикули довкола наявних виразок (фото 1А, 2С, 2Е) та у лівому слуховому проході, втрата слуху на лівому вусі. Посилилися біль у місцях виразок, біль голови, парестезії лівої половини обличчя (візуальна аналогова шкала болю – 8 балів), що вимагало застосування наркотичних анальгетиків. Переглянуто стратегію лікування та відмінено кортикостероїди. Взято ПЛР із венозної крові до Herpes simplex 1, 2; Varicella Zoster; CMV, EBV.

Консультації суміжних спеціалістів (20.04.2023 р.). Лікар ЛОР – за допомогою отоскопії виявлено поодинокі везикулярні елементи в зовнішньому слуховому проході, наявність повзучої виразки на лівій вушній раковині з незначним набряком, часткове зниження слуху на лівому вусі.

Невролог – парез лівого лицевого нерва – симптом Белла з ін'єкцією склер і поступовою сухістю рогівки, лівобічний прозопарез, опущення лівого кута рота та гіпестезія лівої половини обличчя. Авгезія.

Лабораторні дані (20.04.2023). Система згортання: протромбіновий час 15,04 с; активність протромбіну за Квіком 96,73 %; міжнародне нормалізоване відношення (МНВ) 1,12; протромбіновий індекс 91 %; активований частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ) 34,88 с; фібриноген 4,50 г/л; гематокрит 0,25.

ЗАС: кількість 80,0; колір жовтий; прозорість – слабо мутна; питома вага 1020; реакція 5,5; білок – не виявлено; глюкоза – не виявлено; ацетон відсутній; лейкоцити 25–30; слиз ++++; солі відсутні; бактерії ++; електроліти: К 5,71 ммоль/л; Na 116,7 ммоль/л; Cl 89,8 ммоль/л; Ca 1,23 ммоль/л.

D-димер 1140 нг/мл (N<500); прокальцитонін 1,42 нг/мл (N<0,5); CRP (кількісно) 57,28 мг/л (N<10). При бактеріологічному дослідженні слизової оболонки носоглотки 24.04.2023 р. виявлено ріст *Enterococcus faecalis* 10<sup>4</sup> МК/см<sup>3</sup>, *Klebsiella pneumoniae* 10<sup>7</sup> МК/см<sup>3</sup>, *Candida albicans* 10<sup>2</sup> МК/см<sup>3</sup>.

3-тя доба в стаціонарі ОКІЛ (21.04.2023 р.). Стан ближче до тяжкого, температура тіла до 38,7 °С, скарги на біль голови, запаморочення, втрату слуху, інтенсивний біль у місцях виразок на шкірі. Отримано результат ПЛР: ДНК Varicella Zoster: positive.

Встановлено діагноз: дисемінований оперізувальний герпес, синдром Рамзі-Ханта II типу на фоні ВІЛ-інфекції, четверта клінічна стадія з тяжкою імуносупресією. ВІЛ-кахексія.

Додатково призначено лікування: валцикловір по 500 мг 2 рази на добу, враховуючи формулу клубочкової фільтрації (Кокфорт-Голт) 24 мл/хв; нефан 2,0 мл 2 р/д, трамадол 100 мг 2 р/д, реналган 2,0 1 р/д.

1 тиждень у стаціонарі ОКІЛ (28.04.2023 р.). Стан середнього ступеня тяжкості, температура тіла до 36,2 °С, скарги на слабкість, асиметрію обличчя, незначну болючість виразок. Відзначає покращення слуху на лівому вусі. Шкіра суха, вкрита кірочками, без запального вінчика, на краях кірочок лущення шкіри (фото 1В, 2D, 2F, 3G). Виписаний із стаціонару через 3 тиж із клінічним покращенням під нагляд сімейного лікаря (фото 3H, 3I).

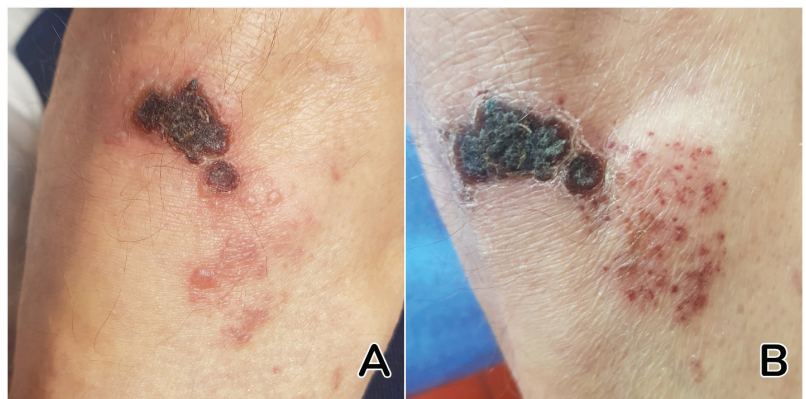


Фото 1. Динаміка шкірних проявів на передпліччі під впливом лікування. Ділянка передпліччя: А – поява нових везикул після ін'єкції депос; В – валцикловір per os протягом 1 тиж.



Фото 2. Динаміка шкірних проявів на передній і боковій ділянці тулуба під впливом лікування: С, Е – поява нових везикул після ін'єкції депос; D, F – валцикловір per os протягом 1 тиж.

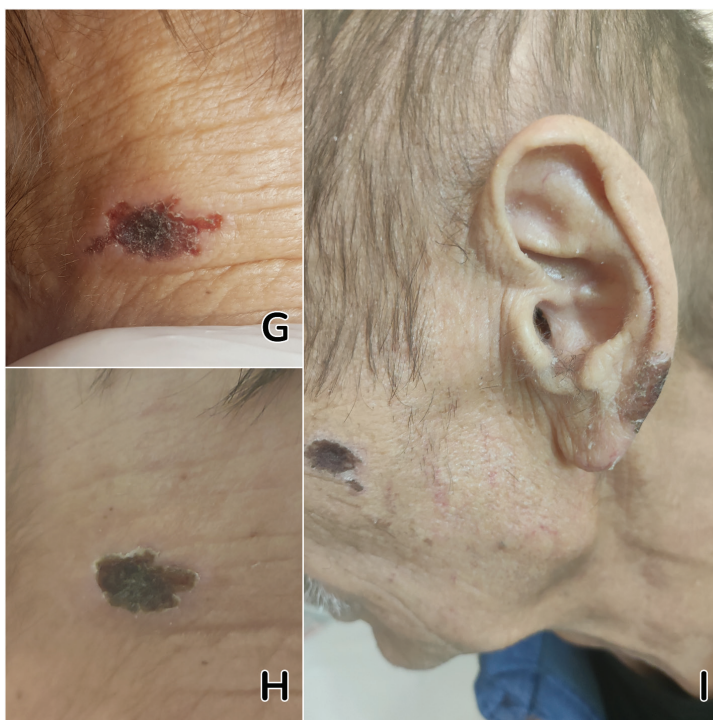


Фото 3. Ефективність застосування специфічного протівірусного лікування. Обличчя та вухо (втрата слуху): G – валцикловір per os протягом 1 тиж; H, I – валцикловір per os протягом 2 тиж.

## Висновки

1. У хворих на ВІЛ-інфекцію синдром Рамзі-Ханта II типу може перебігати атипично, набуваючи форми дисемінованого оперізувального герпесу, з везикулами та невралгією у будь-якому дерматомі, крім рухових нейронів трійчастого нерва і колінчастого ганглія. Період загоєння суттєво подовжується.

2. При імунodefіцитних станах клітини Тцанка (акантолітичні багатоядерні клітини) не є визначальними для встановлення діагнозу вульгарної пухирчатки. Диференційна діагностика везикулярних висипань потребує виконання прямої імунofлюоресценції (для

встановлення діагнозу пухирчатки) та ПЛР для виявлення ДНК вірусу *Varicella Zoster* (для встановлення діагнозу дисемінованого оперізувального герпесу та синдрому Рамзі-Ханта II типу).

3. Застосування глюкокортикостероїдів системної дії призводить до погіршення перебігу VZV-інфекції.

4. Лікування дисемінованого оперізувального герпесу та синдрому Рамзі-Ханта II типу у хворих на СНІД потребує персоналізованого підбору препаратів з урахуванням супутньої патології, в описаному випадку – зменшена доза валцикловіру у зв'язку з порушеною функцією нирок.

## Література

1. Jeon, Y., & Lee, H. (2018). Ramsay hunt syndrome. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 18(6), 333-337.
2. Dayan, R. R., & Peleg, R. (2017). Herpes zoster—typical and atypical presentations. *Postgraduate Medicine*, 129(6), 567-571.
3. Terada, K., Niizuma, T., Kawano, S., Kataoka, N., Akisada, T., & Orita, Y. (1998). Detection of varicella-zoster virus DNA in peripheral mononuclear cells from patients with Ramsay Hunt syndrome or zoster sine herpette. *Journal of Medical Virology*, 56(4), 359-363.
4. Yamamoto, T., & Aoyama, Y. (2021). Detection of multinucleated giant cells in differentiated keratinocytes with herpes simplex virus and varicella zoster virus infections by modified Tzanck smear method. *The Journal of Dermatology*, 48(1), 21-27.
5. Hussain, M. H., Tanweer, F., Sakagiannis, G., Mair, M., Mahmood, S., & Ashokkumar, S. (2021). Pemphigus vulgaris and bullous pemphigoid of the upper aerodigestive tract: a review article and novel approaches to management. *ORL*, 83(6), 395-403.
6. Egami, S., Yamagami, J., & Amagai, M. (2020). Autoimmune bullous skin diseases, pemphigus and pemphigoid. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 145(4), 1031-1047.

7. Porro, A. M., Seque, C. A., & Ferreira, M. C. C. (2019). Pemphigus vulgaris. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 94, 264-278.
8. Panwar, H., Joshi, D., Goel, G., Asati, D., Majumdar, K., & Kapoor, N. (2017). Diagnostic utility and pitfalls of Tzanck smear cytology in diagnosis of various cutaneous lesions. *Journal of Cytology*, 34(4), 179.
9. Gharib, K., Nassar, A., Youssef, A., & Bessar, H. (2023). Dermoscopic approach for differential diagnosing of autoimmune bullous disease: pemphigus vulgaris, pemphigus foliaceus, and IgA pemphigus. *International Journal of Dermatology*, 62(6), 770-775.
10. Zeng, Q., Liu, J., Mu, J., Yang, J., Gao, Q., Wu, F., & Zhou, H. (2023). Optimal biopsy site for the diagnosis of oral pemphigus vulgaris and mucous membrane pemphigoid: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*.
11. Zhao, W., Zhu, H., Zhao, X., Wu, X., Sun, F., Pan, M., & Zhou, S. (2023). Direct Immunofluorescence of IgG on Formalin-Fixed Paraffin-Embedded Tissue by Heat-Induced Antigen Retrieval as a Sensitive Method for the Diagnosis of Pemphigus. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 1233-1241.

## A CLINICAL CASE OF RAMSAY-HUNT SYNDROME TYPE II IN A PATIENT WITH AIDS

V. V. Vysochanska<sup>1, 2</sup>, I. V. Polyak<sup>2</sup>, A. I. Kogutych<sup>1, 2</sup>, M. S. Balych<sup>2</sup>, A. A. Halamba<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uzhhorod National University, <sup>2</sup>Transcarpathian Regional Clinical Infectious Diseases Hospital

**SUMMARY.** Aim – to describe a case of Ramsay-Hunt syndrome type 2 in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. Highlight the features of differential diagnosis and the method of treatment of this syndrome.

After the appearance of vesicles on the skin, the dermatologist prescribed a Tzanck smear test (positive result was obtained). A diagnosis of pemphigus vulgaris

was made and was prescribed a combined betamethasone treatment. The use of glucocorticosteroid caused a significant deterioration of the patient's condition due to the immunosuppressive effect. Cancellation of GCS and usage of Valacyclovir led to healing of skin ulcers, reduction of symptoms of facial paresis and deafness.

**Key words:** HIV; *Varicella Zoster virus*; pemphigus vulgaris.

## Відомості про авторів:

Височанська В. В. – асистентка кафедри мікробіології, вірусології, епідеміології та інфекційних хвороб, медичний факультет, ДВНЗ «УжНУ»; лікарка-інфекціоністка КНП «ОКІЛ» ЗОП; e-mail: lachupakabramail@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0998-554X

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Поляк І. В. – лікар-інфекціоніст КНП «ОКІЛ» ЗОР; e-mail: vanapolak10@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0334-2204

Когутич А. І. – доцент кафедри мікробіології, вірусології, епідеміології та інфекційних хвороб, медичний факультет, ДВНЗ «УжНУ»; лікар-інфекціоніст КНП «ОКІЛ» ЗОР; e-mail: antonkohutyach@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3838-9106

Бабич М. С. – лікарка-інфекціоністка КНП «ОКІЛ» ЗОР; e-mail: myroslava.babych@uzhnu.edu.ua

Галамба А. А. – доцентка кафедри мікробіології, вірусології, епідеміології та інфекційних хвороб, медичний факультет, ДВНЗ «УжНУ»; e-mail: andrianagalamba@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0175-9943

### Information about the authors:

Vysochanska V. V. – Associate Professor at the Microbiology, Virology, Epidemiology and Infectious Diseases Department, Medical Faculty, Uzhhorod National University, Transcarpathian Regional Clinical Infectious Diseases Hospital; e-mail: lachupakabramail@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0998-554X

Polyak I. V. – infectious diseases doctor, Transcarpathian Regional Clinical Infectious Diseases Hospital; e-mail: vanapolak10@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0334-2204

Kohutyach A. I. – Associate Professor at the Microbiology, Virology, Epidemiology and Infectious Diseases Department, Medical Faculty, Uzhhorod National University; e-mail: antonkohutyach@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3838-9106

Babych M. S. – infectious diseases doctor, Transcarpathian Regional Clinical Infectious Diseases Hospital; e-mail: myroslava.babych@uzhnu.edu.ua

Halamba A. A. – PhD, Associate Professor of the Microbiology, Virology, Epidemiology and Infectious Disease Department, Medical Faculty, Uzhhorod National University; e-mail: andrianagalamba@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0175-9943

Конфлікту інтересів немає.

Authors have no conflict of interests to declare.

Отримано 16.01.2024 р.