

А.С. Подымова, С.В. Прожерин, Е.П. Рямова

ВЛИЯНИЕ ИММУНОДЕФИЦИТА И СИСТЕМОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА СТРУКТУРУ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД, Екатеринбург, Россия

Проведён анализ патологии кожи и слизистых оболочек у 459 больных ВИЧ-инфекцией Свердловской области. Установлено, что на спектр и частоту заболеваний кожи ВИЧ-инфицированных оказывает влияние степень выраженности иммунодефицита, системное применение антиретровирусных препаратов. Когорта ВИЧ-инфицированных неоднородна. Необходим дифференцированный подход в ведении больных ВИЧ-инфекцией для своевременной диагностики и лечения сопутствующих заболеваний, совершенствование нормативно-правовой базы.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, CD4+ Т-лимфоциты, антиретровирусная терапия, заболевания кожи

INFLUENCE OF IMMUNODEFICIENCY AND SYSTEMIC USE OF ANTIRETROVIRAL DRUGS ON THE STRUCTURE OF SKIN AND MUCOSA DISEASES IN PATIENTS WITH HIV INFECTION

A.S. Podymova, S.V. Prozherin, E.P. Ryamova

Sverdlovsk Regional Center for Prevention and Control of AIDS, Yekaterinburg, Russia

The aim of the research was to explore range of skin and mucous membrane pathology in patients with HIV infection in Sverdlovsk region, assess the impact on it the severity of immunodeficiency, systemic receiving antiretroviral drugs. The study included 459 patients with HIV infection. The patients were divided into two groups: Group 1 (core) – patients on antiretroviral therapy (ART), 133 people, group 2 (control group) – 326 HIV-persons who are not receiving ART. The control group is represented by two subgroups: 2A – patients with a level of CD4+ T-lymphocyte cells $\geq 350/\mu\text{l}$ (153 patients) and 2B – 173 HIV-positive with the amount of CD4+ cells less than $350/\mu\text{l}$. Among HIV-infected patients not receiving ART, with the level of CD4+ T-cells below $350\text{ cells}/\mu\text{l}$ were significantly more lesions detected candida, hairy leukoplakia tongue ($p < 0,01$), seborrheic dermatitis, psoriasis ($p < 0,05$), when $CD4+ \geq 350\text{ cells}/\mu\text{l}$ – skin xerosis ($p < 0,05$). On the background of the systematic intake of antiretroviral drugs we detected reduced frequency of candidiasis (from 21.5 % to 6.8 %), of herpes zoster (from 6.1 % to 0.8 %), and of hairy leukoplakia (absent on the background of ART), on the other hand we revealed increase occurrence of impairments caused by human papilloma virus.

Key words: HIV infection, CD4+ T-lymphocytes, antiretroviral therapy, skin diseases

ВИЧ-инфекция и СПИД ассоциируются с широким спектром поражения кожи и слизистых оболочек. ВИЧ-инфицированные пациенты имеют более многочисленные проблемы с кожей, в сравнении с ВИЧ-негативными людьми [9]. Заболевания кожи и слизистых наблюдаются у 92 % пациентов, заражённых ВИЧ [12].

Анализ распространённости, структуры болезней кожи и слизистых оболочек, заболеваний, передающихся половым путем, у ВИЧ-инфицированных пациентов всегда имел большое значение в изучении ВИЧ-инфекции. Выявление вышеуказанной патологии у больных способствует установлению диагноза и стадии ВИЧ-инфекции. Обнаружение поражений на коже и слизистых позволило заподозрить ВИЧ-инфекцию у 10 % пациентов с впервые установленным диагнозом [6]. В то же время не существует поражений кожи, специфичных только для СПИДа. Такие заболевания, как саркома Капоши, волосатая лейкоплакия, эозинофильный фолликулит и другие, являются подозрительными, но не строго патогномичными. О наличии иммунодефицита свидетельствует степень, интенсивность, продолжительность симптоматики болезней кожи, тенденция к рецидивам, устойчивость к адекватному лечению [7]. При снижении иммунитета организм

утрачивает способность противостоять онкогенным вирусам, тем самым повышая риск развития у ВИЧ-инфицированных неопластических заболеваний [6]. Снижение общей смертности и старение когорты больных ВИЧ-инфекцией увеличили общую заболеваемость раком среди них [1].

Себорейный дерматит является распространённым поражением кожи при ВИЧ-инфекции [7]. Заболеваемость им среди инфицированных ВИЧ составляет от 30 % до 83 % и превышает общепопуляционные показатели (3–5 %) [5].

Антитела к ВИЧ имеют 98 % больных с волосатой лейкоплакией языка, которая может развиваться на любой стадии ВИЧ-инфекции [3].

Человек, инфицированный ВИЧ, входит в группу риска развития опоясывающего лишая и его осложнений [10]. Опоясывающий герпес является одним из наиболее часто встречающихся вирусных заболеваний у ВИЧ-позитивных пациентов. Выявление опоясывающего лишая в определенной степени свидетельствует о прогрессировании ВИЧ-инфекции и её переходе из одной стадии в другую. Впервые установленный опоясывающий герпес у лиц молодого возраста и/или его рецидив служат показанием для обследования на наличие ВИЧ. На фоне ВИЧ-инфекции отмечают более тяжёлое течение

заболевания, возникающего вследствие реактивации вируса *Varicella zoster*: интенсивнее и обширнее высыпания, дольше продолжительность подсыпаний, выше риск диссеминации [3].

Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи и встречается у 1–2 % населения развитых стран. Среди инфицированных ВИЧ заболеваемость псориазом составляет от 1,3 % до 5 % [8, 12]. Впервые псориазные поражения могут возникать как до, так и после инфицирования ВИЧ. Как правило, тяжесть псориаза пропорциональна степени иммунодефицита [6]. Если псориаз манифестирует после постановки диагноза ВИЧ-инфекции, то болезнь развивается в большинстве случаев на поздних стадиях (соотношение CD4+/CD8+ Т-лимфоцитов < 0,4) [11].

До 90 % больных на разных стадиях течения ВИЧ-инфекции могут иметь поражения грибами рода *Candida* [3]. Спектр поражения дрожжеподобными грибами разнообразен, начиная от бессимптомного течения до кандидоза кожи, ногтей и ротоглотки, эзофагита, вульвовагинита, системного или инвазивного кандидоза, включая кандидемию [4].

Инфекция, вызванная вирусом *Herpes simplex*, является частой проблемой для ВИЧ+ пациентов и при выраженном иммунодефиците (уровень CD4+ Т-лимфоцитов менее 100 клеток/мкл) нередко приобретает хроническое рецидивирующее течение [2, 6]. Хронические язвы, обусловленные вирусом простого герпеса, сохраняющиеся более 1 мес., герпетический бронхит, пневмония, эзофагит свидетельствуют о развитии у пациента СПИДа [3].

ВИЧ-инфекция стала медленно текущим, контролируемым заболеванием после широкого применения антиретровирусной терапии (АРВТ). Рядом исследователей отмечен переход от тяжелых оппортунистических заболеваний кожи к разнообразным тривиальным болезням [9].

В связи с высокой общегосударственной значимостью проблемы распространения ВИЧ-инфекции на федеральном уровне разрабатывается Государственная стратегия противодействия распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека в Российской Федерации на период до 2020 года и план по ее реализации, основной задачей которых должно стать обеспечение комплексного и междисциплинарного подхода при оказании медицинской помощи и социальных услуг лицам, страдающим не только ВИЧ-инфекцией, но и ассоциированными (вторичными, оппортунистическими) с ней заболеваниями.

В 2015 году решением Правительственной комиссии в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации определена задача по увеличению охвата лечением антиретровирусными препаратами до уровня не ниже 60 % лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией (инфицированных). Однако, кроме этого, требуется расширение доступа к диагностике и лечению заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией, оказывающих негативное влияние на утяжеление течения заболевания и летальность. В связи с увеличением к 2020 г. числа лиц, при-

нимающих АРВТ, на фоне отсутствия отечественных научных данных по теме статьи проведение исследования влияния иммунодефицита и антиретровирусной терапии на структуру заболеваний кожи и слизистых оболочек в регионе с высоким уровнем поражённости ВИЧ-инфекцией становится ещё более актуальным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить спектр патологии кожи и слизистых оболочек у больных ВИЧ-инфекцией в одном из регионов России (Свердловской области), оценить влияние степени выраженности иммунодефицита, системного приёма антиретровирусных препаратов на структуру заболеваний кожи и слизистых.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективное исследование включено 459 ВИЧ-инфицированных (259 мужчин, 200 женщин) в возрасте от 21 до 66 лет, впервые обратившихся в 2015 г. к дерматовенерологу ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» в рамках рутинной клинической практики. Диагностика и лечение выявленных заболеваний кожи и слизистых оболочек осуществлялись в соответствии с действующими стандартами первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «Дерматовенерология». Дополнительных процедур этической экспертизы не требовалось. Пациенты разделены на две группы: 1-я группа (основная) – 133 больных ВИЧ-инфекцией (84 мужчины, 49 женщин), находящихся на АРВТ, с длительностью приёма от 3 месяцев до 7 лет; 2-я группа (группа сравнения) – 326 инфицированных ВИЧ (175 мужчин, 151 женщина), не находящихся на АРВТ. Статистически значимой разницы между группами по половому признаку не выявлено.

Группа сравнения разделена на 2 подгруппы в зависимости от показателей CD4+ Т-лимфоцитов: подгруппу 2А составили 153 пациента (70 мужчин, 83 женщины) с уровнем CD4+ Т-лимфоцитов 350 клеток/мкл и более, в подгруппу 2В вошли 173 больных ВИЧ-инфекцией (105 мужчин, 68 женщин) с количеством CD4+ Т-лимфоцитов менее 350 клеток/мкл. Подгруппу 2В составили лица с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией, а также пациенты, не находящиеся на диспансерном наблюдении и АРВТ.

Результаты исследований CD4+ Т-лимфоцитов (измерение в течение 3 месяцев до даты обращения) представлены в виде медианы, нижнего (Q_1) и верхнего (Q_3) квартилей, прочие – в виде средней арифметической и её стандартной ошибки ($M \pm m$).

Статистический анализ проводился с применением Excel-98 и пакета программ Statistica 6.0. Для оценки статистической значимости частотных характеристик качественных показателей использовали непараметрический метод Хи-квадрат Пирсона (χ^2) при его неустойчивости с поправкой Йетса на непрерывность. Сравнение количественных параметров в исследуемых группах осуществляли с использованием U-критерия Манна – Уитни. Различия величин считали статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), предусмотрено не менее 0,5 штатной единицы должности врача-дерматовенеролога в центрах профилактики и борьбы со СПИД. Приложением № 6 регламентирован стандарт оснащения кабинета врача-дерматолога. В указанном стандарте отсутствует необходимое для диагностики и лечения патологии кожи оборудование: дерматоскоп, лупа с подсветкой, лампа Вуда и другое оснащение. Действующий стандарт первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), для диагностики заболевания, состояния определяет приём (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога как первичный, с усреднённым показателем частоты предоставления 0,4 и кратности применения – 1; для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением данные показатели составляют 0,1 и 1 соответственно, а также используются лабораторные методы исследования.

В перечне методов отсутствуют исследования для диагностики герпесвирусных инфекций, заболеваний, передаваемых половым путём (трихомоноз, хламидии, уреаплазмы, микоплазмы), наличие которых у больных способствует передаче ВИЧ. Для выявления сифилиса предусмотрено проведение реакции Вассермана (RW) всем пациентам при постановке на учёт по ВИЧ-инфекции, при диспансерном наблюдении RW в списке исследований отсутствует. С 2006 г. RW в качестве отборочного и диагностического теста на сифилис на территории РФ не используется. Приказ МЗ РФ №87 от 28.03.2001г. «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» регламентировал замену RW на ИФА и РПГА. Федеральные клинические рекомендации 2015г. по профилю «Дерматовенерология» (раздел «Сифилис») Российского общества дерматовенерологов и косметологов предлагают при проведении скрининга для выявления лиц, болеющих сифилисом среди ВИЧ-инфицированных, использование комплекса нетрепонемного (РМП, РПП, VDRL и другие аналоги) и трепонемного (РПГА, ИФА, ИБ, ИХЛ, ИХГ) тестов. Существующий перечень лекарственных препаратов для медицинского применения стандарта ПМСП при болезни, вызванной ВИЧ, не удовлетворяет потребностям лечения наиболее часто выявляемой дерматологической патологии (антигистаминные средства системного действия, глюкокортикоиды), отсутствуют лекарственные средства для наружного и местного применения (кортикостероиды, противовирусные средства, антимикотики), без использования которых проводимое лечение менее эффективно.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь (ПМСП) ВИЧ-инфицированным пациентам Свердловской области при заболеваниях кожи и слизистых оболочек, инфекциях, передаваемых половым путём, оказывается врачами-дерматовенерологами в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» и территориальных

кожно-венерологических отделениях. Наличие в штате Центра врача-дерматовенеролога обеспечивает доступность ПМСП при заболеваниях кожи и слизистых для больных ВИЧ-инфекцией, позволяет своевременно диагностировать данные заболевания, назначать лечение с учётом сопутствующей патологии и лекарственных взаимодействий с препаратами АРВТ.

Приём дерматовенеролога в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» проводится по направлению врача-инфекциониста. Оснащение кабинета Центра соответствует стандарту, предусмотренному порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология». При обращении пациентам проводится клинико-лабораторная диагностика заболеваний с применением лабораторных исследований в рамках стандарта ПМСП при болезни, вызванной ВИЧ.

Среди обратившихся на приём преобладали мужчины (56,4 %). Средний возраст пациентов, включённых в исследование, составил $34,89 \pm 0,3$ года (мужчины – $35,61 \pm 0,4$ года; женщины – $34,0 \pm 0,5$ года), при этом группы были сопоставимы по возрастному составу ($36,86 \pm 0,64$ – в основной группе; $34,09 \pm 0,36$ года – в группе сравнения).

Случаев неэффективности или недостаточной эффективности АРВТ у пациентов, принимающих противоретровирусные препараты, не выявлено.

Уровень CD4+ Т-лимфоцитов составил в 1-й группе 358 [$Q_1 = 238$; $Q_3 = 532$] клеток/мкл, в группе сравнения – 341,5 [$Q_1 = 193,5$; $Q_3 = 498$] клеток/мкл.

В подгруппе 2А уровень CD4+ Т-лимфоцитов составил 508 [$Q_1 = 435$; $Q_3 = 640$] клеток/мкл, в подгруппе 2В – 205 [$Q_1 = 114$; $Q_3 = 294$] клеток/мкл. Разница показателей количества CD4+ Т-лимфоцитов между подгруппами 2А и 2В статистически значима ($p < 0,01$).

На одного больного ВИЧ-инфекцией установлено в среднем 1,6 заболеваний кожи: в основной группе данный показатель составил 1,4, во 2-й группе – 1,7 (в подгруппе 2А – 1,4; в подгруппе 2В – 2). В подгруппе 2В выявлены больные, у которых одновременно диагностировано 4–6 заболеваний кожи и слизистых.

У больных на всех стадиях ВИЧ-инфекции обнаруживаются заболевания, которые широко распространены у населения в целом, однако на поздних стадиях у них встречаются уникальные, наиболее характерные для ВИЧ-инфекции, поражения кожи.

Тщательное дерматологическое обследование позволяет диагностировать тяжёлые системные инфекции, такие как бацилярный ангиоматоз, саркому Капоши, волосатую лейкоплакию языка и другие.

В таблице 1 представлена структура выявленных заболеваний кожи у 459 ВИЧ-инфицированных, включённых в исследование. Диагностика выявленных заболеваний осуществлялась на основании соответствующих стандартов медицинской помощи при заболеваниях кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Наиболее часто у ВИЧ-инфицированных регистрировались дерматомикозы, поражения кожи и

Заболевания кожи и слизистых оболочек, выявленные у исследуемых больных

Заболевание	Всего выявлено, абс. (%)	Количество больных, абс.		
		Основная группа (n = 133)	Подгруппа 2А (n = 153)	Подгруппа 2В (n = 173)
Дерматомикозы	132 (28,8 %)	38	37	57
Отрубевидный лишай	6 (1,3 %)	0	4	2
Кандидоз	79 (17,2 %)	9	12	58**
Опоясывающий лишай	21 (4,6 %)	1	7	13
Контагиозный моллюск	9 (2 %)	3	1	5
Дерматиты и экзема	82 (17,9 %)	27	29	26
Псориаз	29 (6,3 %)	8	4	17
Простой герпес I типа	24 (5,2 %)	9	8	7
Генитальный герпес	23 (5 %)	9	9	5
Себорейный дерматит	40 (8,7 %)	7	9	24*
Ксероз кожи	21 (4,6 %)	3	13*	5
Саркома Капоши	1 (0,2 %)	0	0	1
Метатипический рак кожи	1 (0,2 %)	0	0	1
Волосатая лейкоплакия языка	17 (3,7 %)	0	0	17**
Пиодермия	7 (1,5 %)	0	1	6
Вирусные бородавки	44 (9,6 %)	19	15	10*
Аногенитальные бородавки	37 (8,1 %)	20	5**	12*
Прочие заболевания	63 (13,7 %)	18	26	19

Примечание. Различия с основной группой статистически значимы * – при $p < 0,05$; ** – при $p < 0,01$.

слизистых, ногтей грибами рода *Candida*, дерматиты и экзема.

В группе без АРВТ статистически значимо чаще ($p < 0,01$) регистрировался кандидоз слизистых оболочек, кожи, ногтей (21,5 %), в сравнении с основной группой (6,8 %). В структуре кандидозных поражений превалировал стоматит, составив в 1-й группе 67 %, во второй – 93 % ($p > 0,05$). При сравнении основной группы с подгруппой 2А (7,8 %) статистически значимой разницы не выявлено, однако статистически значимые различия ($p < 0,01$) выявлены при сопоставлении с подгруппой 2В (33,5 %). Среди кандидозных поражений полости рта выявлялись все клинические формы. Одновременное сочетание ангулярного хейлита и других клинических форм кандидозного стоматита зарегистрировано у 23 (32 %) больных, страдающих кандидозом полости рта.

Частота выявляемости при кандидозном стоматите составила: *C. albicans* – 77,9 %; *C. albicans* + *C. glabrata* – 6,5 %; *C. albicans* + *C. krusei* – 9 %; *C. albicans* + *C. glabrata* + *C. krusei* – 3,3 %; *C. krusei* – 3,3 %. В связи с выявлением у 15,6 % ВИЧ-инфицированных *C. krusei*, большинство штаммов которой устойчивы к флуконазолу, считаем необходимым расширить перечень лекарственных препаратов для медицинского применения стандарта ПМСП при болезни, вызванной ВИЧ, по коду J02АС. Среди прочих проявлений кандидоза диагностировали поражение гениталий, кожи складок, ногтевых пластинок.

Опоясывающий лишай установлен у 6,1 % больных, не принимающих терапию, и у 0,8 % пациентов, находящихся на АРВТ ($p < 0,05$). Не установлено статистически значимых различий в заболеваемости между подгруппами (в подгруппе 2А – 4,6 % больных, в подгруппе 2В – 7,5 %), а также при сравнении основной группы и подгруппы 2А.

Волосатая лейкоплакия языка была выявлена только у представителей подгруппы 2В – в 17 случаях (9,8 %); различия с основной группой ($p < 0,01$) и различия подгрупп между собой ($p < 0,01$) статистически значимы.

Остроконечные кондиломы чаще встречались ($p < 0,01$) в группе, принимающей АРВТ (15 %), в сравнении с группой без терапии (5,2 %). Вульгарные, подошвенные, плоские бородавки преобладали ($p < 0,05$) у больных основной группы (14,3 %), в группе без АРВТ данный показатель составил 7,7 %.

При сравнительном изучении частоты не установлено статистически значимых различий между группами по следующим заболеваниям: дерматомикозы, отрубевидный лишай (28,6 % в 1-й группе и 30,7 % в группе без АРВТ); контагиозный моллюск (2,3 % и 1,8 %); инфекция, вызванная вирусом простого герпеса I типа (6,8 % и 4,6 %); генитальный герпес (6,8 % и 4,3 %); дерматиты и экзема (20,3 % и 16,9 %); ксероз кожи (2,3 % и 5,5 %); псориаз (6 % и 6,4 %); себорейный дерматит (5,3 % и 10,1 %); прочие болезни (13,5 % и 13,8 % соответственно). Саркома

Капоши (0,3 %), немеланомный рак кожи (0,3 %) диагностированы только у пациентов 2-й группы.

Сравнительный анализ спектра патологии основной группы и подгруппы 2А показал преобладание ($p < 0,01$) остроконечных кондилом в основной группе (15 %), у пациентов подгруппы 2А данный показатель составил 3,3 %. Напротив, ксероз кожи преобладал ($p < 0,05$) в подгруппе с уровнем CD4+ Т-лимфоцитов 350 клеток/мкл и более – 8,5 % и 2,3 % соответственно.

Значительно больше различий выявлено при сопоставлении заболеваний, установленных у пациентов основной группы и подгруппы 2В. В подгруппе с количеством CD4+ Т-лимфоцитов менее 350 клеток/мкл статистически значимо преобладали: себорейный дерматит (13,9 % против 5,3 % в основной группе; $p < 0,05$), кандидоз (33,5 % и 6,8 % соответственно; $p < 0,01$), волосатая лейкоплакия языка (9,8 % и 0 % соответственно; $p < 0,01$). Напротив, в основной группе статистически значимо преобладала ($p < 0,05$) регистрация аногенитальных (15 % против 6,9 % в подгруппе 2В) и других видов вирусных бородавок (14,3 % и 5,8 % соответственно).

Анализ спектра выявленных поражений кожи и слизистых оболочек внутри группы сравнения показал статистически значимое превышение в подгруппе 2В показателей по следующим заболеваниям: кандидоз (33,5 % против 7,8 % в подгруппе 2А; $p < 0,01$), себорейный дерматит (13,9 % и 5,9 % соответственно; $p < 0,05$), псориаз (9,8 % и 2,6 % соответственно; $p < 0,05$).

При сравнительном изучении частоты не установлено статистически значимых различий между подгруппами по следующим заболеваниям: дерматомикозы и отрубевидный лишай выявлены в подгруппе 2А у 26,8 % больных и в подгруппе 2В – у 34,1 %; контактный моллюск – у 0,7 % и 2,9 %; инфекции, вызванные вирусом простого герпеса I типа, – у 5,2 % и 4 %, и вирусом простого герпеса II типа – у 5,9 % и 2,9 %; бородавки (вульгарные, плоские, подошвенные) – у 9,8 % и 5,8 %; аногенитальные бородавки – у 3,3 % и 6,9 %; пиодермия – у 0,7 % и 3,5 %; прочие болезни – у 17 % и 11 % соответственно. Выявленные в подгруппе 2В по одному случаю саркомы Капоши (0,6 %) и метатипического рака кожи (0,6 %) также статистически не значимы при сравнении с подгруппой 2А. Ксероз кожи статистически значимо ($p < 0,05$) преобладал в подгруппе с уровнем CD4+ Т-лимфоцитов 350 клеток/мкл и более – 8,5 % в сравнении с 2,9 % в подгруппе 2А.

ВЫВОДЫ

На спектр и частоту заболеваний кожи и слизистых оболочек у ВИЧ-инфицированных оказывают влияние степень выраженности иммунодефицита, системное применение антиретровирусных препаратов.

Среди больных ВИЧ-инфекцией, не принимающих АРВТ, при уровне CD4+ Т-лимфоцитов менее 350 клеток/мкл статистически значимо чаще выявлялись кандидоз слизистых оболочек, кожи и ногтей, волосатая лейкоплакия языка ($p < 0,01$), себорейный дерматит, псориаз ($p < 0,05$), при

CD4+ \geq 350 клеток/мкл преобладал ксероз кожи ($p < 0,05$).

Результаты исследования свидетельствуют о разнонаправленном изменении частоты заболеваний кожи и слизистых на фоне системного приема антиретровирусных препаратов: с одной стороны – снижение кандидоза (с 21,5 % до 6,8 %), опоясывающего лишая (с 6,1 % до 0,8 %), волосатой лейкоплакии языка (отсутствие на фоне АРВТ), с другой стороны – прирост поражений, вызываемых вирусом папилломы человека.

Когорта ВИЧ-инфицированных неоднородна. Для своевременной диагностики и лечения сопутствующих заболеваний необходим дифференцированный подход в ведении больных ВИЧ-инфекцией.

Необходимо совершенствование нормативно-правовой базы в части внесения дополнений в действующие стандарт ПМСП и порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях, вызываемом вирусом иммунодефицита человека, а именно расширение перечней лабораторных исследований и лекарственных препаратов, оснащения кабинета врача-дерматовенеролога. Вопросы организации диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и слизистых оболочек у больных ВИЧ-инфекцией должны быть учтены при планировании и финансировании региональных программ в части обеспечения диагностическими средствами, лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения для диагностики, лечения и профилактики указанных заболеваний.

Неблагоприятная динамика развития эпидемической ситуации требует внесения изменений в Федеральный закон от 30.05.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» в части оказания медицинской помощи (статья 4): «бесплатное обеспечение на основании клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи лекарственными препаратами, для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний в амбулаторных и стационарных условиях в медицинских организациях, диагностическими средствами для выявления лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, а также медицинскими изделиями, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации».

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. – М.: Р. Валент, 2012. – 528 с.
2. Bartlett J, Gallant J, Fam P (2012). Clinical aspects of HIV infection [Klinicheskie aspekty VICH-infektsii], 528.
3. Кунгуров Н.В. Сифилис и инфекции, передаваемые половым путём: атлас. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2015. – 184 с.
4. Kungurov NV (2015). Syphilis and sexually-transmitted infections: atlas [Sifilis i infektsii, peredavaemye polovym putem: atlas], 184.

3. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.

Pokrovskiy VV (2013). HIV infection and AIDS. National guidelines [ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство], 608.

4. Anwar KP, Malik A, Subhan KH (2012). Profile of candidiasis in HIV infected patients. Iran J. Microbiol., 4 (4), 204-209.

5. Chatzikokkinou P, Sotiropoulos K, Katoulis A, Luzzati R, Trevisan G (2008). Seborrheic dermatitis – an early and common skin manifestation in HIV patients. *Acta Dermatovenerol. Croat.*, (16), 226-230.

6. Esser S (2015). HIV-associated skin and mucocutaneous diseases. In: *HIV 2015/2016*, 613-626.

7. Papanizos VA (2013). Dermatologic images in HIV patients. *Hellenic Dermatovenerologica Review*, (24), 7-15.

8. Porras B, Costner M, Friedman-Kien AE, Cockerell CJ (1998). Update on cutaneous manifestations of HIV infection. *Med. Clin. North Am.*, 82 (5), 1033-1080.

9. Rothengatter S, Sehr T, Gholam P, Durani H, Hartmann M (2009). Skin diseases and sexually transmitted diseases in HIV-infected patients on HAART compared to a non-infected population - results of a retrospective study. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.*, (7), 527-532.

10. Thomas SL, Hall AJ (2004). What does epidemiology tell us about risk factors for herpes zoster? *Lancet Infect. Dis.*, (4), 26-33.

11. Wölfer LU, Djemadji-Oudjiel N, Hiletewerk M, Tebbe B, Husak R, Goerdts S, Orfanos CE (1998). HIV-associated psoriasis. Clinical and histological observations in 36 patients. *Hautarzt*, 49 (3), 197-202.

12. Zalla MJ, Su WP, Fransway AF (1992). Dermatologic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Mayo Clin. Proc.*, (67), 1089-1108.

Сведения об авторах Information about the authors

Подымова Анжелика Сергеевна – кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» (620102, г. Екатеринбург, ул. Ясная, 46; тел.: 8 (343) 240-12-54; e-mail: apodymova@list.ru)
Podymova Anzhelika Sergeevna – Candidate of Medical Sciences, Chief Physician of Sverdlovsk Regional Center for Prevention and Control of AIDS (620102, Yekaterinburg, Yasnaya str., 46; tel.: +7 (343) 240-12-54; e-mail: apodymova@list.ru)

Прошерин Сергей Витальевич – врач-дерматовенеролог клинко-диагностического отделения № 1 ГБУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» (e-mail: progsherin@mail.ru)

Prozherin Sergey Vitalyevich – Dermatologist of Clinicodiagnostic Department N 1 of Sverdlovsk Regional Center for Prevention and Control of AIDS (e-mail: progsherin@mail.ru)

Рямова Елена Павловна – кандидат медицинских наук, заведующая клинко-диагностическим отделением № 1 ГБУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД»

Ryamova Elena Pavlovna – Candidate of Medical Sciences, Head of Clinicodiagnostic Department N 1 of Sverdlovsk Regional Center for Prevention and Control of AIDS