

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

О.А. Проценко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Представлены особенности поражений кожи и слизистых у ВИЧ-позитивных женщин репродуктивного возраста в зависимости от клинической стадии ВИЧ-инфекции. Показано частое сочетание различных видов и клинических форм дерматозов. Обоснованы клинические показания к обследованию на ВИЧ/СПИД у женщин детородного возраста.

Ключевые слова: ВИЧ-ассоциированные дерматозы, женщины репродуктивного возраста.

ВВЕДЕНИЕ

В Украине за последние 10 лет число ВИЧ-инфицированных возросло в 6,3 раза, а больных СПИДом – в 111,3 раза, при этом отмечается увеличение числа лиц, заразившихся половым путем и не относящихся к представителям маргинальных групп (5). Распространение ВИЧ-инфекции, давно вышедшее за пределы уязвимых групп, является источником не только медицинских, но и экономических, социальных, юридических и психологических проблем (2, 8, 9, 11).

Увеличивается количество лиц, у которых ВИЧ-статус диагностируется на поздних стадиях инфекции, при этом такие больные нередко обращаются за медицинской помощью в связи с развитием ВИЧ-ассоциированных дерматозов, приобретающих на фоне иммунодефицитного состояния атипичное и затяжное течение (4, 10). Доказано, что поражения кожи или проявления инфекций, передающихся половым путем (ИППП) могут быть первым клиническим проявлением декомпенсации иммунитета при ВИЧ-инфекции и первой причиной, заставляющей обращаться инфицированных ВИЧ пациентов за медицинской помощью в учреждения различного профиля и различной формы собственности (1, 3). Раннее выявление ВИЧ/СПИД и своевременное лечение ВИЧ-ассоциированных дерматозов может помочь иммунной системе оставаться в границах нормы на протяжении длительного времени, тем самым существенно замедлить прогрессирование инфекционного процесса и сохранить качество жизни больных (7, 11-14). Своевременный и качественный мониторинг ВИЧ-инфекции осо-

бенно важен у женщин детородного возраста, потому что позволяет сохранить здоровье будущего ребенка и предупредить его инфицирование.

В связи с этим целью нашей работы было изучить особенности эпидемиологии и клинических проявлений дерматозов у ВИЧ-позитивным женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен гендерный клинко-эпидемиологический анализ поражений кожи у 132 ВИЧ-позитивных лиц репродуктивного возраста (21-40 лет) в двух группах сравнения: у 86 (65,2%) женщин и у 46 (34,8%) мужчин.

Серологический статус при ВИЧ инфекции в соответствии с общепринятыми рекомендациями определяли тестами в иммуноферментном анализе (ИФА). Позитивный результат серологического теста в ИФА подтверждали тестом иммуноблота. Для установления степени иммунодефицита определяли абсолютное и относительное количество CD4 и CD8 лимфоцитов в периферической крови, соотношение CD4/CD8 лимфоцитов по общепринятым методикам (9).

Клиническая стадия ВИЧ-инфекции подтверждалась в Донецком областном Центре по профилактике и борьбе со СПИДом в соответствии с нормативными правилами и клинической классификацией стадий ВИЧ-инфекции у детей и взрослых (ВООЗ, 2006).

Первая клиническая стадия, характеризующаяся бессимптомным течением и персисти-

рующей генерализованной лимфаденопатией, была диагностирована у 28 (21,2%) больных.

Вторая клиническая стадия ВИЧ, проявляющаяся следующими признаками: немотивированная потеря массы тела до 10%, рецидивирующие бактериальные инфекции верхних дыхательных путей; опоясывающий лишай; ангулярный хейлит; рецидивирующий афтозный стоматит; себорейный дерматит; папулезные зудящие дерматозы, грибковые поражения ногтей – установлена у 34 (25,8%) больных.

Третья клиническая стадия, которая может включать (2,11) потерю массы тела более 10%, немотивированные диареи и/или лихорадки, продолжающиеся более 1 месяца; кандидоз слизистой полости рта, волосковую лейкоплакию языка, язвенно-некротический гингивит, легочный туберкулез; тяжелые бактериальные инфекции – менингит, пневмонии, миозит, остеомиелит, бактериемии, воспалительные заболевания органов малого таза и др.; анемию (менее 80 г/л), нейтропению (ниже $0,5 \times 10^9/\text{л}$), хроническую, более 1 месяца, тромбоцитопению (до $50 \times 10^9/\text{л}$) и др.) подтверждена у 56 (42,4%) больных.

Четвертая клиническая стадия, проявления которой могут быть в виде ВИЧ-кахексии; пневмоцистной пневмонии, рецидивирующих бактериальных пневмоний; хронической инфекции, вызванной вирусом простого герпеса – носогубной, генитальной или аноректальной локализации, длительностью более 1 месяца или с висцеральными поражениями любой локализации; саркомы Капоши; кандидоза пищевода; внелегочного туберкулеза; цитомегаловирусного ринита или поражения других органов; церебрального токсоплазмоза; ВИЧ-энцефалопатии; ВИЧ-ассоциированных нефро-или кардиопатий; диссеминированных глубоких микозов выявлена у 14 (10,6%) больных.

Первичное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование пациента в связи с наличием ВИЧ-ассоциированного дерматоза проводили в соответствии с требованиями «Клинического протокола по АРВ терапии взрослых и детей» (ВООЗ, 2006). В случае необходимости консультировали у терапевта, невропатолога, эндокринолога, гинеколога и др.

По показаниям проводили микологические исследования с микроскопической и культуральной диагностикой микромицетов, исследовали на чесоточный и клещ-железницу, мазки на хламидии, гонококки, трихомонады, дрожжи,

гарднереллы в соответствие со стандартами диагностики (6).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительный клинико-эпидемиологический анализ показал, что средний возраст к моменту установления ВИЧ-позитивного статуса в наших наблюдениях у женщин был $21,2 \pm 1,4$ года, а у мужчин – $19,5 \pm 1,6$ лет.

При изучении возможных путей инфицирования установлено, что у женщин преобладал половой путь заражения, по сравнению с мужчинами: у 32 (37,2%) и 6 (13%) больных соответственно. При этом большинство из этих женщин не относились к группе риска и заразились от мужей и/или постоянных половых партнеров. Инфицирование при употреблении инъекционных наркотических препаратов было у большинства мужчин с ВИЧ-ассоциированными дерматозами – у 32 (69,7%) и лишь у 28 (32,6%) женщин (табл. 1).

Таблица 1

Пути инфицирования ВИЧ у больных ВИЧ-ассоциированными дерматозами

Путь Инфицирования	Всего Абс/процент	Женщины Абс/процент	Мужчины Абс/процент
Половой	38 /28,8	32/37,2	6/13,0
Употребление инъекционных наркотиков	60/45,5	28/32,6	32/69,7
Смешанный	28/21,2	22/25,6	6/13,0
Неустановленный	6/4,5	4/4,6	2/4,3

При анализе первичной обращаемости больных ВИЧ-ассоциированными дерматозами установлено, что 83 (62,9%) самостоятельно обратились за медицинской помощью, при этом женщины почти в 2 раза чаще, чем мужчины: 65 (75,6%) и 18 (39,1%) соответственно (табл. 2). При этом большая часть больных обратилась к дерматовенерологам – 42 (31,8%), женщины намного чаще, чем мужчины – 36 (41,9%) и 6 (13%) соответственно.

Таблица 2

Первичная обращаемость больных с ВИЧ-ассоциированными дерматозами

Обращаемость	Всего Абс/процент N=132	Женщины Абс/процент N=86	Мужчины Абс/процент N=46
К дерматологу	42/31,8	36/41,9	6/13,0
К косметологу	8/6,1	8/9,3	–
В СПИД-Центр	33/25,0	21/24,4	12/26,1
Привлечен/а	49/37,1	21/24,4	28/60,9

При анализе ВИЧ-ассоциированных дерматозов отмечено, что у 96 (72,7%) больных было 2 и более вида заболеваний кожи, среди всех дерматозов преобладали инфекционные дерматозы – у 106 (80,3%) больных.

Среди инфекционных дерматозов преобладали микотические (поражение крупных складок, микоз стоп, кистей, онихомикоз, кандидоз слизистых, в т.ч. урогенитальный) - у 68 (79,1%) женщин и у 38 (82,6%) мужчин.

Вирусные дерматозы (простой пузырьковый лишай, бородавки обыкновенные и плоские, контагиозный моллюск, папилломы) выявлены у 86 (65,2%) больных, в т.ч. у 55 (63,9%) женщин и у 31 (67,4%) мужчин.

Пиодермии (вульгарное импетиго, фурункулез, эктима, эозинофильным фолликулитом) были у 22 (16,5%) больных, в т.ч. у 10 (11,6%) женщин и у 12 (26,1%) мужчин.

Себорейный дерматит и себорея волосистой части головы отмечены у 67 (50,8%) больных, в 4 раза чаще у мужчин – у 39 (84,8%), чем у женщин – у 18 (20,9%).

Обращало внимание, что у 96 (90,5%) больных наблюдали сочетанные инфекционные поражения кожи, одинаково часто у мужчин и у женщин и в большей степени зависящее от стадии инфицирования и уровня CD4 в периферической крови.

При инфекционных дерматозах отмечено многообразие клинических форм с поражением у одного и того же больного нескольких топографических регионов. Так, поражение 2-х и более топографических регионов микотической и вирусной инфекцией отмечено у 92 (86,8%) больных, одинаково часто у мужчин и у женщин, преимущественно во второй и третьей стадии ВИЧ/СПИД. Сочетание двух и более клинических разновидностей микотической и вирусной патологии

выявлено у 78 (73,6%) больных, несколько чаще на 1-й и 2-й клинической стадии, при снижении содержания CD4 ниже 350 клеток в 1 мл.

При гендерном анализе особенностей микотической инфекции обращало внимание, что у женщин чаще встречались кандидозные поражения слизистых, в т.ч. молочница; онихомикозы кистей, в то время как у мужчин преобладало поражение стоп, крупных складок, кандидоз слизистой полости рта. У 28 (41,2%) женщин и у 12 (31,6%) мужчин, микозы сопровождалась развитием микотической экземы, в основном на 1 клинической стадии, при снижении содержания CD4 клеток ниже 300 в 1 мл.

Обращало внимание частое сочетание герпеса простого пузырькового (генитального и лабиального) с кандидозом слизистой полости рта – у 21 (38,1%) женщин и у 18 (58,1%) мужчин, в основном, на 2й клинической стадии, при снижении уровня CD4 (200 клеток в 1 мл крови).

Среди неинфекционных дерматозов преобладали аллергические и токсико-аллергические дерматозы (хроническая экзема, крапивница, многоформная экссудативная эритема и др.) – у 58 (43,9%), несколько чаще у женщин – у 42 (48,8%), чем у мужчин – у 16 (34,8%). Лихеноидные дерматозы (псориаз, красный плоский лишай) были у 38 (28,8%) больных, несколько чаще у мужчин – у 18 (39,1%), чем у женщин – у 20 (23,3%).

При анализе клинических особенностей неинфекционных дерматозов обращало внимание распространенность поражения. У 56 (58,3%) больных площадь лихеноидных и /или аллергических поражения превышала 20% площади тела. Отмечено частое присоединение инфекционного компонента к течению дерматоза, в основном на 2й клинической стадии при снижении CD4 клеток ниже 300 в 1 мл.

У 12 (9,1%) больных установлена ВИЧ-ассоциированная саркома Капоши, чаще у мужчин – у 9 (19,6%), чем у женщин – у 3 (3,5%).

Обращал внимание широкий спектр сопутствующей соматической патологии, среди которой преобладала патология органов пищеварения (гепатиты различного генеза, дисбактериоз кишечника, колиты, гастроудодениты, диарея), туберкулез легких.

Корреляционный анализ клинических особенностей ВИЧ-ассоциированных дерматозов, иммунологических изменений и биохимических показателей выявил зависимость выраженности клинических проявлений дерматоза, тяжести их течения в зависимости от стадии инфицирования,

степени выраженности метаболических и иммунологических нарушений.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

ВЫВОДЫ

1. У 28,8% женщин, больных ВИЧ-ассоциированными дерматозами, установлен половой путь инфицирования, при этом большинство из них не относились к представителям уязвимых групп.

2. 37,9% женщин с ВИЧ-ассоциированными дерматозами, не зная о своем ВИЧ-статусе, впер-

вые обратились за медицинской помощью к дерматовенерологу и/или косметологу.

3. У 72,7% больных ВИЧ-ассоциированными дерматозами выявлено 2 и более вида дерматозов, среди которых преобладали инфекционные (у 80,3% больных), наиболее часто микотической и вирусной этиологии.

4. Установлена взаимосвязь выраженности и распространенности дерматологической патологии с иммуносерологическим статусом ВИЧ-позитивных лиц, что необходимо учитывать при проведении клиничко-лабораторного обследования дерматологических больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арифов С.С., Сабилов У.Ю., Набиев Т.А. Дерматологические знаки у больного СПИДом // Клин. дерматол. венерол. – 2005. – №3. – С. 14-15.
2. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция / 2-е изд. – СПб, 2003. – 136 с.
3. Галлямова Ю.А., Уртин М.В. Клинический случай СПИД-ассоциированной саркомы Капоши // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. – №4. – С. 12-15.
4. Кайдашев И.П., Герасименко Н.Д., Горбатенко В.В. и др. Маски ВИЧ-инфекции в клинике внутренних болезней // Український терапевтичний журнал. – 2007. – № 2. – С. 57-65.
5. Крамарев С.О. Проблемні питання інфекційних хвороб в Україні // Здоров'я України. – 2007. – № 2/1. – С. 7-8.
6. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии. – Харьков: «Факт», 2007. – 784 с.
7. Макашева Е.В., Морозова Е.В., Иванова В.И. и др. Результаты иммунологического контроля ВИЧ-положительных пациентов. Иммунологические маркеры, исследуемые для характеристики и прогноза течения ВИЧ-инфекции в Кемеровском областном центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями // Иммунология. – 2007. – Т. 28, № 3. – С. 132-134.
8. Папуашвили М.Н. Клинико-эпидемиологический анализ ВИЧ и оппортунистических инфекций. Алгоритмы диагностики и прогнозирования // Иммунопатология, иммунология, аллергология. – 2002. – №4. – С. 88-92.
9. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В. ВИЧ-инфекция (клиника, диагностика и лечение). – М., 2000. – 102 с.
10. Пузанова О.Г. Ревматические маски ВИЧ-инфекции // Medicine Internal / Внутрішня медицина. – 2007. – № 4. – С. 45- 52.
11. Сидорова Л.Л., Сидорова Н.Н., Стефанюк Н.И. и др. Диагностика ВИЧ-инфекции / СПИДа. Проблемы остаются // Therapia. – 2008. – № 02/02. – С. 58-62.
12. Bower M., Stebbing J. AIDS-associated malignancies // Cancer Chemother. Biol.Response Modif. – 2005. – Vol. 22. – P. 687-706.
13. Mills E., Wu P., Ernst E. Complementary therapies for the treatment of HIV: in search of the evidence // J. STD AIDS. – 2005. – Vol. 16, N 6. – P. 395-403.
14. Ulmann D. Controlled clinical trials evaluating the homeopathic treatment of people with human immunodeficiency syndrome // J. Altern. Complement. Med. – 2003. – Vol. 9, N 1. – P. 133-141.

ВІЛ-АСОЦІЙОВАНІ ДЕРМАТОЗИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

О.А. Проценко

Резюме. Представлено особливості дерматологічних ознак при ВІЛ/СНІД у жінок репродуктивного віку залежно від клі-

HIV-ASSOCIATED SKIN LESIONS AT WOMAN AT REPRODUCTIVE AGE

О.А. Protsenko

Resume. The peculiarities of clinic HIV/AIDS-associated dermatosis at woman at reproductive age with different stage of

нічної стадії інфекційного процесу. Встановлено високий відсоток поєднання різних клінічних форм дерматозів. Доведено клінічні показники щодо обстеження на ВІЛ/СНІД жінок дітородного віку.

infection are present. The combination of the different clinic form of the dermatosis are found more frequently. Clinical features may be impact of use laboratory methods to diagnosis of HIV/AIDS.

Ключові слова: ВІЛ-асоційовані дерматози, жінки репродуктивного віку.

Keywords: HIV-associated dermatosis, woman, reproductive age.

Новини медицини

ПРИЧИНА БІЛЬШОСТІ ХВОРОБ – НЕРВОЗНІСТЬ

Чому ми хворіємо? Психологи стверджують, що будь-яку недугу людина може вигадати собі сама, адже причину хвороби потрібно шукати в голові, у способі мислення та життя.

Китайська традиційна медицина поділяє причини захворювання на дві групи: внутрішні та зовнішні. Внутрішні причини захворювання зазвичай пов'язані із сімома емоціями: радістю, гнівом, горем, «надмірними роздумами», сумом, страхом і жахом. Будь-який емоційний стрес може викликати зміни у внутрішніх органах і спричинити їхнє захворювання. Раптовий гнів може призвести до порушення роботи печінки. Горе та «надмірні роздуми» негативно впливають на діяльність селезінки й підшлункових залоз. Сум може викликати виснаження й психічні зміни, а це, у свою чергу, сприяє захворюванню легень. Жах змінює роботу нирок. Пристрасть пригнічує енергію й перешкоджає її вивільненню, тому відбувається розлад функції селезінки та шлунку. Раптове почуття страху захожує розладом діяльності нирок і нетриманням сечі, також може виникнути сильне серцебиття. Надмірна радість здатна уповільнити потік енергії, внаслідок чого виникає задуха. Усі різновиди стресів впливають на серце.

Захворювання, спричинені відхиленням емоцій від норми, виявляються переважно функціональними змінами, – пояснює голкотерапевт Євген Бочарников, – наприклад, гнів спонукає енергію печінки сильніше, ніж зазвичай, підійматися «догори», і внаслідок цього він може вражати мозок, викликаючи психічні розлади. Загалом сучасна медицина засвідчує, що причина 50-80% захворювань, зокрема, хвороб легень, серця, гіпертонії, виразки, тощо – нервозність.

Отож, якщо ви часто хворієте, варто замислитись, чи все вас влаштовує у житті. Чи немає проблем на роботі? Як у вас стосунки з колегами та рідними? Хворобами, які часто повторюються, організм намагається «сказати», що не все добре, як здається. Не ігноруйте такі сигнали, обов'язково знайдіть причину, інакше вона може стати хронічною.

Науковий світ, 2010, №9