

**Н. В. Бобко**

## **ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ В ГОРОДЕ МИНСКЕ**

**Научный руководитель канд. мед. наук, доц. А. Л. Барабанов**

*Кафедра кожных и венерических болезней,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Резюме.** На основании ретроспективного исследования 612 карт ВИЧ-инфицированных пациентов у 26% из них обнаружены кожные проявления, чаще – инфекционные с преобладанием орофарингеального кандидоза, реже – неинфекционные с преобладанием токсидермий. Дерматозы выявлялись в основном у ВИЧ-инфицированных мужчин трудоспособного возраста, потребителей инъекционных наркотиков с сопутствующим гепатитом С, уровнем CD4 менее 200/мкл.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, дерматозы, заболеваемость.

**Resume.** On retrospective examining of 612 medical cards of HIV-infected patients we revealed skin manifestations in 26% of them. The most frequent manifestations – infectious with striking prevalence of oropharyngeal candidiasis, less frequent – non-infectious with prevalence of drug eruptions. Dermatoses were mainly revealed in HIV-infected males of workable age, injection drug addicts with concomitant hepatitis C and CD4 level below 200/mcl.

**Key words:** HIV-infection, dermatoses, morbidity.

**Актуальность.** Неотъемлемой частью ВИЧ-инфекции являются кожные проявления, которые появляются почти у каждого ВИЧ-инфицированного и отличаются большим разнообразием. Дерматологические проявления ВИЧ-инфекции могут быть вызваны активностью самого вируса, ассоциироваться со снижением иммунитета и/или хронической активацией В-системы, обуславливаясь лечением ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний [1]. По происхождению ВИЧ-ассоциированные дерматозы принято подразделять на инфекционные (чаще вызванные оппортунистическими возбудителями бактериального, грибкового, вирусного, паразитарного происхождения), воспалительные (папуло-сквамозные, сосудистые, аллергические, некоторые авторы отдельно выделяют побочные эффекты антиретровирусной терапии) и онкологические. Одни из них являются высоко специфичными для ВИЧ-инфекции, другие – могут наблюдаться и у ВИЧ-негативных лиц, однако при ВИЧ-инфекции имеют особенности течения, ответа на лечение, появляются в комбинации с другими кожными болезнями или системными симптомами. Считается, что ВИЧ-ассоциированные дерматозы позволяют заподозрить наличие ВИЧ-инфекции до лабораторного подтверждения, в том числе – на ранних стадиях, способствуют своевременному проведению тестирования на ВИЧ, помогают приблизительно оценить уровень иммуносупрессии и вирусную нагрузку, однако их спектр и степень взаимосвязи с особенностями течения ВИЧ различается в зависимости от географического региона [1].

**Цель:** Выявление заболеваний кожи и видимых слизистых, которые могут являться условными индикаторами наличия ВИЧ-инфекции, ее тяжести, степени иммунодефицита

**Задачи:**

1. Определить частоту и спектр поражений кожи и видимых слизистых у ВИЧ-позитивных лиц

2. Выявить особенности протекания ВИЧ-инфекции у лиц с сопутствующими дерматозами

3. Установить зависимость кожных проявлений от стадии ВИЧ-инфекции, ее длительности, уровня CD4, наличия и эффективности антиретровирусной терапии (АРТ).

**Материалы и методы.** Было проведено ретроспективное исследование 612 медицинских карт ВИЧ-инфицированных пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении оппортунистических инфекций УЗ «Городская инфекционная клиническая больница» г. Минска в 2016-2017 гг. Проводился поиск пациентов с любыми признаками поражения кожи или видимых слизистых. Изучалась частота, спектр и особенности течения кожных заболеваний в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции, иммунного статуса, длительности заболевания, наличия и эффективности антиретровирусной терапии, а также сопутствующая патология, половозрастная структура ВИЧ-инфицированных пациентов с кожными проявлениями. Для сравнения качественных признаков использовался расчет критерия хи-квадрат или углового критерия Фишера, достоверными считались различия при уровне значимости  $p$  менее 0,05.

**Результаты и их обсуждение.** В результате исследования в 2016-2017 гг. было выявлено 159 пациентов с ВИЧ-инфекцией, сопровождающейся поражением кожи или видимых слизистых, что составило 26% от всех госпитализированных за данный период времени. Среди включенных в исследование пациентов было 36,5% женщин, 63,5% мужчин. Из них первая клиническая стадия ВИЧ была выставлена у 6,25%, вторая – у 25%, третья – у 22,5%, четвертая – у 41,3%, у 4,4% стадия не была уточнена.

Уровень CD4-клеток более 500/мкл наблюдался у 8,1% пациентов, 200-499/мкл – у 20,6%, менее 200/мкл – у 63,1%.

Из числа изученных пациентов 52,8% не получали АРТ вообще (отказ, не назначалось), 17,0% совершили самостоятельный отрыв от терапии либо принимали нерегулярно, 14,5% принимали АРТ регулярно (хорошая приверженность), у 5,0% – отмечался слабый эффект или неэффективность АРТ, у 10,7% сведения о проведении АРТ отсутствовали.

У 81% из 64 пациентов с известной вирусной нагрузкой она превышала 500 копий/мл.

При анализе числа одновременно диагностируемых дерматозов у пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечено, что в 39,0% случаев выявлялось 2 и более дерматологических диагноза. Установлено, что сочетанные кожные поражения достоверно чаще встречались у пациентов с уровнем CD4 менее 200/мкл (хи-квадрат=11,020,  $p < 0,01$ ). Наиболее частым было сочетание орофарингеального кандидоза с аллергическими поражениями кожи – 29%.

Среди сопутствующих заболеваний чаще всего – у 66% пациентов – выявлялся гепатит С, 43% обследованных являлись потребителями инъекционных психоактивных веществ, реже встречались цирроз печени – 16,5%, токсоплазмоз головного мозга – 13,8%, внебольничная пневмония – 12,8%, пневмоцистная пневмония – 9,2%, криптококкоз – 7,3%, ЦМВ-инфекция – 7,3%.

лейкоэнцефалопатия – 6,4%, доля остальных заболеваний составила менее 5% каждое.

Длительность ВИЧ-инфекции была известна у 132 пациентов. Из них длительность более 20 лет составила 3%, 10-20 лет – 23,5%, 5-10 лет – 5,3%, менее 5 лет – 29,5%, диагноз установлен в год госпитализации у 38,6% отобранных для обследования пациентов.

У ВИЧ-инфицированных пациентов было диагностировано 147 случаев инфекционных дерматозов. Среди них значительно преобладал орофарингеальный кандидоз – 57,8%, реже выявлялись опоясывающий лишай – 16,3%, онихомикоз – 6,1%, доля остальных (в порядке убывания – волосатая лейкоплакия языка, простой герпес, пиодермии, микоз гладкой кожи, папилломавирусная инфекция, контагиозный моллюск, чесотка и др.) составила менее 5% каждый.

При сравнении частоты встречаемости микотических, вирусных и бактериальных дерматозов у лиц с различной длительностью ВИЧ-инфекции достоверной разницы выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

Попытка выявить зависимость частоты встречаемости инфекционных дерматозов различной природы от стадии ВИЧ-инфекции и степени иммунодефицита установила, что вирусные дерматозы достоверно чаще встречались у пациентов с 1-2 стадией ВИЧ-инфекции, ( $\phi_{эмп} = 3,535$ ,  $p < 0,01$ ), а микотические – на 3-4 стадии ( $\phi_{эмп} = 5,235$ ,  $p < 0,01$ ), частота выявления бактериальных от стадии не зависела. Также микотические дерматозы достоверно чаще встречались у пациентов с уровнем CD4 менее 200 кл/мкл, чем у лиц с большим содержанием CD4 ( $\phi_{эмп} = 3,959$ ,  $p < 0,01$ ), для заболеваний бактериальной и вирусной природы значимой взаимосвязи с уровнем CD4 не обнаружено. Не было выявлено достоверной зависимости частоты встречаемости от факта приема АРТ ни для одного из инфекционных дерматозов.

Среди 74 выявленных случаев неинфекционных дерматозов преобладали токсидермии – они диагностировались у 32% лиц с заболеваниями из данной группы, реже диагностировался себорейный дерматит – у 24%, зудящие высыпания – у 18,7%, псориаз – у 14,7%, ангулярный хейлит – 8%, красный плоский лишай и многоформная эритема – реже 2% каждый.

Из этиологических факторов токсидермий документально подтвержденными были: ко-тримоксазол – у 4 пациентов, пенициллин – у 1, мегасеф – у 1, лефлос – у 1. Среди препаратов для АРТ токсидермию вызывали: абакавир – у 1 пациента, эфавиренц – у 1, также выявлено 3 случая липодистрофии у пациентов, принимающих комбинацию зидовудин + ламивудин + эфавиренц. При сравнении групп пациентов, принимавших и не принимавших АРТ – достоверной разницы в частоте встречаемости токсидермий выявлено не было.

При изучении зависимости частоты неинфекционных дерматозов от длительности ВИЧ-инфекции выявлено, что папулосквамозные дерматозы (себорейный дерматит, псориаз, красный плоский лишай) достоверно чаще встречались у пациентов с диагнозом, установленным менее 2-х лет назад ( $\phi_{эмп} = 2,597$ ,  $p < 0,01$ ), для аллергических дерматозов никакой достоверной закономерности не выявлено. Также только папулосквамозные (но не

аллергические) дерматозы значительно чаще встречались у пациентов с 1-2 стадией ВИЧ-инфекции, чем у лиц с 3-4 стадией (фэмп=2,602,  $p<0,01$ ) и у пациентов не принимающих АРТ (фэмп=4,556,  $p<0,01$ ). Не выявлено зависимости частоты встречаемости от уровня CD4 ни для одного из неинфекционных дерматозов. При исследовании получено, что папулосквамозные чаще встречались у пациентов не принимающих АРВТ (фэмп=4,556,  $p<0,01$ ).

В группе неопластических дерматозов диагностировано 6 случаев саркомы Капоши (критерий 4 стадии ВИЧ), выявлявшейся у пациентов, средний возраст которых составил 41 год, у всех из них уровень CD4 был менее 200/мкл. Лица, страдавшие саркомой Капоши, ранее не принимали АРТ, некоторые начали ее принимать только при текущей госпитализации.

#### **Выводы:**

1 Дерматозы в инфекционном стационаре были диагностированы у 26% из госпитализированных пациентов (чаще всего – инфекционные с преобладанием орофарингеального кандидоза, реже – неинфекционные с преобладанием токсидермий);

2 Дерматозы выявлялись в основном у ВИЧ-инфицированных мужчин трудоспособного возраста;

3 Среди нежных заболеваний преобладали гепатит С и зависимость от психоактивных веществ;

4 Среди пациентов с кожными проявлениями преобладали лица с 4 стадией ВИЧ, с уровнем CD4 менее 200/мкл, вирусной нагрузкой более 500 копий/мл;

5 У 39,0% пациентов выявлялось 2 и более кожных заболевания, что достоверно ассоциировалось с уровнем CD4 менее 200/мкл;

6 У пациентов с 1-2 стадией ВИЧ чаще встречались вирусные и папулосквамозные дерматозы, у лиц с 3-4 стадиями – микотические и неопластические;

7 У лиц с уровнем CD4 менее 200 достоверно чаще встречались микотические и неопластические дерматозы;

8 Папулосквамозные дерматозы достоверно чаще встречались у пациентов, не получавших АРВТ и при длительности ВИЧ менее 2 лет.

*N. V. Babko*

#### **HIV-ASSOCIATED DERMATOSES IN MINSK**

*Tutor: Associate professor A. L. Barabanov*

*Department of Skin and Venereal Diseases,*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

#### **Литература**

1. Барабанов, А.Л. Общие вопросы дерматологической заболеваемости у ВИЧ-инфицированных лиц (обзор) / А.Л. Барабанов // Дерматовенерология. Косметология. – 2018. – том 4. – №1. – С. 55-68.