2. Клінічна медицина

**Чернікова Л.І**

кандидат медичних наук, доцент

*Харківський національний медичний університет*

*м. Харків, Україна*

**ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ**

 **У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ**

ВІЛ-інфекція залишається однією з основних глобальних проблем охорони здоров'я: вже більше 39 мільйонів людей у світі померли від хвороб, які розвиваються на фоні синдрому набутого імунодефіциту. В середньому кожен рік помирає більш ніж півтора мільйона хворих. За станом на кінець 2014 року у світі перебувало біля 36,9 (34,3–41,4) мільйонів осіб з ВІЛ-інфекцією, причому 2 (1,9–2,2) мільйона осіб були інфіковані тільки протягом 2014 року [1]. За оцінкою ВООЗ/ЮНЕЙДС Україна продовжує залишатись регіоном з високим рівнем поширення ВІЛ серед країн Центральній Європи та Східної Азії [2, с. 5]. Протягом 1987-2016 р. р. (6 міс.) серед громадян України зареєстровано 287 968 ВІЛ - інфікованих осіб, у тому числі 88 075 випадків захворювання на СНІД та 39 885 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Станом на 01.07.2016 року, у закладах охорони здоров’я служби профілактики та боротьби зі СНІДом під медичним наглядом перебувало 130 410 ВІЛ-інфікованих громадян України, з них 36 474 хворих з діагнозом СНІД [3, с. 7].

Одним із методів боротьби з поширенням інфекції є своєчасне виявлення й лікування осіб із ВІЛ/СНІДом, особливо на ранніх стадіях захворювання, коли ще мало змінюється загальний стан інфікованої людини, проте вже виникають характерні для даної інфекції зміни на шкірі, які є найбільш доступними для візуального огляду й діагностики. Тому знання дерматологічних проявів ВІЛ-інфекції/СНІДу а також дані про прояви цієї інфекції у ротовій порожнині є необхідним аспектом у роботі лікарів будь-якого фаху з метою ранньої діагностики та своєчасного лікування цього серйозного захворювання.

ВІЛ-інфекція характеризується багаторічним перебігом, клінічно пов'язаним з прогресуючим зниженням імунітету. ВІЛ-інфекція не має конкретних патогномонічних ознак, проте, добре зібраний епідеміологічний анамнез й ретельно проведене фізикальне обстеження хворого дає можливість лікарю поставити попередній клінічний діагноз, який може бути підтверджений специфічною лабораторною діагностикою[ 4,с.81].

ВІЛ-інфекція відрізняється різноманітністю клінічних ознак: від безсимптомного перебігу до виражених форм з агресивними опортуністичними інфекціями й різними новоутвореннями. Захворювання має стадійний перебіг і характеризується чергуванням рецидивів і ремісій з наростаючою тяжкістю клінічних та лабораторних симптомів[ 4,с.81, 94-107].

В даний час дерматологи поряд з лікарями інших спеціальностей виявилися на передньому плані діагностики ВІЛ-інфекції та СНІДу**.** Це пояснюється тим, що досить часто ураження шкіри і слизових оболонок виступають дебютом ВІЛ-інфекції. Спектр ураження шкіри і слизових оболонок при ВІЛ-інфекції досить широкий. Їх умовно можна розділити на три основні групи: неопластичні, інфекційні (вірусні, бактеріальні, грибкові) та інші дерматози з незрозумілим патогенезом. При цьому захворювання на тлі ВІЛ-інфекції набувають ряду особливостей: виникають в різних вікових групах, виявляються атипово, погано піддаються лікуванню. Тяжкий перебіг дерматозів, їх генералізація, поєднання шкірних проявів з загальними симптомами, як лихоманка, слабкість, діарея, лімфаденопатія є поганими прогностичними симптомами і свідчать про перехід ВІЛ-інфекції в СНІД[4,с.108-111; 5,с.59; 6,с. 450].

Встановлено, що стійкий кандидоз слизової оболонки рота і періанальної області є раннім симптомом ВІЛ-інфекції, особливо, коли в анамнезі відсутні дані про діабет, лікування антибіотиками, кортикостероїдами і цитостатиками. У хворих на ВІЛ-інфекцію описані еритематозний (атрофічний), псевдомембранозний, гиперпластичний кандидоз. Кандидоз слизових оболонок починається з молочниці. Однак на відміну від звичайного кандидозу, у ВІЛ-інфікованих нальот швидко зростається з підлеглою слизовою оболонкою і не знімається при поскаблюванні. Після насильницького видалення такого нальоту утворюються ерозії й виразки, що кровоточать. Найчастіше уражається язик, але процес може поширюватися на всі області слизової рота і глотки. Кандидозна заєда (ангулярний хейліт) нерідко поєднується з кандидозним хейлітом і стоматитом[4,с.149-151; 5, с.59-66; 10, с.127, 130].

Волосиста лейкоплакія слизової порожнини рота зазвичай є передвісником розвитку СНІДу. Вважають, що її етіологічними чинниками є вірус Епштейн-Барра та грибки роду Candida. Захворювання характеризується розростанням білих ниткоподібних волосків, що нагадують гофровану поверхню. Найчастіше вражаються бічні поверхні язика, слизова щік і верхнього піднебіння. Суб'єктивні відчуття відсутні. Тому огляд порожнини рота повинен бути дуже ретельний[4,с.146-147; 7, с. 1392-1396; 10, с. 127, 131].

Одним із СНІД-індикаторних захворювань є саркома Капоші, при якій на слизовій порожнини рота, м'якого і твердого піднебіння, яснах, язиці, глотці з'являються плями багряно-синюшного кольору з чіткими межами. Саркомі Капоші при ВІЛ-інфекції властиві наступні клінічні характеристики: молодий вік хворих, яскраве забарвлення елементів висипки, незвичайна їх локалізація, причому нерідко первинна (обличчя, порожнина рота, статеві органи), швидка дисемінація, агресивний перебіг із залученням до процесу лімфатичних вузлів і внутрішніх органів[4,с. 116-122; 8, с.56-61; 10, с.131].

Із новоутворень, які зустрічаються в ротоглотці ВІЛ-інфікованих, описані не-Ходжкинськалімфома, лімфома Беркітта. Їх найчастіша локалізація - тверде піднебінні, слизова оболонка альвеолярного відростка[4,с.125-132; 9,с.235; 10,с.132].

Герпетичні ураження, зумовлені ВПГ, у ВІЛ-інфікованих часто локалізуються в порожнині рота. Клінічні ознаки відрізняються великою кількістю висипних елементів, аж до їх дисемінації, схильні до утворення ерозій та виразок й супроводжуються болем. Хронічний виразковий герпес є СНІД-індикаторним захворюванням. У відбитках з ерозивних поверхонь нерідко знаходять акантолітичні клітини Тцанка . Герпетичні виразки в ротовій порожнині при ВІЛ-інфекції досить великі, досягають розмірів від 0,5 до 3 см в діаметрі. Деякі виразки імітують елементи багатоформної еритеми або виразково-некротичного стоматиту, і можуть бути схожі з тяжкою формою кандидозу[4,с.133-137; 10,с.155 ].

Герпетичні ураження обумовлені ВПГ у ВІЛ-інфікованих можуть протікати також у вигляді герпетичного стоматиту, фарингіту, езофагіту. Первинний герпетичний гінгівостоматит має локальні і загальні прояви. Захворювання супроводжується лихоманкою і нездужанням. Відзначається припухлість і болючість регіонарних лімфатичних вузлів. Через 1-2 дня можуть з'являтися ураження на яснах, твердому піднебінні та інших ділянках слизової оболонки порожнини рота. При відсутності терапії ці ураження прогресують, може спостерігатися дисемінація вірусу (ВПГ) в вісцеральні органи, що підсилює тяжкість клінічної симптоматики аж до подальшого летального результату[4,с.135-137; 5,с.59-66].

Серед бактеріальних уражень порожнини рота у ВІЛ-інфікованих частіше зустрічається гострий виразково-некротичний стоматит. Початок захворювання раптовий, процес нерідко починається з кровоточивості ясен. У деяких хворих виразково-некротичний стоматит має прогресуючий перебіг, що призводить до втрати тканин пародонта і кісткових структур альвеолярного гребеня. Клінічною ознакою ураження язика є поява (зазвичай на спинці) ерозій і виразок, вкритих некротичним нальотом, по відторгненні якого відкриваються ерозійні поверхні. Описані маргінальні та виразково-некротичні гінгівіти, пародонтити[10,с.131; 11,с. 1365-1369].

ВІЛ-інфекція як хвороба, що передається статевим шляхом, часто асоціюється з іншими венеричними хворобами, наприклад, сифілісом.

Твердий шанкр у вигляді ерозії і виразки може локалізуватися в порожнині рота і на червоній облямівці губ, він часто ускладнюється вторинною інфекцією, що призводить до його трансформації у гангренозну або фагеденічну форму. На слизової порожнини рота, глотки, гортані, червоної облямівки губ можуть бути висипання вторинного сифілісу у вигляді ерозованих папул і виразок, широких кондилом в кутах рота і навколо ніздрів. В результаті специфічного ураження гортані і голосових зв'язок у хворих спостерігається грубий хрипкий голос або афонія[12, с. 49-52; 13,с. 56-59].

Висновки. Ураження шкіри і слизових оболонок відносять до числа найпоширеніших проявів ВІЛ-інфекції. Вони спостерігаються при різних клінічних формах захворювання, а не тільки на стадії розгорнутого СНІДу, і можуть мати діагностичне і прогностичне значення. Саме дерматологічні зміни дозволяють вперше запідозрити ВІЛ-інфекцію у багатьох хворих. В процесі еволюції ВІЛ-інфекції ураження шкіри й слизових оболонок можуть регресувати, з'являтися знову та давати різноманітні поєднання. Згодом вони можуть стати поширеними і тяжкими, приймаючи часом не властиві їм клінічні характеристики, особливо на стадії СНІДу[4, с.108].

Проведене дослідження показало, що, по-перше, найбільш частими дерматологічними ознаками ВІЛ-інфекції є кандидоз слизової оболонки порожнини рота, «волосиста» лейкоплакія, саркома Капоші, герпетичні ураження, афтозний стоматит, а, по-друге, слизова порожнини рота, глотка, гортань - часті органи-мішені при ВІЛ-інфекції / СНІДі [ 4,с.92; 5,с.59; 14,с.16-19].

Таким чином, знання етіології, патогенезу й симптоматології СНІД-асоційованих захворювань, забезпечує раннє і більш повне виявлення хворих з ВІЛ-інфекцією, що має величезне значення у боротьбі з поширенням ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Література:

1. Информационный бюллетень ВОЗ. – Июль 2015 г. – № 360. Режим доступу: <http://www.who.in.t/mediacentre/factsheets/fs360/ru/>

 2.Віл-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. – Київ, 2015.- № 43. -112с

3.Віл-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. – Київ, 2016.- № 46. -38с

4.ВИЧ/СПИД-инфекция:монография/А.М.Дащук,Л.И.Черниковa.-Х.: С.А.М.,2015.248 с.

5.Потекаев Н.С. Поражение кожи при ВИЧ-инфекции/ Н.С. Потекаев //Вестник дерматологии и венерологии.-1991.-№7.-с.59-66

6.Ameen M. Cutaneous markers of HIV infection and progression/Ameen M. // Curr HIV Res. 2010 Sep 1; 8(6):450-5.

7.Triantos D. Oral hairy leukoplakia: clinicopathologic features, pathogenesis, diagnosis, and clinical significance / D.Triantos, S.R.Porter, C.Scully, C.G.Teo// Clin Infect Dis 1997; 25:1392-96.

8. Popivanova N.I. HIV/AIDS-associated Kaposi’s sarcoma with multiple skin-mucosal disseminations following ultraviolet (puva) photochemotherapy/ N.I.Popivanova, K.N.Chudomirova, I.G. Baltadzhiev, T.I. Abadjieva //Folia Med (Plovdiv). 2010 Jul-Sep; 52(3):56-61

9. Osborne G.E, Taylor C., Fuller L.C. The management of HIV-related skin disease. Part II: neoplasms and inflammatory disorders /G.E. Osborne, С.Taylor, L.C. Fuller// Int J STD AIDS 2003; 14: 235-40

10.HIV Infection- ВІЛ-інфекція/О.А.Голубовська, О.А.Гудзенко, І.В.Шестакова.- К.: ВСВ «Медицина», 2011.-288с.

11.Fontes V. Recurrent aphthous stomatitis: treatment with colchicines. An open trial of 54 case / Fontes V., Machet L., Huttenberger B., Lorette G., Vaillant L.// Ann Dermatol Venereol 2002; 129:1365-9.

12.Потекаев Н.С. К клинике и течению твердого шанкра на фоне ВИЧ-инфекции / Н.С.Потекаев, Б.М.Груздев, В.В.Покровский, О.Г.Юрин// Вестник дерматологии и венерологии. – 1992. - № 9. - с. 49-52.

13.Потекаев Н. С. Влияние ВИЧ-инфекции на клинические и серологические проявления сифилиса. Тактика ведения и методики лечение больных ВИЧ-инфекцией и сифилисом / Потекаев Н. С.  //Медицинская помошь. - 1993. - № 5. - с. 56-59.

14**.** HIV/AIDS Programme. Strengthening health services to fight HIV/AIDS. WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. 7 August 2006 . Режим доступу**:**[**http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/**](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/)