УДК 616.98:578.828:616.5-002

**АТОПИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НА КОЖЕ НА ФОНЕ ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИИ**

*Дащук А.М., Куцевляк Л.О.*

*Кафедра дерматологии, венерологии и СПИДа ХНМУ*

***Ключевые слова:***атопия, нейродермит, токсикодермия, ВИЧ/СПИД-инфекция

У больных инфицированных ВИЧ по мере развития иммунодефицитного состояния отмечается склонность к появлению аллергических реакций кожи, в особенности это относится к лицам, у которых имеются признаки атопии (астмы, ринита, атопического дерматита) [1].

Сыворотка больных содержит IgE-антитела к белкам человека. Эти белки – аутоаллергены, - высвобождаясь из поврежденных тканей, запускают иммунный ответ, опосредуемый IgE или Т-лимфоцитами. Таким образом, аллергическое воспаление, спровоцированное экзогенными аллергенами, поддерживается за счет эндогенных факторов.

Роль IgE в патогенезе атопического дерматита не совсем ясна, однако установлено, что клетки Лангерганса (специализированные отросчатые клетки эпидермиса) несут высокоаффинные рецепторы IgE и, по-видимому, опосредуют воспалительную реакцию. Воспаление кожи при атопическом дерматите сопряжено с двухфазной активацией Т-лимфоцитов. На острой стадии болезни кожу инфильтрируют Т-хелперы типа 2, секретирующие ИЛ-4 и ИЛ-13, на хронической стадии в ней увеличивается содержание ИЛ-5, ГМ-КСФ, ИЛ-12 и интерферона ɣ, а следовательно, Т-хелперов типа 1.

Обострение атопических заболеваний у этих больных нередко возникает в продромальном периоде, еще до развития манифестных клинических проявлений СПИДа.

На коже в острой стадии атопического дерматита красные пятна с расплывчатыми границами, папулы и бляшки, нередко – шелушение. Распространенный отек, кожа выглядит припухшей, одутловатой. Эрозии, мокнутие и корки. Линейные, точечные экскориации – результат расчесов. Возможно присоединение вторичной инфекции – Staphylococcus aureus. Пустулы (обычно пронизаны в центре волосом), корки. Эрозии с влажной поверхностью [1].

При хронической стадии на коже видна лихенификация – результат постоянного расчесывания и растирания. Фолликулярная экзема – множество мелких папул на месте волосяных фолликулов. Возможны трещины – болезненные, особенно на сгибательных поверхностях суставов, на ладонях, пальцах и подошвах. Выпадение наружной трети бровей и гиперпигментация век – результат расчесывания глаз. Характерная складка кожи под нижним веком (линии Денни) [1].

Излюбленная локализация – кожа сгибательных поверхностей суставов, передняя и боковые поверхности шеи, лицо (веки, лоб), запястья, тыльная поверхность кистей и стоп. В тяжелых случаях – генерализованное поражение.

Ограниченный нейродермит проявляется одним или несколькими зудящими очагами лихенизации, которые образуются из-за постоянного расчесывания или растирания кожи.

Очаг лихенизации в виде плотной бляшки, образовавшейся при слиянии мелких папул. Шелушение выраженно незначительно, за исключением очагов на ногах. При пальпации кожа утолщена; при осмотре в глаза бросается усиленный кожный рисунок, который у здоровых людей едва заметен, возможны экскориации.

Цвет обычно красноватый. Впоследствии – коричневый и черный (гиперпигментация), особенно при светочувствительности кожи ΙV, V и VΙ типов.

Форма круглая, овальная, линейная (по направлению расчесов). Границы, как правило, четкие.

Локализация сыпи – задняя поверхность шеи (у женщин), волосистая часть головы, лодыжки, голени, верхняя часть бедер, наружная поверхность предплечий, вульва, лобковая область, перианальная область, мошонка, пах [3].

Монетовидная экзема – это хронический зудящий дерматит, для которого характерны круглые бляшки. Бляшки представляют собой скопление мелких папул и везикул на фоне эритемы. Заболевание особенно часто встречается у пожилых мужчин в холодное время года.

Элементы сыпи - эритема, на фоне которой тесно сидящие мелкие везикулы и папулы образуют бляшки. Бляшки достигают размера 4-5 см и имеют четкие границы. В пределах бляшки могут появиться мокнутие и корки. Экскориации – результат расчесывания. Нередко отмечается лихенизация от розового до темно-красного цвета.

Расположение - несколько бляшек в одной области (например, на голени) или генерализованное поражение.

Излюбленная локализация монетовидной экземы – голени (у пожилых мужчин), туловище, кисти и пальцы (у молодых женщин).

У больных с ВИЧ-инфекцией часто развивается медикаментозная токсикодермия на фоне приема сульфаниламидов или ВАРТ [1].

При распространенной токсикодермии - кожно-слизистая симптоматика сочетается с поражением других органов и систем, иногда до­вольно серьезным (повышение температуры тела, ознобы, диспепси­ческие явления, адинамия, коматозные состояния ).

Клиническая картина поражений кожи разнообразная: экземоподобные сыпи, сыпь, напоминающая таковую при скарлатине, кори, краснухе, крапивнице. В этих случаях на слизистой оболочке рта и губах процесс может проявляться в виде катарального, геморраги­ческого, пузырно-эрозивного поражения. Высыпания локализуются на деснах, языке, губах, и иногда носят характер разлитого поражения слизистой оболочки рта.

Чаще всего лекарственную токсикодермию вызывают ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы невирапин, делавирдин и эфавиренз; неклеотидный ингибитор обратной транскриптазы абакавир и ингибитор протеазы ВИЧ ампренавир. В большинстве случаев появляется пятнисто-папулезная сыпь. Поражение кожи отмечается у части больных, принимающих невирапин (чаще всего пятнисто-папулезная сыпь, иногда - синдром Стивенса-Джонсона, требующий отмены препарата), и у половины больных получающих делавирдин. Примерно в половине случаев высыпания проходят самостоятельно без отмены терапии. Препарат следует отменить при поражении слизистых, образовании пузырей, отслойке эпидермиса, выраженной печеночной недостаточности, лихорадке выше 39ºС, сопровождающейся значительным ухудшением самочувствия, невыносимом зуде. При повторном назначении абакавира описаны случаи со смертельным исходом [1].

Для лечения используется преднизолон, он хорошо переносится больными и безопасен, особенно если его назначают на 1-2 нед. Однако углубление иммунодефицита на фоне приема глюкокортикоидов чревато развитием оппортунистических инфекций (например, герпеса) и злокачественных новообразований (саркомы Капоши).

Лечение помимо глюкокортикоидов заключается также в отмене, если это возможно, препарата, подозреваемого в развитии аллергической реакции. Необходимо также соблюдать диету, употреблять большое количество жидкости (вода, морс и т.д.). Назначаются антигистаминные препараты.

На эрозивно-язвенные дефекты кожи первые несколько дней назначаются влажно-высыхающие повязки с антисептиками (2% борная кислота, КМnО4, 0,25% резорцин, танин). По мере подсыхания эрозий назначают пасты (Лассара, цинковая). Затем через несколько дней назначают мази с кортикостероидами сверхвысокой активности (дермавейт, кловейт).

Если токсикодермии локализуются на слизистой полости рта то проводят частое полоскание полости рта вышеназванными антисептиками.

В случае высыпаний на слизистой глаз, после консультации с офтальмологом, проводят обработку раствором танина, борной кислоты.

По мере стихания активности высыпаний врач принимает решение о замене препарата, возможно вызвавшего ту или иную аллергическую реакцию у больных ВИЧ/СПИД инфекцией.

Приводим наше наблюдение.

Больной Л., 1976 г.р., не работает, житель г.Харькова. Разведен. Обратился за медицинской помощью в кожвенотделение по месту жительства в 2015 г с жалобами на зуд и высыпания на коже. Лечился без эффекта антигистаминными, седативными препаратами, наружно - примочки, кортикостероидные мази.

01.08.2016 г. направлен на стационарное лечение в ГККВД №5.

При осмотре: дерматоз носит распространенный характер и локализуется на коже стоп, нижних конечностей, живота, спины в складках кожи (подмышечные, паховые). На коже видны эритема, папулы, везикулы, эрозии, корки. В складках кожи – слившиеся эрозии, корки. В клинических анализах крови и мочи патологии не выявлено, РМП – отрицательная, глюкоза крови 4,5 ммоль/л. Диагностирована хроническая экзема в стадии обострения. Рекомендована следующая терапия: реосорбилакт 200 в/в №5, лоратадин 1 таб в день 10 дней, тиосульфат натрия 30% 5,0 в/в №10 1 раз в день. Наружно – влажно-высыхающие повязки с КMnO4 на область эрозий, кортикостероидные мази на остальные участки.

Проводимая терапия в течение 12 дней сопровождалась некоторым улучшением. Больной был выписан, однако 18.08.2016 г. больной вновь поступил с обострением процесса. При поступлении: количество высыпаний на коже больше чем при первом поступлении. Наряду с обычными исследованиями (кровь, моча, глюкоза крови) взята кровь для исследования на ВИЧ/СПИД-инфекцию, которая оказалась положительной. Больной направлен на консультацию в Харьковский областной центр борьбы и профилактики СПИДа. Диагностирована ΙΙ клиническая стадия ВИЧ-инфекции. Была назначена соответствующая антиретровирусная терапия. Параллельно проводилась терапия по поводу хронической экземы. В течение 2 недель после начала терапии высыпания на коже частично регрессировали. Больной находится на диспансерном наблюдении в Центре борьбы и профилактики СПИДа.

Таким образом, лечение атопических проявлений на коже на фоне ВИЧ/СПИД-инфекции требует комплексного подхода, учитывающего фактор вызвавший аллергический процесс, а также стадию ВИЧ/СПИД-инфекции.

**Список литературы.**

1. Вульф К., Джонсон Р. Сюрмонд Д. Дерматология по Т.Фицпатрику. Атлас-справочник. Второе русское издание. Пер. с англ. - М.: Практика, 2007 - С. 1248.

2. Дащук А.М. ВИЧ/СПИД-инфекция/ А.М.Дащук, Л.И.Черникова. – Х.: «С.А.М.». – 2015. – 248с.

3. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: В 3 т / Клаус Вольф, Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. ред. Н.Н.Потекаева, АН.Львова. – М.: Издательство Панфилова, 2015. – Т.1. – 2015. – С. 182-201

**АТОПІЧНІ ПРОЯВИ НА ШКІРІ НА ТЛІ ВІЛ/СНІД-ІНФЕКЦІЇ.**

*Дащук А.М., Куцевляк Л.О.*

У статті розглядаються питання алергічних проявів на шкірі на тлі ВІЛ/СНІД-інфекції. Під впливом ВАРТ досить часто виникають прояви токсикодермії, які потребують відміни препарату, який визвав цю реакцію та призначення відповідної терапії.

**ATOPIC EFFECTS ON SKIN IN THE SETTING OF HIV/AIDS INFECTION.**

*Daschuk A.M. Kutsevlyak L.O.*

The article considers allergic reactions on skin in the setting of HIV/AIDS infection. Under the influence of highly active antiretroviral therapy there are toxicoderma effects, that require to discontinue the medication causing this reaction and to appoint.