

СТРУКТУРА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ, В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Ефанова Е.Н., Нелидова Н.В.

БУ ВО ХМАО – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, e-mail: efanova_en@surgu.ru

Цель исследования: изучить структуру дерматологической заболеваемости у пациентов с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией, проживающих в условиях урбанизированного Севера. Использованы методы целевого медицинского осмотра и анализа первичной медицинской документации (медицинских карт стационарных больных) ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезом старше 18 лет, госпитализированных в Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер в 2019–2021 гг. В исследование включены 148 человек; из них 82% лиц мужского пола, 18% женского пола. Основным диагнозом являлся туберкулез легких. Все больные являлись ВИЧ-позитивными с диагнозом «Болезнь, вызванная ВИЧ, 4Б или 4В стадия, ВААРТ». При детальном дерматологическом осмотре выявлено, что 71,3% пациентов из числа исследуемых имели сопутствующую дерматологическую патологию. Поражения кожи инфекционного происхождения выявлены у 67,7% пациентов. В группе инфекционных дерматозов регистрировались дерматозы микотической, вирусной и бактериальной этиологии. Неинфекционные поражения кожных покровов выявлялись у 67,1% ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезом легких. В группу исследования вошли больные легочным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией на стадии СПИД. Выявленные поражения кожи у значимого числа пациентов свидетельствуют об уязвимости кожи при данных заболеваниях. На фоне выраженной иммуносупрессии преобладали дерматозы инфекционного происхождения. Доля неинфекционных дерматозов у ВИЧ-позитивных пациентов с туберкулезом легких также велика, но обусловлена, вероятнее всего, проводимой массивной лекарственной терапией. Поскольку инфекционные дерматозы преобладают у пациентов с ВИЧ и туберкулезом легких, целесообразной является организация дерматологического контроля за больными группы риска, что позволит выявлять инфекционные поражения кожи и ее придатков на ранних стадиях, снижать риски прогрессирования и диссеминации патологического процесса. Кожный процесс при иммунодефицитном состоянии приобретает клинические особенности и может являться СПИД-индикаторным маркером.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез легких, микобактериальная инфекция, дерматозы, заболеваемость, дерматологические проявления.

THE STRUCTURE OF DERMATOLOGICAL MORBIDITY OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS OF THE LUNGS INFECTED WITH HIV IN THE CONDITIONS OF THE NORTHERN REGION

Efanova E.N., Nelidova N.V.

Surgut state University, Surgut, e-mail: efanova_en@surgu.ru

To study the structure of dermatological morbidity in patients with pulmonary tuberculosis and HIV infection living in the urbanized North. The methods of targeted medical examination and analysis of primary medical documentation (medical records of inpatient patients) of HIV-infected tuberculosis patients over 18 years of age hospitalized in the Surgut Clinical Tuberculosis Dispensary in 2019–2021 were used. 148 people were included in the study; 82% of them were males, 28% were females. The main diagnosis was pulmonary tuberculosis. All patients were HIV-positive with diagnoses of «HIV-induced disease, stage 4B or 4B, VAART». A detailed dermatological examination revealed that 71.3% of the patients studied had concomitant dermatological pathology. Skin lesions of infectious origin were detected in 67.7% of patients. In the group of infectious dermatoses, dermatoses of mycotic, viral and bacterial etiology were recorded. Non-infectious skin lesions were detected in 67.1% of HIV-infected patients with pulmonary tuberculosis. The study group included patients with pulmonary tuberculosis and HIV infection at the AIDS stage. The detected skin lesions in a significant number of patients indicate the vulnerability of the skin in these diseases. Dermatoses of infectious origin prevailed against the background of pronounced immunosuppression. The proportion of non-infectious dermatoses in HIV-positive patients with pulmonary tuberculosis is also high, but is most likely due to massive drug therapy. Since infectious dermatoses prevail in patients with HIV and pulmonary tuberculosis, it is advisable to organize dermatological monitoring of patients at risk, which will allow detecting infectious lesions of the skin and its appendages in the early stages, reduce the risks of progression and dissemination of the pathological process. The skin process in an

immunodeficiency condition acquires clinical features and can be an AIDS indicator marker.

Keywords: HIV infection, pulmonary tuberculosis, mycobacterial infection, dermatoses, morbidity, dermatological manifestations.

В Российской Федерации на протяжении последних лет отмечаются высокая заболеваемость туберкулезом и ухудшающаяся эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции (вирус иммунодефицита человека). Сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции взаимно утяжеляет течение заболеваний, ухудшает прогноз и видоизменяет клинические проявления заболеваний [1, 2].

Согласно литературным сведениям, при инфицировании микобактериями туберкулеза ВИЧ-позитивных пациентов в 20 раз повышается вероятность развития туберкулезного поражения. По данным Всемирной организации здравоохранения, туберкулезом заболевают около половины людей, живущих с ВИЧ. ВИЧ-инфекция на стадиях СПИДа (синдром приобретенного иммунодефицита) (стадии 4Б, 4В и 5) является фактором риска развития и прогрессирования туберкулеза.

Известно, что туберкулез на стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции (стадии 4Б, 4В, 5) характеризуется остро прогрессирующим течением и склонностью к генерализации, часто с одновременно множественным поражением внеторакальных локализаций [3, 4]. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции тяжелые оппортунистические инфекции, в том числе дерматологического плана, осложняют течение туберкулезного процесса, затрудняют проведение полноценной терапии, увеличивают летальность больных от туберкулеза [5].

Дерматологические проявления у ВИЧ-позитивных больных туберкулезом легких недостаточно изучены. При туберкулезной инфекции и ВИЧ у пациента возрастают риски поражения кожи и ее придатков или более агрессивного течения уже имеющихся дерматозов. Кроме того, больные с туберкулезом и ВИЧ получают длительную терапию химиотерапевтическими средствами, что, в свою очередь, повышает риски развития токсических поражений кожи и создает условия для присоединения и прогрессирования инфекционных дерматозов [6, 7].

В настоящее время не существует единой классификации дерматологических поражений у пациентов с туберкулезом и ВИЧ. Представляется наиболее приемлемым деление поражений кожных покровов и слизистых оболочек у ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом легких на следующие группы: инфекционные дерматозы, неинфекционные дерматозы, неопластические дерматозы [6-8].

Наблюдения свидетельствуют о наличии корреляции между выраженностью иммуносупрессии у больных с выраженностью дерматологических проявлений. Доказано, что при выраженной иммунодепрессии развиваются преимущественно инфекционные и

неопластические процессы [6–8]. В отечественной литературе последних лет встречаются отдельные публикации по дерматологической коморбидности ВИЧ-инфицированных пациентов [8–11]. Однако нет ни одного исследования, посвященного дерматологической патологии у пациентов с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования: изучить структуру дерматологической заболеваемости у пациентов с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией, проживающих в условиях урбанизированного Севера, для оптимизации маршрутизации пациентов, улучшения качества жизни больных и предупреждения осложнений.

Материалы и методы исследования. Использованы методы целевого медицинского осмотра и анализа первичной медицинской документации (медицинских карт стационарных больных) ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезом старше 18 лет, госпитализированных в Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер в 2019–2021 гг. Критерии отбора: наличие основного диагноза туберкулеза легких и ВИЧ-инфекции, высыпания на коже и (или) изменения придатков кожи. Сопутствующий дерматологический диагноз верифицирован врачом-дерматовенерологом. Диагноз дерматомикоза выставлен на основании положительных результатов микроскопического исследования биологического материала на дерматомицеты.

Все пациенты получали лечение согласно приказу Минздрава России от 29.12.2014 г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания». Схема химиотерапии состояла из 4–6 противотуберкулезных препаратов и составлялась в соответствии с индивидуальными результатами определения лекарственной чувствительности возбудителя бактериологическим методом исследования. Во всех случаях химиотерапия состояла из двух фаз: интенсивной и фазы продолжения. При возникновении нежелательных явлений назначалась терапия сопровождения, направленная на их купирование.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследование включены 148 человек; из них 82% лиц мужского пола, 18% женского пола. Основным диагнозом являлся туберкулез легких (в 75% случаев диссеминированный, в 15% – инфильтративный, в 10% зарегистрированы другие формы). Все больные являлись ВИЧ-позитивными с диагнозом «Болезнь, вызванная ВИЧ, 4Б или 4В стадия, ВААРТ», у 72% верифицирован сопутствующий хронический вирусный гепатит С. При детальном дерматологическом осмотре выявлено, что 71,3% пациентов из числа исследуемых имели сопутствующую дерматологическую патологию, нуждающуюся в коррекции.

Инфекционные дерматозы у ВИЧ-позитивных больных туберкулезом легких

Поражения кожи инфекционного происхождения выявлены у 67,7% пациентов. В

группе инфекционных дерматозов регистрировались дерматозы микотической, вирусной и бактериальной этиологии (рис. 1).

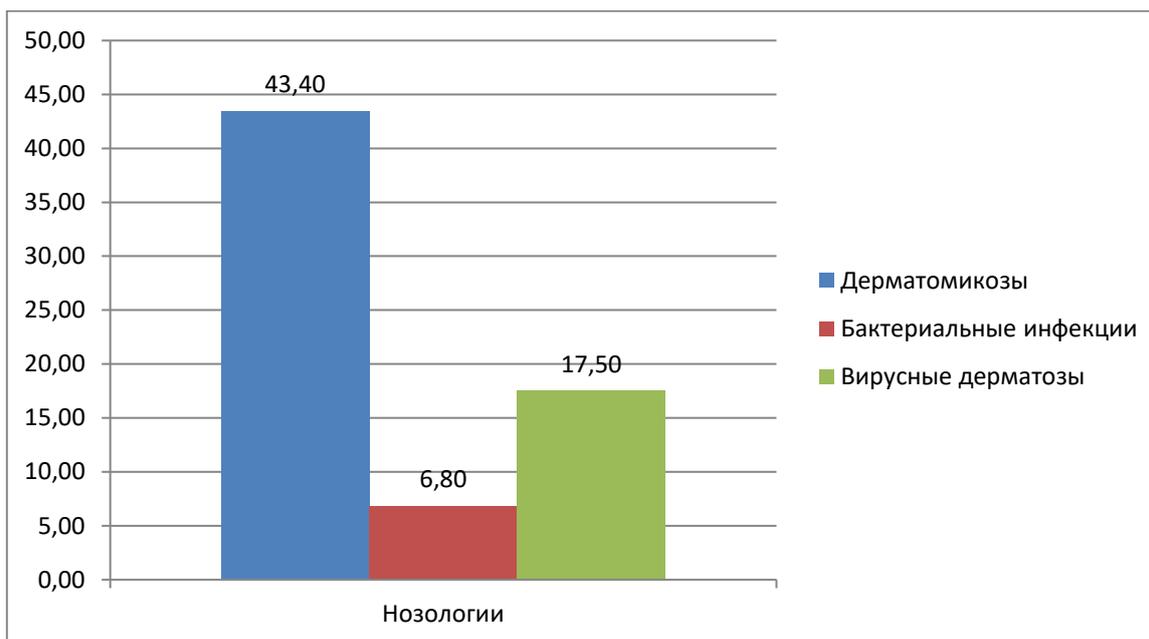


Рис. 1. Структура инфекционных дерматозов у ВИЧ-позитивных больных туберкулезом легких

Наиболее часто встречались онихомикозы и микозы кистей и/или стоп (были выявлены у 43,4% пациентов). Онихомикоз с тотальным вовлечением в процесс ногтевых пластинок кистей, стоп наблюдался у 6,8% больных (рис. 2, 3), изолированное изменение ногтей кистей отмечалось у 3,5% больных, поражение только ногтей стоп – у 90,2% пациентов. У 42,3% больных онихомикозом стоп отмечалась проксимальная подногтевая форма поражения. При онихомикозе стоп наблюдалось вовлечение в процесс ногтевых пластинок обеих стоп; преимущественно ногти стоп поражались тотально, а в 32,8% случаев изменялись ногти 1-го, 5-го пальцев стоп. Превалировал гипертрофический тип поражения ногтевых пластин (82,8% случаев), нормотрофический тип поражения зарегистрирован в 17,2% случаев.



Рис. 2. Микоз, онихомикоз стоп у ВИЧ-позитивного больного туберкулезом легких



Рис. 3. Микоз стоп у ВИЧ-позитивного больного туберкулезом легких

Из бактериальных дерматозов фолликулиты регистрировались у 6,8% ВИЧ-позитивных пациентов с туберкулезом легких. Причем фолликулиты характеризовались упорной резистентностью к проводимой терапии. Из вирусных дерматозов вульгарные бородавки выявлялись у 6,0% пациентов (рис. 4), контагиозный моллюск – у 3,5%, герпес-вирусные инфекции, ассоциированные с вирусом герпеса 1-го типа, – у 8,0% больных.



Рис. 4. Вульгарные бородавки кистей у ВИЧ-позитивного больного туберкулезом легких

Выявлены клинические особенности инфекционных поражений кожи при туберкулезе легких и ВИЧ-инфекции: быстрая генерализация кожного процесса, упорное рецидивирующее течение, резистентность к проводимой терапии.

Неинфекционные дерматозы у ВИЧ-позитивных больных туберкулезом легких

Неинфекционные поражения кожных покровов выявлялись у 67,1% ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезом легких, причем у 48,2% пациентов из числа имеющих неинфекционные поражения кожи отмечалось одновременное наличие двух и более дерматозов (рис. 5). Нередко выявлялись токсикодермии (18,3%), преимущественно связанные с приемом специфических противотуберкулезных препаратов (препаратов из группы фторхинолонов, пипразинамида, изониазида, этамбутола, линезолида, протионамида и др.). Лекарственные токсикодермии у больных ВИЧ и туберкулезом легких характеризовались полиморфизмом клинических проявлений, нередко отсутствием зуда, распространенностью кожного процесса. Сложность ведения таких пациентов заключалась в том, что значительная часть больных группы исследования имели множественную и широкую устойчивость микобактерий туберкулеза к препаратам, что существенно затрудняло терапию основного заболевания и возникающих на этом фоне токсико-аллергических поражений кожи. Множественные гемангиомы туловища отмечены у 16,6% пациентов. Кроме того, верифицировались такие нозологии, как экзема (6,6%) с преимущественным поражением кожи дистальных отделов конечностей (рис. 6, 7), кожный зуд неуточненный (6,6%), себорейный дерматит (5,0%), приобретенные ладонно-подошвенные кератодермии (5,0%), хроническая крапивница (5,0%). У 2,0% пациентов обнаружен псориаз, также выявлено по 1 случаю витилиго, кальциноза кожи, поверхностного васкулита кожи и волосяного лишая.

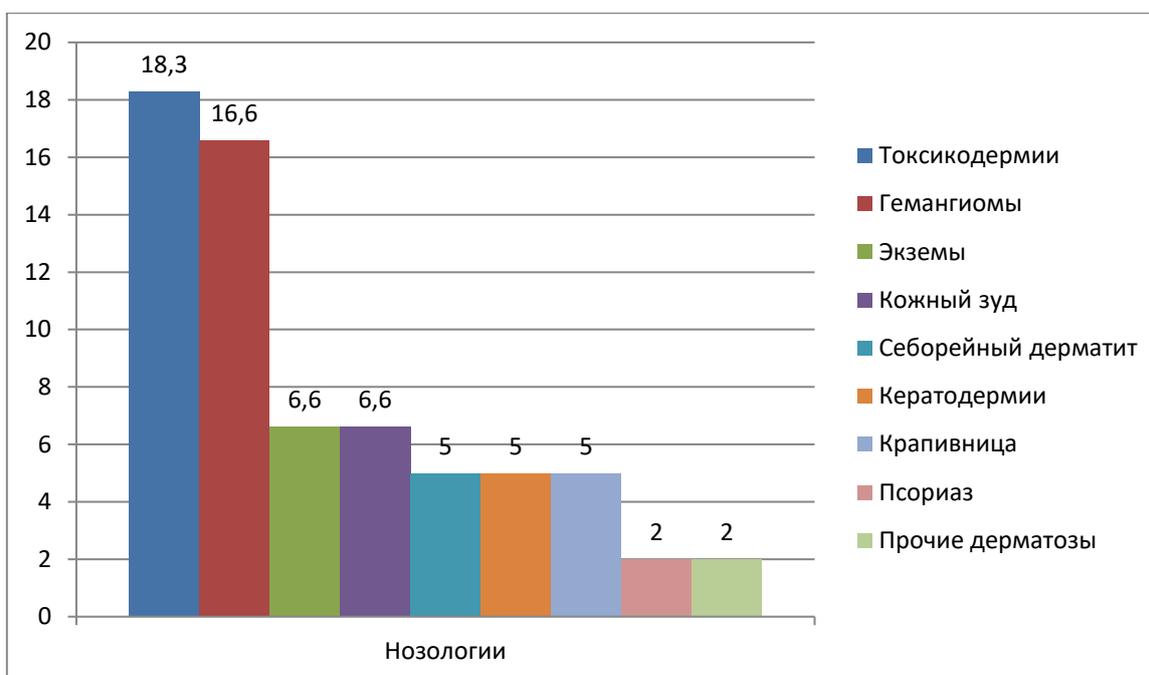


Рис. 5. Структура неинфекционных дерматозов у ВИЧ-позитивных больных туберкулезом легких

Выявлены клинические особенности неинфекционных поражений кожи у больных туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией: атипичность клинических проявлений, образование обширных очагов поражения, выраженная инфильтрация и лихенизация в очагах, упорное рецидивирующее течение, стойкость к проводимому лечению.

Из неопластических кожных процессов при наблюдении за пациентами исследуемой группы выявлено 2 случая саркомы Капоши, ассоциированной с ВИЧ.

Картина кожных заболеваний у ВИЧ-позитивных пациентов с туберкулезом легких напрямую связана со степенью развития иммунодефицита. При выраженной иммунодепрессии прогрессируют поражения кожи инфекционного происхождения и неопроцессы. При этом прогнозируемым является формирование определенных рисков у пациентов группы исследования: возрастание вероятности инфекционных поражений кожи, диссеминации процесса, атипичности течения и, как следствие, сложности диагностики, увеличение частоты и скорости развития осложнений.

Выводы

В группу исследования вошли больные легочным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией на стадии СПИД. Выявленные поражения кожи у значимого числа пациентов свидетельствуют об уязвимости кожи при данных заболеваниях. Поражение кожи объясняется общей иммуносупрессией и вовлечением в процесс клеток Лангерганса, формирующих клеточный кожный иммунитет. На фоне выраженной иммуносупрессии преобладали дерматозы инфекционного происхождения. Доля неинфекционных дерматозов у ВИЧ-позитивных

пациентов с туберкулезом легких также велика, но обусловлена, вероятнее всего, проводимой массивной лекарственной терапией. Поскольку инфекционные дерматозы преобладают у пациентов с ВИЧ и туберкулезом легких, целесообразной является организация дерматологического контроля за больными группы риска, что позволит выявлять инфекционные поражения кожи и ее придатков на ранних стадиях, снижать риски прогрессирования и диссеминации патологического процесса. Кожный процесс при иммунодефицитном состоянии приобретает клинические особенности и может являться СПИД-индикаторным маркером.

Таким образом, отмечено множество различных кожных проявлений у ВИЧ-инфицированных пациентов. Диагностика данных заболеваний сложна. Учитывая вероятность обращения пациентов к специалистам различного профиля, стоит отметить важность уточнения ВИЧ-статуса пациента. Заподозрить ВИЧ-инфекцию необходимо на ранних этапах, и в данном случае обязательно стоит учитывать правильно собранный эпидемиологический анамнез, наличие сопутствующих заболеваний, наличие вторичных заболеваний органов и систем, атипичное течение имеющихся кожных проявлений.

Список литературы

1. ВИЧ-инфекция и СПИД / Под ред. В.В. Покровского. М.: ГЭОТАР-медиа, 2010. 192 с.
2. Нагибина М.В., Мартынова Н.Н., Преснякова О.А., Вдовина Е.Т., Груздев Б.М. Особенности клиники и лечения поражений кожи при ВИЧ-инфекции // Лечащий врач. 2015. № 2. С. 83.
3. Зими́на В.Н., Батыров Ф.А., Зюзя Ю.Р., Кравченко А.В., Тощевиков М.В., Решетников М.Н., Васильева И.А. Туберкулез множественных локализаций у больных ВИЧ-инфекцией: особенности течения и диагностики // Вестник РГМУ. 2012. №2. С.45-50.
4. Кузьмина Н.В., Нелидова Н.В. Генерализованный туберкулез у ВИЧ-инфицированных больных в условиях Северного региона // Вестник Сур.ГУ. Медицина. 2018. № 4 (38). С. 20-23.
5. Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д., Гунашева А.А. Случаи чесотки у ВИЧ-инфицированных больных // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2019. №11(1). С. 81-86.
6. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2017: Болезни кожи. [Электронный ресурс]. URL: https://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/klinicheskie-rekomendatsii-2017/ (дата обращения: 20.07.2022).
7. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология

Фицпатрика в клинической практике. М.: БИНОМ, 2013. Т. 1. 1168 с.

8. Нелидова Н.В., Кузьмина Н.В., Русак Ю.Э., Ефанова Е.Н. Клиническое наблюдение саркомы Капоши, ассоциированной с ВИЧ, у больного диссеминированным туберкулезом легких, вирусными гепатитами В и С // Лечащий врач. 2021. № 11. С. 45-49.
9. Ефанова Е.Н., Русак Ю.Э., Васильева Е.А. Клиническое наблюдение узловатого пруриго у ВИЧ-положительной пациентки // Лечащий врач. 2021. № 11. С. 7-10.
10. Немчанинова О.Б., Бугримова А.А. Хронические дерматозы у ВИЧ-инфицированных: особенности клиники и течения // Journal of Siberian Medical Sciences. 2015. № 6. С.41.
11. Немчанинова О.Б., Бугримова А.А. Псориаз у ВИЧ-инфицированных пациентов: особенности течения // Journal of Siberian Medical Sciences. 2015. №3. С.25.