



В.Г. Радионов^{1,2}, Т.З. Когония³, Е.Г. Загайнова³

¹ГУ «Луганский государственный
медицинский университет»

²Луганский областной
кожно-венерологический диспансер

³Луганский областной центр по профилактике и
борьбе со СПИДом

Особенности течения СПИД-ассоциированных заболеваний кожи и слизистых оболочек

Ключевые слова

СПИД, заболеваемость, клиника, ассоциированная кожная патология.

СПИД – одна из глобальных и трагических проблем, возникших перед всем человечеством в конце XX века. Природа бросила человечеству грозный вызов, напомнив о том, что эволюция живого на Земле не закончилась, а экологические нарушения чреваты тяжелыми последствиями [2, 12].

Стратегия борьбы со СПИДом в Украине является одним из приоритетов в сфере здравоохранения и социального развития. Она стала своеобразным критерием демократичности нашего государства, так как небезопасность эпидемии ВИЧ/СПИДа, сегодня угрожает нации. Национальные затраты, направленные на борьбу с распространением СПИДа, значительные и ежегодно составляют более 100 млн долларов США. В связи с расширением международных программ по ВИЧ/СПИДу в Украине объем международного финансирования ежегодно увеличивается. Преимущественно это финансирование осуществляется за счет Глобального фонда и составляет более 40 млн долларов США. Однако, несмотря на значительные финансовые затраты, эпидемия ВИЧ-инфекции все еще продолжается, остаются высокими показатели ее распространенности [2, 3, 12].

СПИД – синдром приобретенного иммунного дефицита (Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS), согласно определению ВОЗ – это вирусная болезнь, препятствующая борьбе организма против инфекций и раковых заболеваний. Вызывается вирусом иммунодефицита человека и рассматривается как синдром вторичной иммунологической недостаточности, обус-

ловленной поражением ВИЧ-инфекцией первоначально неизменной системы иммунитета [5, 12]. Дерматозы как наиболее ранние и частые проявления болезни занимают особое место в клиническом симптомокомплексе ВИЧ-инфицированных, они отличаются упорным течением, нарастающей тяжестью, формированием несвойственных им клинических характеристик, появлению лимфаденопатий, резистентностью к проводимой аллопатической терапии. Клинические проявления у детей такие же, как и у взрослых, с преобладанием стоматита, хронической диареи, анемии и общего развития. Ранними симптомами СПИДа являются лихорадка, общая слабость, повышенная утомляемость, головная боль, кашель, уменьшение массы тела, упорная диарея, гепатоспленомегалия. Процесс завершается преимущественно терминальной стадией [1, 3, 5, 10].

Динамика количества зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицированных в Луганской области за последние 17 лет свидетельствует о значительном ежегодном их увеличении. Так, в 1995 году было зарегистрировано всего лишь 11 инфицированных, а к 2010–2011 годам ежегодное количество зарегистрированных уже превысило 700 человек. Основным путем передачи ВИЧ-инфекции в Украине включительно до 2007 года был парентеральный путь передачи инфекции. Впервые, по данным национального отчета и ряда авторов [2, 10], начиная с 2008 года, отмечена смена парентерального пути заражения на половой. Однако необходимо сказать, что немногие из опрошенных могут указать дос-

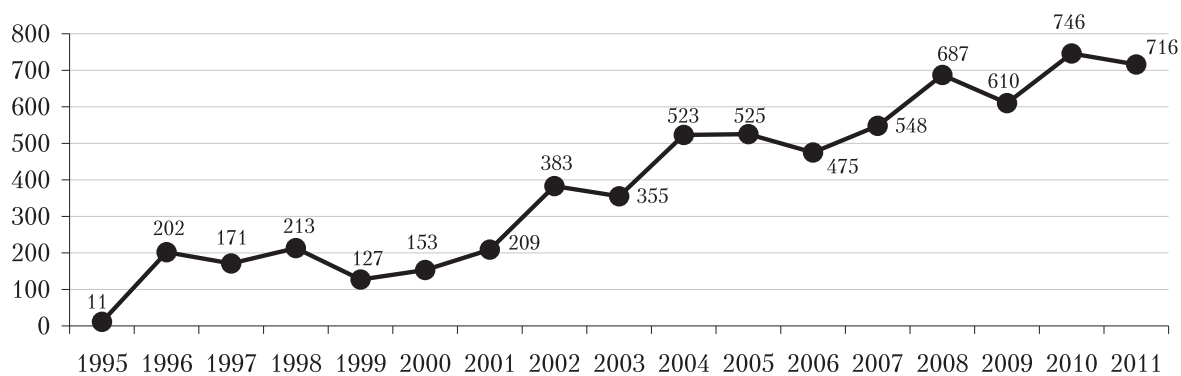


Рисунок. Количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в Луганской области за период 1995—2011 гг.

товерный путь передачи, так как половой путь передачи проще указать, чем инъекционный, и таким образом не объявлять себя наркоманом. Эпидемия ВИЧ-инфекции все еще остается преимущественно в группах наибольшего риска инфицирования — потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и их сексуальных партнеров [2, 3, 6, 7, 12, 14]. Это главная проблема, на которой сегодня должны сконцентрировать усилия для ее разрешения дерматовенерологи и наркологи, так как около 80 % ВИЧ-инфицированных граждан Украины составляют лица репродуктивного и работоспособного возраста (15—49 лет).

Так, по данным Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом МЗ Украины, на начало 2012 года в Украине ВИЧ-инфицированных было зарегистрировано 120 148. Кроме этого, отмечена значительная и неравномерная распространенность ВИЧ-инфекции в разных регионах Украины. По состоянию на 01.01.2012 высокие интенсивные показатели зарегистрированы в Днепропетровской (605,9), Донецкой (577,0), Одесской (559,6), Николаевской (557,7) областях, в городе Севастополе (431,5), а также в АР Крым (361,6), что значительно превысило показатель по Украине — 264,3. Интенсивный показатель распространенности в Луганской области был значительно ниже (164,7), что соответствовало таковому в ряде других областей Украины: Винницкой, Волынской, Житомирской, Запорожской, Киевской, Кировоградской, Полтавской, Черкасской и Хмельницкой [2, 11].

Материалы и методы

В исследование включены больные, прошедшие стационарное лечение в Луганском областном центре по профилактике и борьбе со СПИДом за 2011 год с сопутствующей кожной патологией. В стационарном отделении за этот период пролечен 381 пациент, преимущественно с III клини-

ческой стадией (пре-СПИД) и IV клинической стадией (СПИД). Среди них были больные, уже получавшие и получающие антиретровирусную терапию (АРТ) или высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) в разных сроках, а также еще не получавшие АРТ и находящиеся на этапе ее первичного подбора.

Из наиболее часто встречающихся заболеваний у подавляющего большинства пациентов по причине несвоевременного обращения в лечебные учреждения и развития поздних стадий ВИЧ-инфекции в период прохождения стационарного лечения выявлены: себорейный дерматит — у 236 (62 %) из 381 госпитализированного, кандидозные поражения кожи и слизистых — у 104 (27 %). Несколько реже встречающаяся патология — ангулярный хейлит, опоясывающий лишай, аногенитальные остроконечные кондиломы (бородавки венерические), папилломы различной локализации, контагиозный моллюск и др. Из группы микозов чаще всего встречались кандидозные поражения слизистых оболочек, как было указано выше. Реже — микозы стоп и дерматофитии крупных складок. Течение микозов стоп преимущественно имело затяжной характер, нередко с переходом в микотическую экзему на фоне предшествующего лечения. В случаях, когда удалось на догоспитальном этапе добиться купирования проявлений микотической экземы, нередко оникомикозы являлись пусковым механизмом быстрого развития ее рецидива.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что манифестация опоясывающего лишая всегда длительная, а эпителизация кожи в зоне поражения затягивается порой до 4 и более недель. При этом лечение противовирусными препаратами назначается в максимально рекомендуемых дозировках, как и в случаях применения антибиотиков при гнойничковых поражениях кожи. Следует отметить, что правильно подобранные схемы АРТ, как и высокоактивной АРТ, существен-

но сокращали сроки пребывания больных в стационаре. Помимо значительного продления ремиссий при хронических заболеваниях, у больных улучшалось качество жизни, в лучшую сторону менялся и психосоциальный статус. Особенно заметно это проявлялось при псориазе с разными сроками болезни — от 1,5 до 10 лет. У больных, которым была назначена АРТ или ВААРТ незадолго до госпитализации или в первые недели госпитализации, псориазные высыпания регрессировали значительно быстрее. Сами больные меняли свое отношение к псориазу как болезни в том плане, что впервые замечали столь быстрый регресс на фоне АРТ. Однако течение себорейного дерматита даже у больных, получавших АРТ, носит непрерывно рецидивирующее течение, хотя с менее жестокими рецидивами. Изложенное свидетельствует о том, что на этом этапе врачи-дерматологи нередко являются правофланговыми в вопросах диагностики ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциированных манифестных форм кожных заболеваний, так как при ВИЧ-инфекции преимущественно дебютируют поражения кожи и слизистых оболочек.

Далее мы представляем случаи некоторых пациентов с пре-СПИД и IV клинической стадией СПИДа, которые, надеемся, могут быть интересны врачам-дерматовенерологам в плане общего познания течения СПИД-ассоциированной кожной патологии и, возможно, специалистам, занимающимся вопросами диагностики и лечения этой сочетанной патологии.

Больной Р., поступил в стационар областного центра с диагнозом: ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия, множественные очаговые поражения головного мозга (этиологически — токсоплазмоз), впервые диагностированный туберкулез внутригрудных лимфоузлов и бронхов (МБТ+). Себорейный дерматит, рецидивирующая герпетическая инфекция, орофарингеальный кандидоз. Сопутствующие: хронический вирусный гепатит С умеренной активности; аллергический дерматит; киста головки поджелудочной железы.

Поступил в состоянии средней тяжести. Сознание ясное, ориентирован в месте и времени, критика к своему состоянию снижена. Пациент в основном предъявлял жалобы неврологического характера. ВИЧ-инфицирован с 2008 года, ухудшение самочувствия отмечает с 01.06.2009. При осмотре: в пахово-бедренных областях с переходом на промежность, в подмышечных впадинах очаговые эритематозно-сквамозные высыпания, местами насыщенного красно-фиолетового цвета, с фестончатыми краями и обильным центральным шелушением. Мани-

фестные проявления дерматита преимущественно визуализировались на лице в виде ярко выраженной эритемы с островками значительного шелушения, а также волосистой части головы на фоне сухости кожи и обильной десквамации. Слизистая щек и языка была покрыта островками серовато-белого, трудно снимающегося налета с четкими границами. Больной на момент поступления получал ВААРТ. Назначено комплексное общепринятое лечение выявленной патологии кожи и слизистой оболочки полости рта, а к концу октября 2009 г. на фоне проводимого лечения и положительной динамики основного заболевания развилась клиника опоясывающего лишая. На коже грудной клетки появилась обширная яркая эритема с зоной поражения до 20 % кожного покрова туловища. В течение суток на фоне эритемы начали возникать множественные пузырьки с серозно-геморрагическим содержимым. Высыпания сопровождалась довольно выраженным опоясывающим болевым синдромом по ходу кожных проявлений. Несмотря на проведение массивной антивирусной терапии, начатой еще на стадии эритемы, количество кожной сыпи прогрессивно увеличивалось. Регресс высыпаний наметился только к концу второй недели, а завершение процессов репаративной регенерации наблюдалось спустя 5 недель с момента начала заболевания. Выписан из стационара через 4,5 месяца.

Больной М., поступил в стационар с диагнозом: ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия. Орофарингеальный кандидоз. Внегоспитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония. Экссудативный плеврит справа. Сопутствующие заболевания: хронический вирусный гепатит С умеренной активности; хронический пиелонефрит, латентное течение; микотическая экзема; тотальный онихомикоз кистей и стоп.

Поступил в состоянии средней тяжести, с температурой тела до 38 °С и жалобами со стороны дыхательной системы. До поступления ВААРТ уже получал. При осмотре — тотальный онихомикоз кистей и стоп. Кожа стоп с множественными шелушениями, поверхностными и глубокими трещинами, значительным количеством пузырьков, находящихся на разных стадиях развития и разрешения. На слизистой оболочке небных дужек, корне языка визуализировались высыпания в виде коркоподобных трудноотделяемых пленок сероватого цвета с четкими границами. Инфицирован ВИЧ с декабря 2003 года. Из анамнеза было выяснено, что неоднократно обращался на прием по поводу микотической экземы стоп, которой страдает в течение 2,5 лет. На фоне амбулаторного лечения наступало улуч-

шение, однако в последнее время сроки ремиссий начали сокращаться, и заболевание приняло непрерывно рецидивирующий характер. В отделении была начата системная пульс-терапия итраконазолом на фоне общепринятых методов лечения экзематозного процесса. При выписке через 3,5 месяца отмечено значительное улучшение: явления экземы купированы, начался рост ногтевых пластинок нормального цвета и структуры на кистях и стопах. Через 6 месяцев после выписки поступил в стационар повторно с диагнозом: ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия; орофарингеальный кандидоз; ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия; микотическая экзема, тотальный онихомикоз стоп; выраженный вестибуло-атактический синдром. Сопутствующие диагнозы: рассеянный энцефаломиелит; выраженный психоорганический синдром; эпизиндром; умеренный правосторонний гемипарез; токсическая энцефалопатия, полинейропатия; хронический вирусный гепатит С умеренной активности. На момент осмотра проявления экземы стоп не столь выражены, как при поступлении в первый раз. На кистях ногтевые пластины визуальнo без особенностей, нормальной структуры, на стопах — все утолщены, за счет подногтевого гиперкератоза, серо-желтого цвета. Вновь начата системная антимикотическая терапия. Больной выписан на 30-й день, явление экземы сведены до минимума, на стопах рост здоровых ногтевых пластин не отмечен. Рекомендовано продолжить лечение и наблюдение в амбулаторном режиме по месту жительства.

Больной Ф. поступил в стационар областного центра с диагнозом: ВИЧ-инфекция, III клиническая стадия. Орофарингеальный кандидоз. Сопутствующие диагнозы: распространенный псориаз, прогрессивная стадия; хронический токсический гепатит. Цель госпитализации — лечение псориаза с последующим началом АРТ.

Поступил в состоянии средней тяжести с жалобами на сильный зуд кожи голеней и кистей. Болеет псориазом 10 лет. Из-за постоянного злоупотребления алкоголем лечение проводил эпизодически какими-то мазями «народной» медицины на пике обострений. По этой же причине при сборе анамнеза о детальном течении псориаза и его лечении сведений собрать не удалось. Инфицирован ВИЧ с апреля 2009 г. При осмотре — псориазические высыпания со значительной инфильтрацией. На языке белый налет в виде выраженных плотных пленок. В отделении начато лечение — инфузионная дезинтоксикационная терапия, гипосенсибилизирующая, гормональная («Флостерон» 1,0 мл однократно), витаминотерапия. Через 3 дня до-

бавлена комбинированная наружная терапия с использованием «Элокома С» и «Элокома». В течение трехнедельного лечения у больного наметилась положительная кожная динамика. По этой причине был начат подбор схемы АРТ. На фоне АРТ сразу же обострился псориазический процесс. Лечение псориаза было продолжено (откорректировано), схема АРТ не изменена. Через месяц больной был выписан со значительным уменьшением манифестных проявлений псориаза. На фоне антимикотической терапии проявления орофарингеального кандидоза значительно уменьшились.

Больной Ш. (1977 г. р.) поступил в стационарное отделение с диагнозом: ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия. Орофарингеальный кандидоз и кандидоз пищевода 1–2 стадии. Распространенный псориаз (субтотальная эритродермия), прогрессивная стадия. Сопутствующие диагнозы: хронический вирусный гепатит С умеренной активности; хронический безкалькулезный холецистит в стадии ремиссии.

Поступил в состоянии средней тяжести для назначения АРТ с жалобами общесоматического характера и на обострение псориаза. Болеет псориазом с апреля 2008 г. Лечился в стационаре кожно-венерологического диспансера по месту жительства, был выписан с незначительным улучшением. На момент осмотра отмечались распространенные высыпания в стадии прогрессирования и с выраженной воспалительной реакцией. На слизистой оболочке щек, корне языка визуализировался налет в виде бело-серых пленок с четкими границами. Была подобрана доза АРТ. На фоне лечения явления эритродермии купированы. Побочных эффектов в период приема специфических препаратов параллельно с терапией псориаза не наблюдалось. Через 16 дней с момента поступления больной выписан со значительным улучшением и разрешением кожных проявлений.

Таким образом, антиретровирусная терапия положительно повлияла на общее состояние пациента и разрешение псориазических высыпаний, чего, со слов больного, ранее не отмечалось при назначении общепринятого лечения в стационаре дерматовенерологического диспансера.

Результаты и обсуждение

На основании вышеизложенного считаем своим долгом лишний раз обратить внимание дерматовенерологов на особенности встречающейся СПИД-ассоциированной патологии кожи, так как сочетанные кожные заболевания у ВИЧ-инфицированных имеют большой удельный вес, что подтверждено многочисленными исследова-

ниями и публикациями [1, 3, 5, 9, 11]. Следует отметить, что сегодня многие специалисты недооценивают диагностического и прогностического значения поражений кожи и слизистых оболочек при ВИЧ-инфекции, считая основным «индикаторным» дерматозом только саркому Капоши. Однако, согласно приказу МЗ Украины № 388 от 11.05.2010, имеется определенный перечень заболеваний, симптомов и синдромов, при которых пациенту предлагаются услуги по добровольному консультированию и тестированию во время обращения за медицинской помощью в учреждения здравоохранения независимо от подчиненности и уровня оказания медицинской помощи. В этот перечень отнесены незащищенные половые контакты, заболевания, передающиеся преимущественно половым путем, хроническая или персистирующая инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (продолжительностью более 1 месяца), опоясывающий лишай, ангулярный хейлит, папулезный зудящий дерматит, себорейный дерматит волосистой части головы, лица, верхней части грудной клетки, паховой области, а также грибковые поражения ногтей. При ознакомлении с таким перечнем заболеваний создается впечатление, что его составляли многие специалисты, но, к сожалению, забыли пригласить в авторский коллектив профессионалов-дерматовенерологов.

Такая же ситуация сложилась и при составлении приказа МЗ Украины № 415 от 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультивання і тестування на ВІЛ-інфекцію», текст которого изложен на 120 страницах. Как ни странно, при составлении этого приказа в авторском коллективе, состоящем из 27 человек, а также 37 консультантов, нет ни одного дерматовенеролога, фтизиатра или нарколога. К этому приказу есть очень много замечаний и предложений со стороны практических врачей. К примеру, одно из них. На странице 102 в п. 6 указаны учетные формы амбулаторных и стационарных больных и форма № 096/у, но ведь это история родов! И тут же нет таких учетных форм, как медицинская карта больного венерическим заболеванием № 065/у, карта больного грибковыми заболеваниями (в том числе онихомикозы) № 065-1/у, не говоря уже о том, что в приказе нет медицинской карты больного туберкулезом № 081/у, карты наркологического больного и др. А ведь именно эти специалисты, согласно вышеуказанному приказу, должны заниматься пред- и посттестовым консультированием пациентов, но авторские коллективы таких министерских «приказов», к сожалению, игнорируют мнение профессионалов-практиков.

Мы сочли своим долгом лишний раз напомнить коллегам, занимающимся вопросами СПИДа, и тем, кто встречается практически ежедневно с проблемой консультирования и тестирования во время поликлинического приема пациентов, рассмотреть основные (кроме ангиоретикулеза Капоши), наиболее частые дерматозы и инфекционные кожные поражения при СПИДе, ссылаясь и на сообщения ряда других авторов [1, 4, 5, 8, 10].

СПИД-ассоциированные вирусные заболевания встречаются часто и проявляются герпесом простым и опоясывающим, цитомегаловирусной инфекцией, моллюском контагиозным, лейкоплакией волосистой, бородавками вульгарными, кондиломами остроконечными и др.

Герпес простой (*herpes simplex*) поражает полость рта, половые органы, перианальную область. Процесс, как правило, диссеминированный (количество очагов может достигнуть многих сотен), часто рецидивирует, приобретая перманентное течение с выраженным эрозивированием и изъязвлениями (обнаруживаются иногда акантолитические клетки Тцанка). Язвы обычно не фестончатые, а округлые, со значительной болезненностью. Незаживающие язвы перианальной области у гомосексуалистов, если не доказана их иная природа, следует рассматривать как герпетические, даже при отрицательных результатах лабораторного тестирования. Возможна необычная локализация проявлений простого герпеса, в отличие от банальной формы, чаще в области кистей, стоп, подмышечных впадин, голеней, порой с развитием хронических язв. Возможно герпетическое поражение внутренних органов. Для этого дерматоза характерны резистентность к терапии и рецидивирующий характер с очень коротким периодом ремиссии.

Герпес опоясывающий (*herpes zoster*) нередко служит ранним и единственным признаком болезни. Достоверность клинического предположения о связи опоясывающего герпеса с ВИЧ-инфекцией возрастает, если у больного выявлена стойкая лимфаденопатия. Возможны дочерние отсеки герпеса (до нескольких десятков), диссеминированные формы с непредсказуемой локализацией, но чаще по ходу черепных нервов и в области крестца. Возможно рецидивирование (до настоящего времени случаи рецидива опоясывающего лишая встречались лишь у онкологических больных) и сочетание с саркомой Капоши. Отмечаются выраженный болевой синдром, появление рубцов при разрешении очагов и рецидивов, что свидетельствует о переходе заболевания в последнюю стадию. Появление даже локализованного опоясывающего лишая у лиц

группы риска является клиническим показанием для обследования на ВИЧ-инфекцию.

СПИД ассоциированные грибковые заболевания. Характерной особенностью этой группы микозов является ранняя генерализация с формированием обширных очагов, практически по всей коже, включая волосистую часть головы. Отмечается упорное течение, значительная резистентность к местной и системной терапии антимикотиками. Наиболее частая патология — кандидоз и руброфития, реже разноцветный лишай, паховая эпидермофития и другие микозы.

Кандидоз (*candidosis*) поражает лиц молодого возраста, чаще мужчин. Преимущественно вовлекаются слизистые оболочки полости рта, пищевода, половых органов, перианальная область с тенденцией к образованию обширных эрозивных и язвенных очагов, сопровождающихся болезненностью. Часто наблюдаются хейлит, ангулярный стоматит (заеды), эрозивно-язвенный эзофагит, вовлекаются внутренние органы, поражаются естественные кожные складки, ногти и др.

СПИД-ассоциированный себорейный дерматит (*dermatitis seborrhoeca*) может быть самым ранним проявлением ВИЧ-инфекции, иногда предшествует выявлению специфических антител в крови больного. Клинически проявляется в виде гиперемии кожи лица и волосистой части головы, с умеренным шелушением, могут широко варьировать от abortивных ограниченных форм до тяжелых генерализованных, порой приобретая на лице форму волчаночной «бабочки»,

с последующим выпадением волос, бровей, что отмечается более чем у половины инфицированных больных в раннем периоде болезни. По мере прогрессирования заболевания сыпь появляется на коже живота, боковых поверхностях туловища, промежности, верхних и нижних конечностях с выраженным шелушением, клинически напоминает картину вульгарного ихтиоза, приобретая в дальнейшем генерализованный характер вплоть до эритродермии. Заболевание развивается остро, протекает сравнительно тяжело, проявляя торпидность к проводимой терапии.

Выводы

Резюмируя, необходимо отметить, что приведенные случаи из практики и описанная СПИД-ассоциированная кожная патология свидетельствуют о необычных клинических проявлениях и тяжелом течении большинства кожных заболеваний у ВИЧ-инфицированных больных, а многие состояния кожи, вызванные оппортунистическими инфекциями, характеризуются значительной резистентностью к общепринятой аллопатической терапии, что коррелирует со степенью выраженности иммунодепрессии и общего гомеостаза больного. Комплексная терапия ВИЧ-инфицированных пациентов, а также больных с пре-СПИД и IV клинической стадией СПИДа, кроме АРТ, должна включать профилактику и лечение оппортунистических инфекций, что значительно улучшит состояние кожи и качество жизни больных.

Список литературы

1. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. Пер. с англ.— М.: МЕДпресс-информ, 2008.— 736 с.
2. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні: Зведений звіт (оригінал англійською мовою, січень 2009 року).— С. 18—33.
3. Мавров И.И. Половые болезни: Руководство для врачей, интернов и студентов.— Харьков: Факт, 2002.— С. 537—565.
4. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період — січень 2008 р.— грудень 2009 р.— К., 2010.— С. 12—34.
5. Оркин В.Ф., Завьялов А.И. Кандидаинфекция кожи и слизистых оболочек.— Саратов, 2003.— 92 с.
6. Потекаев Н.С., Гаджиев М.Н. Кандидоз // *Consilium Medicum*.— 2002.— Т. 4, № 5.— С. 230—233.
7. Радионов В.Г. Энциклопедический словарь дерматовенеролога.— Луганск: ОАО «ЛОТ», 2009.— 616 с.
8. Радионов В.Г., Шатилов А.В., Анохина Л.П. Об усовершенствовании организации доступа уязвимых групп населения к диагностике и лечению инфекций, передающихся половым путем / Мат. науч.-практ. конф. «Захворювання шкіри та її похідних. Проблеми старіння шкіри».— К., 2009.— С. 60—63.
9. Радионов В.Г., Шатилов А.В., Радионов Д.В., Анохина Л.П. Опыт совместной работы дерматовенерологического учреждения и не правительственной организации по выявлению и лечению ИППП у представителей уязвимых групп населения // *Дерматол. та венерол.*— 2010.— № 3 (49).— С. 57—59.
10. Святенко Т.В., Шевченко О.П., Суременко М.С. та ін. Захворюваність ВІЛ-інфікованих хворих на дерматовенерологічну патологію у Дніпропетровському регіоні // *Дерматологія та венерологія*.— 2008.— № 3.— С. 56—61.
11. Фитцпатрик Дж. Е., Эллинг Дж.Л. Секреты дерматологии: Пер. с англ.— М.; СПб: Бином; Невский Диалект, 1999.— С. 310—317.
12. Хэбиф Т.П. Кожные болезни: Диагностика и лечение / Томас П. Хэбиф. Пер. с англ. / Под общ. ред. акад. РАМН проф. А.А.Кубановой.— М.: МЕДпресс-информ, 2006.— 672 с.
13. Шибашова Н.В., Клеменова И.А., Резайкин А.В. Видовое разнообразие грибов рода *Candida* при микозах кожи и онихомикозах // *Вестн. дерматол. и венерол.*— 2009.— № 6.— С. 81—84.
14. Aral S.O., Padian N.S., Holmes K.K. Advances in multilevel approaches to understanding the epidemiology and prevention of sexually transmitted infections and HIV: an overview // *J. Infect Dis.*— 2005.— Vol. 191 (suppl. 1).— P. 1—6.

В.Г. Радіонов, Т.З. Когонія, О.Г. Загайнова

Особливості перебігу СНІД-асоційованих захворювань шкіри та слизових оболонок

Вказано показники захворюваності та кількість ВІЛ-інфікованих у деяких регіонах України. Наведено приклади терапевтичної ефективності комплексного загальноприйнятого лікування паралельно з антиретровірусною терапією пацієнтів зі СНІДом у поєднанні з патологією шкіри. Описано клініку та особливості перебігу найпоширеніших дерматозів та інфекційних шкірних уражень при СНІДі.

V.G. Radionov, T.Z. Kogoniya, E.G. Zagaynova

Features of AIDS-related diseases of skin and mucous membranes

The incidence and number of HIV-positive patients in some regions of Ukraine were specified. The examples of therapeutic efficacy of complex conventional treatment combined with antiretroviral therapy of patients suffering from AIDS and skin pathology were presented. The clinical features and course of the most common dermatoses and infectious cutaneous lesions in AIDS were described.