

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ В ПОЛОСТИ РТА И ИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ИММУНОСУПРЕССИИ

Е.В. Халилаева, А.С. Подымова

FEATURES OF HIV CLINICAL MANIFESTATIONS IN ORAL CAVITY AND THEIR DEPENDENCE ON IMMUNOSUPPRESSION

E.V. Halilaeva, A.S. Podymova

ГУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями», г. Екатеринбург

Были изучены особенности клинических проявлений ВИЧ-ассоциированных поражений слизистой оболочки полости рта при различных стадиях иммуносупрессии у 759 ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте 18-60 лет. Показано, что эти поражения во многом определяются степенью иммунной супрессии, а их тяжесть нарастает по мере стадирования заболевания.

Features of clinical manifestations of HIV-associated oral mucous membrane lesions in 759 HIV individuals aged from 18 to 60 at various stages of immunosuppression was studied. It was demonstrated that the lesions are determined by degrees of immunosuppression, their severity growing with the disease progression.

Различные поражения слизистой оболочки полости рта (СОПР) были описаны у пациентов с ВИЧ/СПИД еще в начале 80-х гг. прошлого века. Некоторые из этих поражений были самыми первыми манифестными формами СПИДа у гомосексуальных мужчин [1], описанными Американским Центром по контролю за заболеваемостью в 1986 и 1993 гг. В настоящее время Всемирная Организация Здравоохранения использует заболевания СОПР при ВИЧ-инфекции как важный диагностический критерий. В тех случаях, когда ВИЧ-статус пациента неизвестен, а лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции затруднена, поражения СОПР могут быть индикаторами наличия ВИЧ у пациента. Эти заболевания напрямую коррелируют с уровнем клеток CD4 и высокой концентрацией вируса в крови [2]. Таким образом, поражения СОПР выступают клиническими маркерами ВИЧ-виремии и подавления иммунной системы в результате прогрессирования ВИЧ-инфекции [3].

Изучение лечебно-диагностических аспектов поражений слизистой оболочки полости рта при ВИЧ-инфицировании представляет актуальную проблему для врачей-стоматологов и инфекционистов, т. к. СПИД-ассоциированные поражения СОПР возникают практически на всех стадиях заболевания, имеют важное диагностическое и прогностическое значение, входят в классификационные схемы болезни, модифицируют общеклинические проявления болезни и влияют на течение заболевания и качество жизни инфицированных. [4; 5; 6].

Актуальность исследований этого направления связана с тем, что на фоне высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) значительно изменяется традиционный симптомокомплекс ВИЧ-ассоциированных поражений СОПР. В различных исследованиях было установлено снижение числа СПИД-ассоциированных поражений полости рта на фоне приема ВААРТ, однако иммунологические эффекты противовирусной терапии не дают надежной защиты от поражений, вызываемых вирусом папилломы человека. Поражения органов и тканей полости рта нередко являются первыми признаками прогрессирования ВИЧ-инфекции и ее перехода из бессимптомного течения в стадию СПИДа.

Цель работы – изучение особенности клинических проявлений ВИЧ-ассоциированных поражений СОПР при различных стадиях иммуносупрессии.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные комплексного стоматологического обследования 759 ВИЧ-инфицированных (ВИ), из них – 463 женщины и 296 мужчин в возрасте 18-60 лет), – пациентов Свердловского областного центра по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

Оценка состояния СОПР у ВИЧ-инфицированных проводилась по данным стоматоскопического, микробиологического, бактериологического и гистологического исследования. В зависимости от иммунного статуса ВИЧ-инфицированные пациенты подразделены на 3 группы: I группа (206 ВИ) – с уровнем CD4 клеток от 500 до 300 кл/мкл;

Таблица 1. Зависимость иммунной супрессии и клинических проявлений в полости рта

Количество CD4 (кл/мкл)	Клинические проявления в полости рта
CD4<600(кл/мкл)	Ангулярный хейлит Вирусные папилломы Болезни слюнных желез
CD4<400(кл/мкл)	Псевдомембранный кандидоз Эритематозный кандидоз Болезни слюнных желез
CD4<300(кл/мкл)	Болезни слюнных желез Волосатая лейкоплакия
CD4<200(кл/мкл)	Гиперпластический кандидоз Хронический рецидивирующий герпес с очень частыми рецидивами Саркома Капоши Афтозные поражения Болезни слюнных желез
CD4<200(кл/мкл)	Гиперпластический кандидоз Хронический рецидивирующий герпес с очень частыми рецидивами Саркома Капоши Афтозные поражения Болезни слюнных желез
CD4<100(кл/мкл)	Цитомегаловирусная инфекция Язвенно-некротический пародонтит,стоматит Болезни слюнных желез

II группа (196 ВИ) – с уровнем клеток от 300 до 100 кл/мкл и III группа (54 ВИ) - <100 кл/мкл.

Результаты исследования. У ВИЧ-инфицированных I группы в 36,5 % случаев ,skb диагностированы различные формы кандидоза СОПР: ангулярный хейлит (16,5 %), острый псевдомембранный кандидоз (8,0 %) и эритематозный кандидоз (12,0 %). Микробиологически при ВИЧ-ассоциированном кандидозе определяли редкие виды грибов рода *Candida* – *C.sake*, *C.dublinensis*, *C.glabrata*, *C. krusei*. У 11 % ВИЧ-инфицированных были выявлены вирусные папилломы СОПР, у 52 % - хронические неспецифические сиалоадениты и glandулярный хейлит.

У 13,0 % ВИЧ-инфицированных II группы была выявлена волосатая лейкоплакия языка, у 9 % – хронический гиперпластический кандидоз, у 17,5 % – хронический герпетический стоматит, у 22 % - рецидиви-

рующий афтозный стоматит. У 13,5 % ВИЧ-инфицированных были выявлены опухолевые ВИЧ-ассоциированные поражения слизистой: саркома Капоши (9,0 %) и неходжкинская лимфома (4,5 %).

У 50 % ВИЧ-инфицированных III группы были диагностированы тяжелые формы пародонтопатий: пародонтит средней и тяжелой степени тяжести (72,0 %), язвенно-некротический стоматит (14,0 %). ВИЧ-ассоциированные поражения пародонтального комплекса отличались агрессивным течением и обилием вирулентной анаэробной микрофлоры (*Bacillus fusiformis*, *Clostridium multiforme*, *Borrelia Vincetti*, *Borrelia buccalis*) (см. табл. 1).

Таким образом, клинические особенности ВИЧ-ассоциированных поражений слизистой оболочки полости рта во многом определяются степенью иммунной супрессии, а их тяжесть нарастает по мере стадирования заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previous healthy homosexual men. Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. N Eng J Med 1981, 305:1425-31.

2. Lifson AR. Oral lesions and the epidemiology of HIV. In: Greenspan JS, Greenspan D, eds. Oral manifestations of HIV infection: proceedings of the 2nd International Workshop on the Oral Manifestations of HIV infection, San Francisco, California Quintessence Publishing Co, 1995. 3:38-41.

3. Patton LL. Sensitivity, specificity, and positive predictive value of oral opportunistic infections in adults with HIV/AIDS as markers of immune suppression and viral burden. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2000. 90: 182-8.

4. Royce RA, Luckman RS, Fusaro RE. The natural history of HIV-1 infection: staging classifications of disease. AIDS, 1991. 5:355-64.

5. Montaner JSG, Lee TN, Le N, et al. Application of the World Health Organization system for HIV infection in cohort of homosexual men in developing a prognostically meaningful staging system. AIDS, 1992. 6: 719-24.

