

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОЗОВ СТОП, КИСТЕЙ И ОНИХОМИКОЗОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

**Иванова Ю.А. (ассистент кафедры)*,
Райденко О.В. (врач-дерматовенеролог)**

Кафедра дерматовенерологии Алтайского государственного медицинского университета; Алтайский краевой центр по борьбе и профилактике со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями, г. Барнаул, Россия

© Иванова Ю.А., Райденко О.В., 2011

В статье проанализирована распространенность поверхностных микозов у ВИЧ-инфицированных больных в различных географических зонах, показана частота кожных заболеваний и дана сравнительная характеристика клинической картины микозов стоп, кистей и онихомикозов в различные стадии ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, микоз кистей, микоз стоп, онихомикоз

CLINICAL PECULIARITIES OF FEET, HANDS MYCOSES AND ONYCHOMYCOSES AMONG HIV-INFECTED PATIENTS

**Ivanova Ju.A. (assistant lecturer
of the chair), Raydenko O.V.
(dermatovenereologist)**

Chair of Dermatology and Venereology, Altai State Medical University; Altai Regional Center for prevention and against AIDS, Barnaul, Russia

© Ivanova Ju.A., Raydenko O.V., 2011

Prevalence of surface mycoses among HIV-infected patients in different geographic areas (including the Altai region), the frequency of skin diseases is also represented with a comparative analysis of the clinical picture of feet mycosis, hand mycosis and onychomycosis at different stages of HIV-infection has been analyzed in the article.

Key words: HIV-infection, foot mycosis, hand mycosis, onychomycosis

По статистике в России ежегодно выявляют, в среднем, 200 тысяч больных микозами стоп, при этом регистрируют около 100 тысяч пациентов с онихомикозом. За рубежом частота онихомикозов в популяции составляет от 3 до 10%, возрастая у лиц с сахарным диабетом до 26%, у пациентов с иммуносупрессией – до 11-67% и у населения старше 60 лет – до 30% [1].

ВИЧ-инфекция – болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, – антропонозное инфекционное хроническое заболевание, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований. Выделяют следующие стадии ВИЧ-инфекции: 1. Стадия инкубации. 2. Стадия первичных проявлений: А. Бессимптомная. Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний. В. Острая инфекция с вторичными заболеваниями. 3. Латентная стадия. 4. Стадия вторичных заболеваний (А, Б, В), которая характеризуется потерей массы тела, грибковыми, вирусными, бактериальными поражениями кожи и слизистых оболочек, поражениями внутренних органов, туберкулезом легких, диссеминированной саркомой Капоши. 5. Терминальная стадия [2].

При анализе имеющихся на сегодняшний день зарубежных сведений по вопросу распространенности грибковых инфекций кожи и ее придатков у ВИЧ-инфицированных больных в латентной стадии ВИЧ и в стадии СПИДа выявили следующие данные: в отделении дерматологии и венерологии больницы Университета Гетте, Германия за период 1983-2004 гг. из 2149 ВИЧ-инфицированных у 502 (23%) был обнаружен дерматомироз различной локализации; распространенность грибковых заболеваний у ВИЧ-инфицированных, обратившихся в поликлиники в Кингстоне на Ямайке в 2000-2006 гг., составила 29% от общего числа кожных заболеваний; по данным индийских исследователей, доля грибковой инфекции кожи у этой категории пациентов составляет 8-16,7%; в Сенегале и на Тайване – 16%; в Канаде – 20%; в Бразилии – 24%; в Малайзии – 9,9% [3-9].

По данным индийского департамента дерматологии, венерологии и лепрологии за 2007 год, одним из ранних проявлений ВИЧ-инфекции является онихомикоз. Индийскими исследователями было осмотрено 250 ВИЧ-инфицированных лиц, из которых у 60 больных клинически заподозрили грибковую инфекцию: у 38 пациентов – онихомикоз стоп, у 12 – онихомикоз кистей, у 10 – сочетание онихомикоза кистей и стоп. У 19 больных диагностировали микоз стоп, у 5 – микоз кистей, у 10 – микоз туловища и у 7 – микоз нижних конечностей. Клинические формы онихомикозов у ВИЧ-инфицированных лиц были

* Контактное лицо: Иванова Юлия Александровна
Тел.: (3852)62-40-11

Таблица 1

Частота кожных заболеваний у ВИЧ-инфицированных лиц

Название заболевания	Число больных	Доля от всех ВИЧ-инфицированных
Дерматомикозы	62	29,5%
Herpes zoster	15	7,14%
Пиодермия	15	7,14%
Аллергический дерматит	13	6,23%
Ксероз	12	5,71%
Экзема	11	5,24%
Контактный дерматит	11	5,24%
Угревая болезнь	8	3,9%
Алоpecia	7	3,3%
Псориаз	6	2,86%
Остроконечные кондиломы	6	2,86%
Себорейный дерматит	5	2,38%
Вирус простого герпеса, фациальной локализации	5	2,38%
Отрубевидный лишай	3	1,42%
Крапивница	2	0,95%
Чесотка	2	0,95%
Опухолевидное образование	1	0,48%
Акне розацеа	1	0,48%
Периоральный дерматит	1	0,48%
Саркома Капоши	1	0,48%
Без патологии	23	10,95%
Итого	210	100%

распределены следующим образом: дистальный и латеральный поверхностный онихомикоз – 21 (35%) респондентов, тотальный дистрофический онихомикоз – 33 (55%), проксимальный подногтевой онихомикоз – 5 (8,33%), белый поверхностный онихомикоз – 1 (1,66%) [5].

В Алтайском краевом центре по борьбе со СПИДом проводили клиничко-лабораторное исследование ВИЧ-инфицированных пациентов на предмет наличия у них поверхностных микозов, которые мы представляем в данной работе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего обследовано 210 пациентов с различными стадиями ВИЧ-инфекции: 63 женщины (30%) и 147 мужчин (70%); средний возраст больных – 42 года.

ВИЧ-инфекцию диагностировали на основании эпидемиологических данных и подтверждали обнаружением антител методами ИФА и иммунного блоттинга к белкам вируса иммунодефицита человека I типа. Всем больным проводили иммунологическое исследование и определяли вирусную нагрузку.

Для выявления поверхностного микоза проводили клинический осмотр больных, при наличии клинических проявлений дерматомикоза – микроскопическое исследование.

Для микроскопии скальпелем брали соскобы с пораженных участков ногтей и кожи. У больных онихомикозом патологический материал для исследования забирали с поверхностных и средних слоев ногтевых пластин, помещали в пробирку с раствором едкого кали (20% раствор КОН) на 3 часа, после чего переносили на предметное стекло, наложив покровное стекло, и проводили микроскопию на световом микроскопе.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 210 ВИЧ-инфицированных пациентов, обследованных на наличие заболеваний кожи и ее придатков, патологию выявили у 187 (89,05%). Частота встречаемости патологии кожи и ее придатков представлена в таблице 1.

Наиболее часто встречаемой патологией кожи были различные инфекции грибковой, вирусной и бактериальной этиологии, при этом частота дерматомикозов в 4 раза выше, чем герпетической инфекции и пиодермий. Среди неинфекционных заболеваний ведущее место занимали различные дерматиты, ксероз и экзема. Саркому Капоши диагностировали у 1 пациента, что составило менее 0,5% от всех обследуемых лиц.

Микозы туловища, конечностей и волосистой части головы были представлены отрубевидным лишаем и себорейным дерматитом, где основным этиологическим фактором выступали грибы рода *Mallasezia*. Дерматомикозов гладкой кожи и волосистой части головы у обследуемых пациентов не выявили. Клинические варианты поверхностных микозов были распределены следующим образом: они-

хомикоз кистей и стоп в сочетании с микозом стоп и кистей – 3 (4,84%) пациента, онихомикоз кистей и стоп – 10 (16,13%), онихомикоз стоп и микоз стоп – 30 (48,39%), онихомикоз стоп – 19 (30,65%), отрубевидный лишай – 3 (1,42%), себорейный дерматит – 5 (2,38%) больных.

Клиническая картина поверхностных микозов у ВИЧ-инфицированных пациентов выглядела следующим образом:

1. *Тотальный онихомикоз стоп*: в патологический процесс вовлечены 3 и более ногтевые пластинки, которые утолщены, гипертрофированы, деформированы, крошатся, тусклые, с неровной бороздчатой поверхностью, поражение распространяется на весь ноготь, выражен подногтевой гиперкератоз – 3 мм и более. Проксимальный ногтевой валик гиперемизированный, отечный, блестящий. Ногтевая пластинка имеет желто-серый цвет.

2. *Тотальный онихомикоз кистей*: в патологический процесс вовлечены от 3 ногтей на одной кисти, поверхность ногтей тусклая, желтая. Ногтевое ложе покрыто рыхлыми гиперкератотическими наслоениями, имеет место лизис ногтевой пластинки, проксимальный ногтевой валик отечный, гиперемизированный, блестящий.

3. *Латеральный онихомикоз кистей и стоп*: ногтевые пластинки в области боковых валиков с обеих сторон, тусклые, с бело-желтым оттенком, крошатся, свободный край их приобретает шероховатый вид и фрагментарно распадается, в результате чего остается ногтевое ложе.

4. *Дистальный онихомикоз стоп*: микотический процесс затрагивает свободный край ногтевой пластины на 1/3-1/2 поверхности, характерен нормотрофический тип поражения или гипертрофический с гиперкератозом 1-2 мм, поверхность пластины неровная, формируются продольные борозды, что

придает ногтю бороздчатый вид, цвет желто-серый, блеск сохранен.

5. *Проксимальный онихомикоз стоп*: патологический процесс локализуется на проксимальной части ногтя в виде белого пятна округлой формы. Ногтевая пластина не разрушена.

6. *Микоз стоп* представлен несколькими клиническими вариантами:

✓ Сквамозная форма – на коже стоп на подошвах имеется выраженный гиперкератоз, мелкое отрубевидное шелушение, в пяточной области и в области больших пальцев обеих стоп – множественные трещины.

✓ Интертригинозная форма характеризуется набуханием и мацерацией рогового слоя кожи в глубине межпальцевых складок стоп. За счет отслоения рогового слоя кожи образуются поверхностные эрозии и довольно глубокие трещины.

✓ Дистигдротическая форма: на задней поверхности стопы располагаются эритематозно-везикулезные очаги, выражена инфильтрация, характерна толстая роговая покрывка.

7. *Микоз кистей* – на фоне умеренной эритемы имеется мелкое отрубевидное шелушение, есте-

ственные борозды как будто присыпаны мукой.

Описанные клинические варианты микозов стоп, кистей и онихомикозов имели свои особенности и отличались тяжестью течения в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции, которые представлены в таблице 2.

У ВИЧ-инфицированных пациентов в 3 латентной стадии при онихомикозе стоп преобладал гипертрофический тип поражения, который выявили у 65,5% больных, реже наблюдали нормотрофический тип, онихолизис не регистрировали. Ногтевые пластины были поражены тотально более чем в половине случаев, у трети больных отмечали дистально-латеральную локализацию поражения и лишь у одного пациента – проксимальную. Цвет ногтевых пластин варьировал от желтого до серо-желтого, околоногтевые валики были вовлечены в патологический процесс у 30% больных. Степень гиперкератоза – 1-2 мм. Преобладало поражение первых пальцев стоп (65,5%). Сочетание онихомикоза кистей и стоп выявили у 2 пациентов из 29. С одинаковой частотой наблюдали нормотрофический и гипертрофический типы онихомикоза кистей, онихолизис не регистрировали. Степень гиперкератоза составляла до

Таблица 2.

Клиника поверхностных микозов в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

Онихомикоз стоп	Онихомикоз кистей	Микоз стоп	Микоз кистей
3 латентная стадия (29 человек)			
Тип поражения: нормотрофический – 34,5% (10 чел.) гипертрофический – 65,5% (19 чел.) онихолитич. – 0% Локализация поражения: Дистально-латеральн. – 31% (9 чел.) Проксим. – 3,5% (1 чел.) Тотальный – 65,5% (19 чел.) Цвет ногтевых пластин: желтый, желто-серый Степень гиперкератоза: до 1 мм – 0%, 1-2 мм – 65,5%, более 2 мм – 0% Околоногтевые валики: вовлечены у 30% Глубина поражения: 1/3 – 34,5%, 1/2 – 0%, 2/3 – 0%, тотально – 65,5% Поражено ногтевых пластин: 1 – 65,5%, несколько – 20,7%, все – 13,8%	Тип поражения: нормотрофический – 3,5% (1 чел.) гипертрофический – 3,5% (1 чел.) онихолитич. – 0% Локализация поражения: Дистально-латеральн. – 3,5% (1 чел.) Проксимальн. – 0% Тотальный – 3,5% (1 чел.) Цвет ногтевых пластин: бело-желтый. Степень гиперкератоза: до 1 мм – 3,5%, 1-2 мм – 0%, более 2 мм – 0% Околоногтевые валики: не поражены Глубина поражения: 1/3 – 3,5%, 1/2 – 0%, 2/3 – 0%, тотально – 3,5% Поражено ногтевых пластин: 1 – 3,5%, несколько – 3,5%	Сквамозная форма, поверхностные трещины	-
Стадии 4А, 4Б, 4В (33 человека)			
Тип поражения: нормотрофический – 15,2% (5 чел.) гипертрофический – 84,8% (28 чел.) онихолитический – 0% Локализация поражения: Дистальный – 15,2%, Латеральный – 0%, Проксимальный – 0%, Тотальный – 84,8% Цвет ногтевых пластин: желтый, желто-серый Степень гиперкератоза: до 1 мм – 0%, 1-2 мм – 30%, более 2 мм – 70% Поражение околоногтевых валиков - 90% Глубина поражения: 1/3 – 0%, 1/2 – 15,2%, 2/3 – 0%, Тотально – 84,8% Поражено ногтевых пластин: 1 – 27,3%, несколько – 18,2% все – 4,5%	Тип поражения: нормотрофический – 0% гипертрофический – 9% (3 чел.) онихолитический – 24% (8 чел.) Локализация поражения: Дистально-латеральный – 0% Проксимальный – 0% Тотальный – 33% Цвет ногтевых пластин: бело-желтый. Степень гиперкератоза: до 1 мм – 98%, 1-2 мм – 0%, более 2 мм – 0% Поражение околоногтевых валиков – 9% Глубина поражения: 1/3 – 0%, 1/2 – 0%, 2/3 – 0%, тотально – 33% Поражено ногтевых пластин: 1 – 0% несколько – 24% все – 9%	Сквамозная, интертригинозная, дистигдротическая формы	Сквамозно-эритематозная форма

1 мм. Околоногтевые валики в микотический процесс не вовлекались, у половины больных ногтевая пластина была поражена тотально. Микоз стоп представлен только сквамозной формой с глубокими поверхностными трещинами.

У ВИЧ-инфицированных пациентов в 4 стадии подавляющим был гипертрофический тип с тотальной формой поражения (84,8%), нормотрофический тип и дистальная локализация грибковой инфекции – у 15,2%, онихолизис не регистрировали. Цвет ногтевых пластин – желтый или серо-желтый, околоногтевые валики вовлечены в патологический процесс в 90% случаев. Преобладало поражение всех ногтевых пластин. Сочетание онихомикоза стоп и кистей обнаружили у 11 из 33 человек. Преобладал онихолитический тип поражения ногтевых пластин кистей, гипертрофический тип – у 9% пациентов, нормотрофический тип не регистрировали. В патологический процесс вовлекались ногтевые валики у 9% больных. У всех пациентов ногти поражены тотально. Микоз стоп представлен несколькими клиническими вариантами – сквамозной, интертригинозной и дисгидротической. Только в эту стадию ВИЧ-инфекции регистрировали микоз кистей, представленный сквамозной формой.

ВЫВОДЫ

1. Частота поверхностных микозов в популяции составляет от 3 до 10% и возрастает в 5-6 раз у пациентов на фоне иммуносупрессии, в частности, частота поверхностных микозов у ВИЧ-инфицированных лиц в исследуемой группе составила 32,83% от общего количества кожных заболеваний.

2. Наиболее часто встречаемой патологией кожи у ВИЧ-инфицированных больных являются различные инфекции: грибковые, вирусные, бактериальные. При этом частота дерматомикозов в 4 раза выше, чем герпетической инфекции и пиодермий.

3. Среди неинфекционных заболеваний кожи

ведущее место занимают различные дерматиты, псориаз и экзема.

4. Среди поверхностных микозов онихомикоз стоп в сочетании с микозом стоп диагностировали почти у половины больных, изолированный онихомикоз стоп – у трети пациентов, остальные грибковые поражения кожи и ее придатков выявляли гораздо реже.

5. Клиническая картина поверхностных микозов у ВИЧ-инфицированных пациентов имеет свои особенности и зависит от стадии ВИЧ-инфекции.

6. Онихомикоз стоп в 3 стадию ВИЧ-инфекции протекает с преимущественным гипертрофическим тотальным поражением ногтевых пластин, умеренной степенью гиперкератоза. При этом тотальное поражение обнаружили у 2/3 пациентов. Вовлечение в патологический процесс околоногтевых валиков было у 1/3 больных.

7. Онихомикоз стоп в 4 стадию ВИЧ-инфекции протекает с гипертрофическим тотальным поражением ногтевых пластин у подавляющего большинства пациентов. Степень гиперкератоза значительно выражена. Вовлечение в патологический процесс околоногтевых валиков происходит практически всегда.

8. Онихомикоз кистей в 3 стадию ВИЧ-инфекции протекает с гипер- и нормотрофическим типом поражения, одинаково часто встречаются дистально-латеральная и тотальная формы. Ногтевые валики не поражены.

9. Онихомикоз кистей в 4 латентную стадию протекает с преобладанием онихолитического, тотального типа поражения, нормотрофический тип не наблюдали. Довольно часто возникало поражение околоногтевых валиков. В патологический процесс вовлечены, как правило, две и более ногтевые пластины.

10. При микозе стоп и кистей преобладала эритематозно-сквамозная форма заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Потеев Н.Н. Онихомикоз. – М., 2009. – 92 с.
2. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации /Под ред. Покровского В.В. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 192 с.
3. Ramos-E-Silva M., Lima C.M., Schechtman R.C., et al. Superficial mycoses in immunodepressed patients (AIDS) // Clin. Dermatol. – 2010. – Vol. 28, №2. – P. 217-225.
4. Sud N., Shanker V., Sharma A., et al. Mucocutaneous manifestations in 150 HIV-infected Indian patients and their relationship with CD4 lymphocyte counts // Int. J. STD AIDS. – 2009. – Vol. 20, №11. – P. 771-774.
5. Surjushe A., Kamath R., Oberai C., et al. A clinical and mycological study of onychomycosis in HIV infection // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2007. – Vol. 73, №6. – P. 397-401.
6. Tzung T.Y., Yang C.Y., Chao S.C., Lee J.Y. Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus infection in Taiwan // Kaohsiung J. Med. Sci. – 2004. – Vol. 20, №5. – P. 216-224.
7. Gupta A.K., Taborda P., Taborda V., et al. Epidemiology and prevalence of onychomycosis in HIV-positive individuals // Int. J. Dermatol. – 2000. – Vol. 39, №10. – P. 746-753.
8. Kumarasamy N., Solomon S., Madhivanan P., et al. Dermatologic manifestations among human immunodeficiency virus patients in south India // Int. J. Dermatol. – 2000. – Vol. 39, №3. – P. 192-195.
9. Лечение ВИЧ-инфекции 2005 /Под ред. Хоффмана К., Рокстро Ю.К., Кампа Б.С. – М., 2005. – 605 с.

Поступила в редакцию журнала 26.09.2011

Рецензент: А.П. Котрехова