

МИКОЗЫ КОЖИ И НОГТЕЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

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

Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Алтайский государственный медицинский университет (кафедра дерматовенерологии), Барнаул, Россия

© Райденко О.В., Иванова Ю.А., 2013

Представлены данные о структуре микозов кожи и ногтей у ВИЧ-инфицированных пациентов в Алтайском крае. Проведен анализ структуры дерматомикозов в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции. Описаны результаты лабораторной диагностики поверхностных микозов.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, микозы кожи и ногтей, структура микозов, этиология

MYCOSES OF SKIN AND NAILS AT THE HIV-INFECTED PATIENTS IN ALTAY REGION

Raydenko O.V. (dermatovenereologist), Ivanova U.A. (assistant of the chair)

Altay Regional Center for Prevention and Against AIDS, Altay State Medical University (Chair of Dermatovenereology), Barnaul, Russia

© Raydenko O.V., Ivanova U.A., 2013

Data of skin and nails mycosis of HIV infected patients in Altay region has been displayed. Analysis of structure of epidermomycoses regarding the phase of HIV infection was done. The results of laboratory research of skin surface mycoses are provided.

Key words: etiology, HIV-infection, skin and nails mycosis, structure of mycoses

ВВЕДЕНИЕ

Россия по темпам прироста числа ВИЧ-позитивных людей занимает одно из первых мест [1]. По данным Федерального центра СПИД, за период с 1987 по 2011 гг. количество зарегистрированных ВИЧ-позитивных лиц составило 695484; зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции среди российских граждан в 2011 г. – 62384, что на 7,0% больше, чем в предыдущем году [2].

ВИЧ-инфицированные больные находятся в группе риска по возникновению микозов кожи и кандидоза полости рта. В России не исследовали структуру и этиологию микозов кожи и ногтей у этой категории пациентов.

В данной работе мы представляем результаты проведенного в Алтайском краевом центре по борьбе и профилактике со СПИДом клинико-лабораторного исследования ВИЧ-инфицированных лиц на предмет наличия у них поверхностных микозов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были проспективно включены ВИЧ-инфицированные пациенты, состоящие на диспансерном учете в Алтайском краевом центре по профилактике и борьбе со СПИДом и проходившие профилактический осмотр у врача-дерматовенеролога в течение 2010-2012 гг. ВИЧ-инфекция была диагностирована на основании эпидемиологических данных и подтверждена путем обнаружения антител методами ИФА и иммунного блоттинга на тест-системе New Lav Blot 1 к белкам вируса иммунодефицита человека I типа. Для верификации диагноза дерматомикоза проводили клинический осмотр больных, микроскопию и посев патологического материала, пробу с 5% раствором йода, а также осмотр в лучах лампы Вуда. Для микроскопии брали соскобы с пораженных участков ногтей и кожи при помощи скальпеля. У больных онихомикозом патологический материал для исследования забирали с поверхностных и средних слоев ногтевых пластин. Забранные образцы помещали в пробирку с раствором едкой щелочи (20% раствор КОН) на 3 часа, после чего переносили на предметное стекло, наложив покровное стекло, и выполняли микроскопию в световом микроскопе. Культивирование проводили на картофельном агаре при 28 °С. Полученные культуры идентифицировали с учетом роста колоний и микроморфологическим признакам. Анализировали структуру микозов кожи и ногтей и особенности этиологии у данной категории больных. Полученные данные вводили в стандартные электронные таблицы Excel. Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента. Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 669 осмотренных ВИЧ-инфицированных пациентов, микозы кожи и ногтей выявили у 240 че-

* Контактное лицо: Райденко Ольга Васильевна, Тел.: (903) 911-35-70

ловек (34%) в возрасте от 18 до 73 (медиана – 45,5); среди них – 174 мужчины (73%) и 66 женщин (27%) ($p < 0,05$).

Структура дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных больных: онихомикоз стоп – 47%, отрубевидный лишай – 12%, микоз стоп – 5%, микоз гладкой кожи – 4%, онихомикоз кистей – 1%, а также сочетание двух и более микозов – 31% (Рис 1).

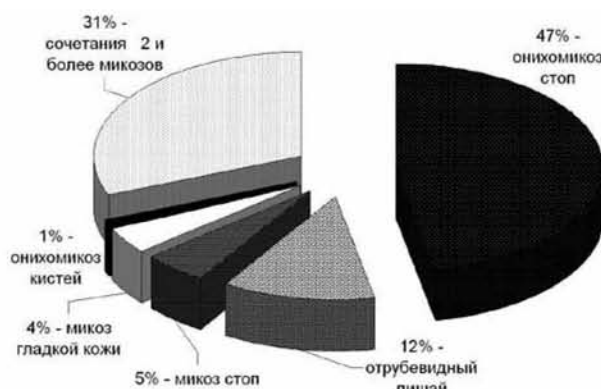


Рис. 1. Структура дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных пациентов

Исследовали изменение структуры дерматомикозов в III и IV стадии ВИЧ-инфекции. Результаты представлены на рисунке 2.

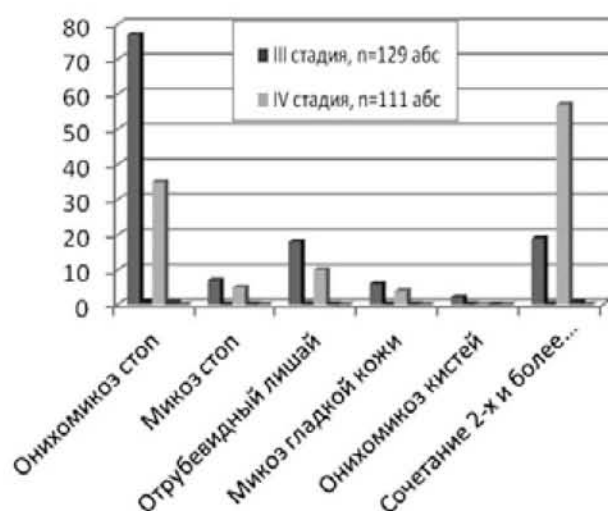


Рис. 2. Структура микозов кожи и ногтей в зависимости от стадии

У ВИЧ-инфицированных пациентов в III стадии в структуре дерматомикозов преобладал онихомикоз стоп ($p < 0,05$), тогда как в IV стадии достоверно чаще регистрировали сочетания двух и более микозов кожи и ногтей. Такие формы поверхностных микозов, как микоз стоп, отрубевидный лишай, микоз гладкой кожи и онихомикоз кистей диагностировали без достоверных различий в обе стадии ВИЧ-инфекции.

У 240 больных, включенных в исследование, было выявлено 326 случаев дерматомикозов и, соответственно, такое же количество проб направлено на микологическое исследование. Из данных образцов,

в 90 (27,4%) случаях получены отрицательные результаты микроскопии и культуральной диагностики. В 236 (72,6%) пробах диагноз был подтвержден лабораторно, среди них в 204 (62,5%) образцах получили рост колоний. Данные представлены в таблице.

Таблица

Соотношение результатов микроскопии и культуральной диагностики микозов кожи и ногтей

Микроскопия	Культура		Всего
	положительная	отрицательная	
Положительная	149 (45,7%)	32 (9,9%)	181 (55,5%)
Отрицательная	55 (16,9%)	90 (27,5%)	145 (44,5%)
Всего	204 (62,6%)	122 (37,4%)	326 (100%)

Грибы-дерматомицеты были выделены из 137 изолятов (67%), плесени – из 55 проб (27%) и дрожжи – из 12 (6%). Из 137 положительных культур были следующие дерматомицеты: *Trichophyton rubrum* – 63, *T. mentagraphites* – 16, *T. interdigitale* – 8, неидентифицированные *Trichophyton* spp. – 50. Из 55 культур плесневых грибов: *Aspergillus* spp. – 26, *Penicillium* spp. – 17, *Trichoderma* spp. – 8, *Rhizopus* spp. – 4. Из 12 дрожжевых культур: *C. krusei* – 4, *C. glabrata* – 3, неидентифицированные *Candida* spp. – 5.

ОБСУЖДЕНИЕ

Мы впервые в России провели исследование структуры и этиологии дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных пациентов. В результате установили, что распространенность микозов кожи и ногтей у ВИЧ-позитивных больных в Алтайском крае составляет 34%. В структуре дерматомикозов у данной категории больных преобладает онихомикоз стоп (47%), отрубевидный лишай (12%), микоз стоп (4%) и сочетания двух и более микозов (31%). По данным индийских исследователей, распространенность дерматомикозов составляет 22,2%; из них самый распространенный клинический вариант поверхностных микозов – микоз туловища (53,7%), затем – микоз паховый (49,9%), микоз стоп (17,1%), микоз лица (14,7%), и у одного пациента был зарегистрирован микоз кистей [3].

В России и за рубежом среди возбудителей поверхностных микозов главенствующую роль играют дерматомицеты, являющиеся причиной 95% всех микозов стоп. Наиболее распространенными считают *T. rubrum* – 70-95%, *T. interdigitale* составляют от 7 до 34%, *Epidermophyton floccosum* – лишь 0,5-1,5%. Также возбудителями микозов могут выступать дрожжевые и плесневые грибы [4, 5].

У пациентов, инфицированных ВИЧ, на фоне иммунодефицита этиологические факторы микозов кожи и ногтей могут существенно отличаться от возбудителей дерматомикозов у иммунокомпетентных лиц.

При исследовании мы выявили, что основным этиологическим фактором микозов кожи и ногтей были дерматомицеты (67%), однако у трети пациентов возбудителями были плесни (27%) и дрожжи (6%). Полученные нами данные сопоставимы с за-

рубежными исследованиями. Так, по данным Surjushe A. et al., возбудителями поверхностных микозов у ВИЧ-инфицированных пациентов выступают: около 40% дерматомицеты (*T. rubrum* – 84,6%, *T. mentagrophytes* – 15,4%) и 59,4% – недерматомицеты (*Candida* spp., *Aspergillus niger*, *Cladosporium* spp., *Scytalidium hyalinum*, *Penicillium* spp. и *Gymnoascus dankaliensis*) [6].

Украинские исследователи установили, что у 67,6% больных возбудителем дерматомикозов являлся *T. rubrum*, у 8,8% – *T. mentagrophytes*, у 5,9% – *E. floccosum*. У 87,3% пациентов с поражением кожи и слизистых оболочек обнаружили *Candida* spp. [7].

В исследованиях, проведенных в клиниках Канады и Бразилии, отмечали следующее соотношение этиологических факторов микозов стоп и онихомикоза: дерматомицеты/дрожжевые грибы/недерматомицеты – 73/2/2 соответственно, причем в Канаде дерматомицеты – 95,5% против 90,9% в Бразилии, дрожжевые виды – 3% против 0%, а недерматомицеты – 1,5% против 9% (Gupta A.K. et al., 2000).

ВЫВОДЫ

1. Частота микозов кожи и ногтей у ВИЧ-инфицированных пациентов в Алтайском крае составляет 34%.
2. У мужчин частота дерматомикозов выше, чем у женщин (72% vs 28%).
3. У пациентов III стадии ВИЧ-инфекции достоверно чаще регистрировали онихомикоз стоп.
4. У ВИЧ-инфицированных больных IV стадии статистически значимо чаще диагностировали сочетания двух и более микозов и ногтей.
5. При культуральной диагностике идентифицировали возбудителей дерматомикоза у 60% пациентов.
6. Основным возбудителем микозов кожи и ногтей у ВИЧ-инфицированных лиц в Алтайском крае являлись *Trichophyton* spp. (67%)
7. Плесневые микромицеты обнаружили у 27% больных.

ЦИТИРОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Яковлев А.А. ВИЧ-инфекция: клиника и лечение, химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку. Метод. рекомендации. – СПб., 2005 – С. 4.
2. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В. ВИЧ-инфекция // Информационный бюллетень № 36. – М., 2012 – С. 53.
3. Kaviarasan P.K., Jaisankar T.J., Thappa D.M., Sujatha S. Clinical variations in dermatophytosis in HIV- infected patients // Indian J. Dermatol. Leprol. – 2002. – Vol. 68, №4. – P. 213-6.
4. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. – М., 2008. – С. 3-19.
5. Потекаев Н.Н. Онихомикоз. – М., 2009. – 92 с.
6. Surjushe A., et al. A clinical and mycological study of onychomycosis in HIV-infection // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2007. – Vol. 73, №6. – P. 397-401.
7. Проценко О.А., Борисенко А.В. Менеджмент дерматомикозов кожи у ВИЧ-позитивных больных // Таврический медико-биологический вестник. – 2009. – Т. 12, №4. – С. 169-73.

Поступила в редакцию журнала 29.08.2013

Рецензент: Н.Н. Климко

