

СОПУТСТВУЮЩИЕ МИКОЗЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

Барабанов А.Л.

*Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск,*

В данной работе представлены результаты изучения особенностей частоты, спектра, проявлений микозов (кандидоза, дерматофитий, малассеозиозов) у ВИЧ-инфицированных пациентов в их связи с особенностями течения ВИЧ-инфекции. Показано, что микозы выявлялись примерно у половины ВИЧ-инфицированных, более старшего возраста с более тяжелым течением ВИЧ-инфекции, степенью иммунодефицита и вирусной нагрузкой, не принимавших или нерегулярно принимавших антиретровирусную терапию. Данные результаты представляют интерес, как для дерматологов, так и для врачей инфекционистов, врачей общей практики и для терапевтов.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; дерматологические проявления; микозы.

CONCOMITANT MYCOSES IN HIV-INFECTED PERSONS

Barabanov A.L.

*Belarusian State Medical University,
Belarus, Minsk*

The article presents the results of investigation of peculiarities of prevalence, spectrum, manifestations of mycoses (candidiasis, malassezioses, dermatophytoses) in HIV-infected patients in their relation with peculiarities of HIV-infection course. It was shown that mycoses affected almost half of all the HIV-patients of older age, greater severity of HIV-infection, extent of immunodeficiency and viral load, who did not take antiretroviral therapy or took it irregularly. These results are of great importance for dermatologists, infectionists, therapists and also general practitioners.

Key words: HIV-infection; dermatological manifestations; mycoses.

ВИЧ-инфекция, вызываемая ретровирусом иммунодефицита человека, которая, в основном, поражает клетки иммунной системы, представляет собой серьезную проблему, как в Республике Беларусь, так и в общемировых масштабах. ВИЧ-инфекция, не обладая четкими клиническими проявлениями, проявляется симптомами сопутствующих заболеваний различной природы и локализации. Важными, часто первыми диагностируемыми клиническими маркерами ВИЧ-инфекции, являются

дерматологические проявления инфекционной и неинфекционной природы, которые могут быть следствием активности самого вируса и иммунного дисбаланса за счет его влияния на различные звенья иммунитета. Дерматозы у ВИЧ-инфицированных лиц обладают различной диагностической значимостью [1].

Одними из частых дерматологических проявлений ВИЧ-инфекции являются поверхностные микозы, вызываемые как в норме проживающими на коже и слизистых сапрофитами (грибы родов *Candida* и *Malassezia*), так и экзогенными патогенами-дерматофитами. Известно, что любые грибковые поражения ногтей являются клиническим маркером второй стадии ВИЧ-инфекции, орофарингеальный кандидоз третьей, а кандидоз пищевода – четвертой. Проявления грибковых инфекций зависят от особенностей течения ВИЧ-инфекции, обладают высокой предиктивной ценностью. В нашей стране не проводилось целенаправленного изучения частоты и особенностей течения микозов у ВИЧ-инфицированных [2, 3, 4].

Целью проведенного исследования являлось изучение распространенности сопутствующих микозов среди кожно-слизистых проявлений у ВИЧ-инфицированных в их связи с особенностями течения ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: 381 пациент с ВИЧ-инфекцией (131 женщина и 250 мужчин в возрасте от 19 до 72 лет) и сопутствующими заболеваниями кожи (по жалобам самих пациентов либо по указанию их лечащего врача), был проспективно обследован врачом дерматологом. Пациенты проходили лечение в учреждении здравоохранения «Городская клиническая инфекционная больница» (УЗ «ГКИБ»): 217 человек – в стационарном отделении оппортунистических инфекций УЗ «ГКИБ», а 164 человека амбулаторно в консультативно-диспансерном отделении по ВИЧ-инфекции УЗ «ГКИБ». Анализировалось наличие у пациентов заболеваний кожи и видимых слизистых грибковой природы в их связи с полом обследованных, длительностью и стадией ВИЧ-инфекции, степенью иммунодефицита и вирусной нагрузкой, приемом антиретровирусной терапии и сопутствующими заболеваниями кожи. Лабораторное обследование проводилось в штатных лабораториях УЗ «ГКИБ» и микологической лаборатории учреждения здравоохранения «Минский городской клинический центр дерматовенерологии».

В работе использовались методы описательной статистики, также для сравнения качественных показателей рассчитывался критерий хи-квадрат, а для сравнения количественных – использовался метод Стьюдента. Достоверными считались различия при уровне значимости p менее 0,05.

Результаты и обсуждение. Заболевания кожи и видимых слизистых грибковой природы и их сочетания были выявлены у 169 из 381 обследованного пациента (44,4%). У 100 пациентов (59,2% пациентов с

микозами) выявлялся орофарингеальный кандидоз (псевдомембранозный тип), в 2 случаях он сочетался с кандидозным баланитом, в 1 случае – с кандидозом паховых складок и в 18 случаях – с кандидозом пищевода. У 24 пациентов (14,2% пациентов с микозами) отмечался малассезиоз кожи: в 16 случаях – распространенный отрубевидный лишай (поражалась кожа туловища, конечностей, шеи), в 7 случаях – малассезия-фолликулит (зудящие пустулы на коже туловища) и у 1 пациента сочетание отрубевидного лишая и малассезия-фолликулита). У 89 пациентов (52,7% пациентов с микозами) был диагностирован микоз и онихомикоз стоп, который в 17 случаях сочетался с микозом и онихомикозом кистей, а в 5 случаях – с микозом гладкой кожи и крупных складок. Поражение всех пальцев стоп отмечено у 62 из 89 пациентов. У 12 обследованных отмечался поверхностный белый онихомикоз, у 61 – гипертрофический, у 10 – атрофический тип; сочетание на разных пальцах поверхностного белого онихомикоза с атрофическим типом отмечалось в 3, а с гипертрофическим типом – в 2 случаях, у 1 человека наблюдалось сочетание атрофического и гипертрофического типа. Дистально-латеральное поражение было выявлено у 38, а тотальное – у 51 из 89 пациентов с онихомикозом. Сочетание кандидоза с микозом стоп и онихомикозом отмечено у 38 пациентов, кандидоза с малассезиозом – у 1 пациента, микоза стоп, онихомикоза с малассезиозом – у 3 пациентов.

В группах лиц с ВИЧ-инфекцией, как при наличии сопутствующих микозов (119 мужчин и 50 женщин), так и без таковых (130 мужчин и 82 женщины) – преобладали мужчины, причем достоверных различий между группами не было ($\chi^2=3,044$, $p>0,05$). Средний возраст пациентов в группе с сопутствующими микозами ($41,0\pm0,64$ год) был достоверно ($p<0,05$) выше, чем в группе без них ($38,3\pm0,57$ лет).

При наличии сопутствующих микозов у 22 пациентов из 169 (13,0%) была стадия инфекции ВИЧ-1, у 31 (18,3%) – стадия ВИЧ-2, у 59 (34,9%) – ВИЧ-3 и у 22 (13,0%) – ВИЧ-4. Среди 212 пациентов с ВИЧ-инфекцией без микозов распределение по стадиям было следующим: ВИЧ-1 – 82 (38,7%) человек, ВИЧ-2 – 68 (32,1%), ВИЧ-3 – 24 (11,3%), ВИЧ-4 – 38 (17,9%). Различия между группами были достоверными ($\chi^2=52,556$, $p<0,05$), т.е. микозы чаще встречались у лиц с более тяжелым течением ВИЧ-инфекции.

Средняя длительность ВИЧ-инфекции у пациентов с сопутствующими микозами ($7,4\pm0,45$ лет) и без них ($7,2\pm0,39$ лет) достоверно не различались ($p>0,05$).

Уровень CD4+ лимфоцитов, который характеризует степень выраженности иммунодефицита, у ВИЧ-инфицированных пациентов с сопутствующими микозами ($196,2\pm16,47$ клеток в 1 мкл), был значимо ниже ($p<0,05$), чем в группе без микозов ($407,2\pm22,04$ клеток в 1 мкл). Вирусная нагрузка была неопределяемой у 49 из 169 (29,0%) ВИЧ-инфицированных с сопутствующими микозами и у 98 из 212 (46,2%) пациентов без микозов

($\chi^2=11,068$, $p<0,05$). Сравнение определяемой вирусной нагрузки выявило достоверные различия ($p<0,05$), она была выше при наличии ($10006505\pm155922,6$ копий в мл), чем при отсутствии ($479104\pm94896,1$ копий в мл) сопутствующих микозов. Можно заключить, что наличие сопутствующих микозов в группе ВИЧ-инфицированных отражало большую степень иммунодефицита, большую вирусную нагрузку и меньшую частоту неопределяемой вирусной нагрузки.

Сопутствующий микоз являлся единственным проявлением ВИЧ-инфекции на коже и слизистых у 17 из 169 (10,1%) пациентов с микозами, однако у абсолютного большинства пациентов он сочетался с другими дерматозами неинфекционной и инфекционной природы (ксерозом, экземой, контактным дерматитом, токсидермиями, псориазом, атопическим дерматитом, ограниченным нейродермитом, розацеа, акне, васкулитами, алопецией, порфирией, витилиго, саркомой Капоши, себорейным дерматитом, ангулярным стоматитом, чесоткой, волосатой лейкоплакией языка, папилломавирусной и герпетическими инфекциями, контагиозным моллюском, пиодермиями, рожистым воспалением). У ВИЧ-инфицированных пациентов без сопутствующих микозов спектр дерматологических проявлений заметно не отличался, но количество одновременно выявляемых у пациента кожных заболеваний при наличии микозов ($3,79\pm0,139$) было достоверно ($p<0,05$) выше, чем у лиц без микоза ($2,16\pm0,089$), что может быть связано с ассоциацией сопутствующих микозов с большей тяжестью ВИЧ-инфекции и большей степенью иммунодефицита.

Среди 169 ВИЧ-инфицированных пациентов с сопутствующими микозами 120 человек (71%) на момент обследования только начали прием антиретровирусных препаратов, либо не принимали их вовсе, либо принимали нерегулярно, тогда как только 49 (29%) включенных в обследование пациентов с микозами принимали терапию достаточно длительно и регулярно. Среди 212 лиц без микозов эти показатели составили 93 (43,9%) и 119 (56,1%) человек, соответственно, различия были достоверными ($\chi^2=27,004$, $p<0,05$), т.е. наличие микоза у ВИЧ-инфицированных значимо чаще ассоциировалось с отсутствием или нерегулярным приемом антиретровирусной терапии.

Лечение проявлений микозов при ВИЧ-инфекции с успехом проводилось по рекомендованным ВОЗ схемам [5].

Таким образом, сопутствующие микозы выявлялись у 44,4% ВИЧ-инфицированных с жалобами на поражения кожи и слизистых, чаще всего были представлены орофарингеальным кандидозом, чуть реже – микозом стоп и кистей (с преобладанием множественного и тотального поражения, относительно высокой частотой проксимального белого онихомикоза и сочетанного поражения кистей) и реже всего – малассезиозом кожи (распространенным отрубевидным лишаем и малассезия-фолликулитом).

Сопутствующие микозы отмечались у ВИЧ-инфицированных пациентов более старшего возраста с более тяжелой степенью ВИЧ-инфекции и более выраженным иммунодефицитом, с более высокой и достоверно чаще определяемой вирусной нагрузкой, не принимавших или нерегулярно принимавших антиретровирусную терапию, чаще сочетались с другими дерматозами на коже и слизистых. Наличие сопутствующих микозов не зависело от пола пациентов и общей длительности ВИЧ-инфекции. Данную информацию следует принимать во внимание врачам-дерматологам, инфекционистам, терапевтам, врачам общей практики и др.

Список литературы

1. Барабанов, А.Л. Общие вопросы дерматологической заболеваемости у ВИЧ-инфицированных лиц (обзор) / А.Л. Барабанов // Дерматовенерология. Косметология. – 2018. – Т. 4, №1. – С. 55–68.
2. Tragiannidis, A. Minireview: Malassezia infections in immunocompromised patients / A. Tragiannidis, G. Bisping, G. Koehler // Mycoses. – 2010 – Vol. 53, № 3. – P.187–195.
3. Vazquez, J.A. Optimal management of oropharyngeal and esophageal candidiasis in patients living with HIV infection / J.A. Vazquez // HIV/AIDS. Research and Palliative Care. – 2010. – Vol. 2. – P. 89–101.
4. Johnson, R.A. (2000) Dermatophyte infections in human immunodeficiency virus (HIV) disease / R.A. Johnson // J. Am. Acad. Dermatol. – 2000. – Vol. 43. – S.135–142.
5. Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults [Electronic resource] / WHO. – Geneva: WHO, 2014. – Mode of access: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/136944/WHO_FWC_MCA_14.07_eng.pdf?sequence=1. – Date of access: 20.05.2024.