

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ У ВИЧ/СПИД-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Проф. А. М. ДАЩУК, Л. О. КУЦЕВЛЯК

Харьковский национальный медицинский университет,  
Украина

**Проанализированы сведения об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении поражений кожи и слизистых оболочек, вызванных грибами, у пациентов с ВИЧ/СПИД-инфекцией. Приведены рекомендации по профилактике микотических поражений у этих больных.**

*Ключевые слова:* ВИЧ/СПИД-инфекция, кератомикозы, дерматомикозы, лечение.

Заболеваемость ВИЧ/СПИД-инфекцией в Украине достигла значительных масштабов [1]. У таких больных многие микозы регистрируются достаточно часто, являясь маркерами инфицирования.

ВИЧ-инфекция характеризуется длительностью инкубационного периода, полиморфизмом клинических проявлений, среди которых наиболее часто отмечаются поражения кожи, которые могут наблюдаться еще при негативном серологическом статусе [2].

В связи с тем что ВИЧ/СПИД-инфекция вышла за пределы потенциально уязвимого контингента (работницы коммерческого секса, инъекционные наркоманы и т. д.), знания врачей о необычных клинических проявлениях дерматозов могут быть использованы при ранней диагностике данного заболевания. Вместе с тем лечение сопутствующих ВИЧ-ассоциированных микозов кожи может способствовать повышению эффективности проводимой антиретровирусной терапии.

Цель настоящей работы — изучение диагностики, клиники и лечения грибковых поражений у ВИЧ/СПИД-инфицированных больных.

Микотическим заболеваниям при ВИЧ-инфекции свойственна быстрая генерализация с образованием обширных очагов по всему кожному покрову, включая волосистую часть головы, лицо, кисти и стопы, упорное течение и резистентность к терапии, нестойкие ремиссии, сменяющиеся рецидивами.

*Отрубевидный лишай* может возникать в любом периоде развития ВИЧ-инфекции. Возбудителем является *Malassezia furfur*. Дрожжевая форма гриба, известная под названием *Pityrosporum orbiculare*, служит причиной развития фолликулита и играет основную роль в патогенезе себорейного дерматита [3].

Бластоспоры *Malassezia furfur* образуют мицелий под влиянием различных факторов. Грибы содержат липоксигеназу, которая окисляет ненасыщенные жирные кислоты, находящиеся в водно-липидной мантии (кожном сале), в дикарбоновые кислоты. Последние ингибируют тирозиназу

меланоцитов, что приводит к снижению синтеза меланина и гипопигментации [3].

При разноцветном лишае на пораженных участках кожи верхней половины туловища (без ВИЧ/СПИД-инфекции) образуются невоспалительного характера желтовато-коричневато-розовые пятна, начинающиеся с устьев волосяных фолликулов и постепенно увеличивающиеся в размерах. Позже цвет пятен становится темновато-бурым, иногда они принимают окраску «кофе с молоком». Пятна не выступают над уровнем кожи [4].

У больных с ВИЧ-инфекцией процесс характеризуется диссеминированными поражениями кожи с тенденцией к развитию в области пятен отрубевидного лишая инфильтрации и лихенификации кожи. Для диагностики применяется осмотр под лампой Вуда, для которого характерно зеленовато-синее свечение чешуек. Если пациент мылся перед исследованием, свечение отсутствует, так как люминафоры гриба легко смываются. Наблюдается положительный симптом Бенье — Мещерского (усиление шелушения при поскабливании элементов сыпи). Отмечается положительная проба Бальцера (усиление окраски при смазывании очагов поражения 2%-ным раствором йода). При микроскопии чешуек из очагов поражения выявляются клетки и гифы гриба. Диагноз устанавливается на основании клинической картины, подтвержденной результатами лабораторных исследований.

Для лечения используются противогрибковые антибиотики (азолы, тербинафин) в среднетерапевтических дозах в течение длительного периода. Наружно, наряду с кремами и растворами, используется 2,5%-ный шампунь сульфида сульфена.

*Руброфития.* Возбудителем заболевания является *Trichophyton rubrum*. При СПИДе отмечаются диссеминированные формы рубромикоза, а также онихомикоз.

Очаги поражения, кроме кистей и стоп, появляются на голенях, в больших кожных складках и, что особенно характерно, в области гениталий и межъягодичных складках, на туловище. При поражении паховой области в процесс часто вовлекается мошонка. На коже возникают округлые,

различных размеров синюшно-красные очаги со слегка шелушащейся поверхностью в средней части и более выраженными воспалительными явлениями по краям. Описанные очаги имеют вид колец, полуколец, дуг, которые сливаются в большие участки с краями [3, 4].

У больных ВИЧ-инфекцией часто наблюдается поражение ногтей на руках и ногах. Обращает на себя внимание обилие мицелия в микроскопических препаратах. Онихомикоз характеризуется деструкцией ногтевых пластинок с утолщением за счет подногтевого гиперкератоза или, наоборот, истончением, разрушением по свободному краю, возникновением поперечных борозд или поперечной исчерченности, желтых и серо-грязных пятен в толще ногтей, потерей их нормального цвета и блеска. Отмечается большая ломкость пораженных ногтей. Ногти отслаиваются от ногтевого ложа, иногда полностью, а вместо них остаются рыхлые гиперкератотические массы.

Характерной особенностью этих онихомикозов является нередкое развитие паронихий. Часто при этом поражается и кожа пальцев: она утолщается за счет гиперкератоза, может шелушиться и мацерироваться. Реже поражается кожа ладоней. Для ВИЧ-инфицированных пациентов характерно торпидное хроническое течение патологического процесса.

Атипичные проявления дерматомикозов у больных СПИДом обычно наблюдаются на лице и шее и по клинической картине могут напоминать многоформную экссудативную эритему, себорейный дерматит, фолликулит. Пластинчатый фолликулит ошибочно принимают за хроническую бактериальную инфекцию. Такому процессу может способствовать применение гормонов. Лечение даже при приеме противогрибковых препаратов внутрь требует длительного времени, заболевание склонно к рецидивированию.

Диагноз устанавливается на основании лабораторных исследований (микроскопия и бакпосев на среду Сабуро). Дифференцированная диагностика проводится с кольцевидной эритемой, псориазом, себорейным дерматитом, розовым лишаем Жибера, боррелиозом.

Лечение проводится антибиотиками (азолы, тербинафин) в среднетерапевтических дозах в течение длительного периода, наружно — кремами и растворами.

**Кандидоз** — поражение кожи, слизистых оболочек, ногтевых пластинок и внутренних органов, вызванное дрожжеподобными грибами рода *Candida* (чаще *albicans* в наших широтах).

У здоровых людей грибы рода *Candida albicans* являются представителями микрофлоры слизистых оболочек, пищеварительного тракта и женских половых органов. Штаммы *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis*, *Candida Krusei*, *Torulosis glabrata* выделяют у больных с тяжелой иммуносупрессией.

Стойкий кандидоз (особенно слизистой оболочки полости рта и кожи перианальной области)

является ранним СПИД-индикаторным заболеванием. Кандидозу как клиническому тесту инфекции ВИЧ присущи следующие особенности: поражение лиц молодого возраста, особенно мужчин; преимущественное вовлечение в процесс слизистых оболочек полости рта, гениталий и перианальной области; тенденция к образованию обширных очагов, сопровождающихся болезненностью, склонностью к эрозированию и ulcerации [1].

Кандидоз слизистой полости рта начинается с появления на фоне гиперемии белого крошковатого налета, напоминающего манную крупу. Постепенно образуется сплошная белая пленка, которая сначала легко снимается, а затем уплотняется, приобретая грязно-серый или желтоватый цвет, и прочно удерживается на поверхности слизистой оболочки; после ее удаления остается кровоточащая эрозия. Субъективные ощущения у больного могут отсутствовать или появляются жалобы на сухость во рту, ощущение жжения, боли в сосочках языка, чувство стягивания слизистой губ. Чаще всего поражается язык, но процесс может распространяться на все участки слизистой полости рта (кандидозный стоматит). Возможно также развитие кандидоза углов рта (кандидозная заеда), представляющего собой эрозию, окруженную «ободком» набухшего рогового слоя. В глубине складки обычно появляется трещина. Поражение углов рта нередко сочетается с кандидозными хейлитом и стоматитом. Кандидозный хейлит характеризуется краснотой, отеком различной степени, шелушением в области красной каймы губ. Кожа их истончена, радиарно исчерчена бороздками, имеет серозно-синеватый вид. Кандидозный стоматит может сочетаться с «волосатой» лейкоплакией полости рта. Дифференциальный диагноз проводится с «волосатой» лейкоплакией, красным плоским лишаем, «географическим» языком [3, 4].

У больных ВИЧ-инфекцией регистрируется кандидоз крупных складок тела (дрожжевая опрелость), особенно перианальной и паховых складок. Заболевание начинается с появления мелких, величиной с булавочную головку, поверхностных пузырьков, заполненных серозно-гнойным содержимым, после вскрытия которых образуются эрозии, быстро распространяющиеся по периферии и сливающиеся между собой. В стадии полного развития кандидоза на соприкасающихся поверхностях кожи видны обширные эрозии полициклических очертаний, резко отграниченные от окружающей здоровой кожи и окаймленные «воротничком» набухшего рогового слоя. Поверхность эрозии вишнево-коричневого цвета, умеренно влажная. В глубине складки возникают болезненные трещины и скопления белой кашицеобразной массы. Вокруг солидного очага наблюдаются свежие пузырьки и пустулы. При локализации процесса в перианальной складке больных беспокоит сильный зуд, иногда появляются чрезвычайно болезненные язвы. Возможно развитие абсцессов. Дифференциальную диагно-

стику проводять со стрептококковою опрелістю, псоріазом, еритразмою [3].

Нерідко при дрожжевих ураженнях окологнотцевого валика і ногтєй (пароніхії і оніхії), починаючихся с покраснення і отечності, образуються тріщини, из котрых выделяється гній. Возникають корочки, ерозії. На ногтевої пластинке появляются борозды и возвышения, а в толще ее — буровато-коричневые участки. Ноготь при этом теряет блеск и начинает отделяться от ложа. Поражения склонны к хронизации с последующим развитием дистрофических изменений ногтевой пластинки.

У ВІС-інфіцириваних зустрічаються і такі клінічні різновидності кандидоза, як вульвовагініт, баланіт і баланопостит, котрі розвиваються ізолювано ілі в сочетанні с другими формами [1, 4].

Кандидозний вульвіт і вульвовагініт характеризуються гіперемією слизистої, густим, сметаноподобним отделяемым і іногда крошковатым налетом на гіперемірованній слизистої. Суб'єктивно відзначається зуд. При хронічному теченні слизистая влагалища атрофується, становиться гладкой. Дифференціальний діагност проводять с трихомонадным вагінітом, бактеріальним вагінозом, склероатрофічним лишаєм.

Кандидозний баланопостит у мужчин проявляється зудом і жженієм в області головки полового члена. Кожа головки, внутрішнього листка крайньої плоти і венечної борозды різко гіперемірована, вільна, с очагами ерозій, густо покритими серовато-білими налетами мацерированного епідерміса. Дифференціальную діагностику проводять с псоріазом і красним плоским лишаєм.

У больних ВІС-інфекцією клінічні проявлення кандидоза зависять от уровня иммунодефицита. Оральный кандидоз часто распространяется на область зева и пищевода, что сопровождается затруднением при глотании, загрудинным жжением и болью во время приема пищи, особенно при эрозивно-язвенном эзофагите. Стоматит, глоссит

розвиваються, когда уровень CD4 снижается до 390 мкл<sup>-1</sup>, эзофагит — ниже 200 мкл<sup>-1</sup>. Дисфагия и боль при глотании приводят к истощению больных из-за того, что они отказываются принимать пищу [3].

Кандидоз, особенно слизистой оболочки полости рта, практически не наблюдается среди взрослых без ВІС-інфекції, не получавших ранее антибиотиков и кортикостероиды. Поэтому его рассматривают не только как наиболее частое, но и как наиболее достоверное микотическое проявление инфекции ВІС. Через поврежденную слизистую грибы проникают в кровь, вызывая фунгемию и сепсис [3].

Діагностика кандидоза кожи і видимих слизистих оболочек не вызывает затруднения. При микроскопическом исследовании можно увидеть нити псевдомицелия и почкующиеся клетки. Посев позволяет установить вид возбудителя. Обнаружение грибов рода *Candida* и отсутствие клинических признаков заболевания не являются показанием для начала лечения. При рецидивирующем кандидозе на фоне ВІС-інфекції надо определить чувствительность возбудителя к противогрибковым средствам [1].

Лечение проводится с обязательным применением противогрибковых антибиотиков (азолы, тербинафин) в средних терапевтических дозах, а также соответствующих кремов. Доза при неэффективности лечения может быть повышена. Если при лечении азолами в течение семи дней не отмечается положительной клинической динамики, кандидоз считается устойчивым к азолам. Обычно он наблюдается у ВІС-інфіцириваних пацієнтів, долго лечившихся азолами, когда число CD4 падает ниже 50 мкл<sup>-1</sup>, в таких случаях рекомендуют амфотерицин В. Постоянно рецидивирующий кандидоз требует постоянного профилактического лечения.

Діагностика микозов у больних с ВІС/СПІД-інфекцією позволит своевременно установить ВІС-інфіцириваніє, а также оптимизировать терапию таких пациентов.

Список литературы

1. Дашук А. М. ВІС/СПІД-інфекція / А. М. Дашук, Л. И. Черникова.— Харьков: С.А. М., 2015.— 246 с.
2. Дерматология и венерология; под ред. проф. В. И. Степаненко.— К.: КИМ, 2012.— 904 с.
3. Вульф К. Дерматология по Т. Фицпатрику: атлас-справочник / К. Вульф, Р. Джонсон, Д. Сюрмонд; пер. с англ.— 2 изд.— М.: Практика, 2007.— С. 1248.
4. Хэбиф П. Кожные болезни. Диагностика и лечение / П. Хэбиф.— М., 2007.— 672 с.

**КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИБКОВИХ УРАЖЕНЬ ШКІРИ У ВІЛ/СНІД-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ**

А. М. ДАЩУК, Л. О. КУЦЕВЛЯК

**Проаналізовано відомості про етіологію, патогенез, клініку, діагностику і лікування уражень шкіри і слизових оболонок, що спричинені грибами, у пацієнтів із ВІЛ/СНІД-інфекцією. Наведено рекомендації щодо профілактики міотичних уражень у цих хворих.**

*Ключові слова:* ВІЛ/СНІД-інфекція, кератомікози, дерматомікози, лікування.

**CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE FUNGAL SKIN INVOLVEMENT  
IN HIV/AIDS-INFECTED PATIENTS**

A. M. DASHCHUK, L. O. KUTSEVLIAK

**The etiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis and treatment of skin lesions and mucous membranes caused by fungi in patients with HIV/AIDS infection are analyzed. The methods of prevention of micotic lesions in these patients are recommended.**

*Key words: HIV/AIDS infection, keratomycosis, dermatomycosis, treatment.*

Поступила 11.10.2016