Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПОВЕРХНОСТНЫЕ МИКОЗЫ КОЖИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Выполнила студентка медико-профилактического факультета
III курса 2 группы
Боботина Н.А.

Рязань 2018

Актуальность темы

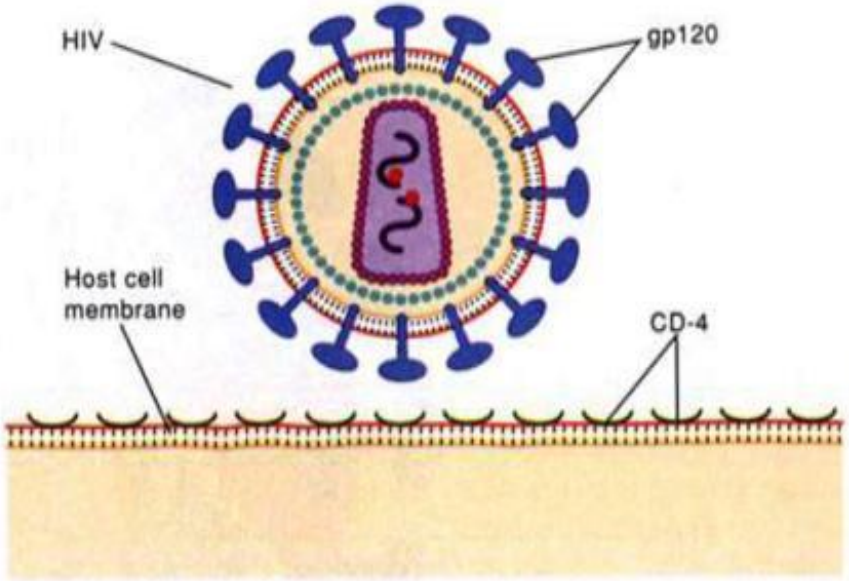
Микозы — одна из значимых проблем в современном здравоохранении. Важной причиной роста заболеваемости дерматомикозами является увеличение в популяции количества иммуноскомпрометированных пациентов, в том числе ВИЧ-инфицированных.

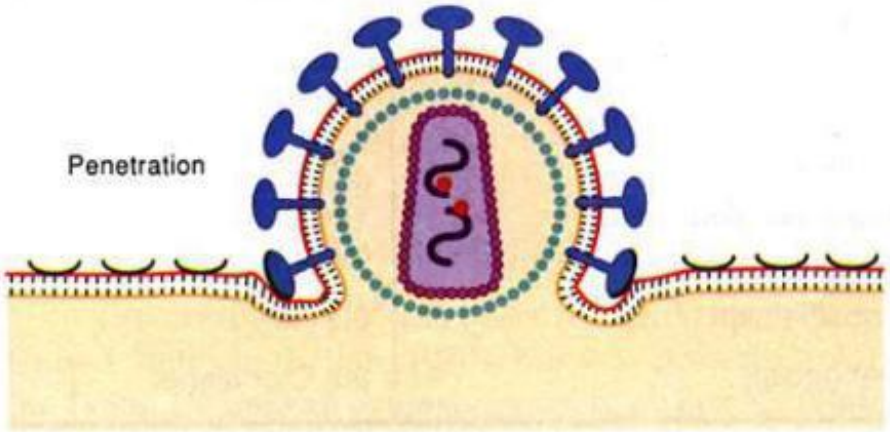
Число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции среди российских граждан в 2013 году составило 79728.

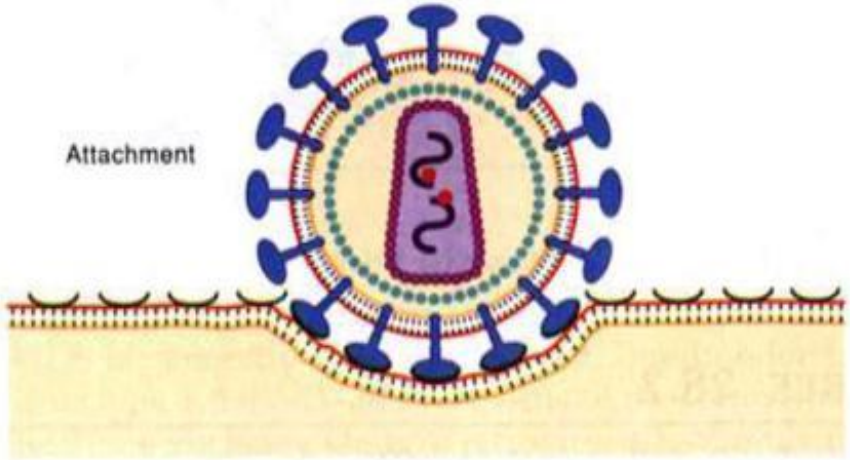
У этих пациентов чаще, чем у иммунокомпетентных лиц, регистрируют дерматомикозы (ДМ), вызванные дерматомицетами, *Candida spp. и Malassezia spp.*

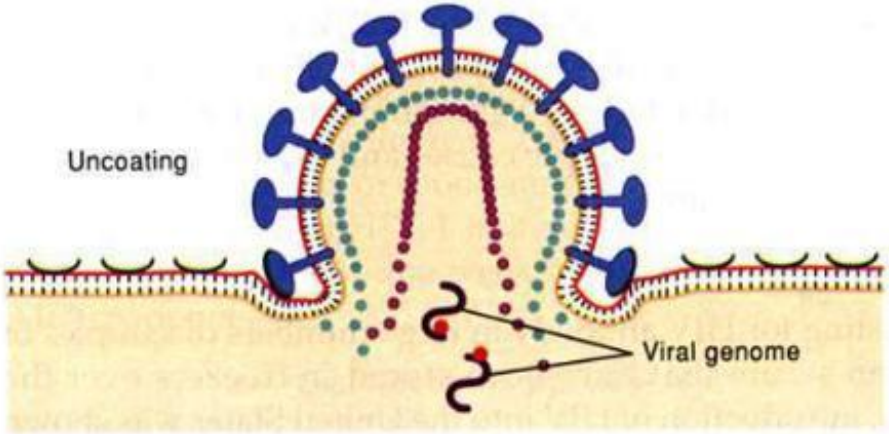
Дерматомикозы у больных ВИЧ-инфекцией могут протекать тяжело и существенно снижать качество жизни.

Проникновение ВИЧ в клетку с рецептором CD-4









Целью работы явилась оптимизация диагностики и лечения дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Задачами исследования стали:

1. Определение распространенности дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных больных на территории Алтайского края.
2. Определение факторов риска развития дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных пациентов.
3. Изучение этиологии дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных больных.
4. Изучение клинических проявлений дерматомикозов в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции.
5. Определение эффективности лечения дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных пациентов.
6. Разработка алгоритма диагностики и лечения дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Основное содержание работы

I группа (240 чел.) – ВИЧ (+), ДМ (+).
М – 73%, Ж – 27%. Возраст – 34 года.

II группа (429 чел.) – ВИЧ (+), ДМ (-).
М – 60%, Ж- 40%. Возраст – 36 лет.

III группа (219 чел.) – ВИЧ (-), ДМ (+).
М – 51%, Ж – 49%. Возраст – 42 года.

Методы обследования больных

- ИФА;
- Иммунный блоттинг;
- Подробный сбор анамнеза заболевания;
- Клинические исследования;
- Серологические исследования;
- Иммунологические исследования;
- Микологические исследования;
- Инструментальные исследования;
- Статистическая обработка данных.

Результаты исследования

Обследовано 669 ВИЧ+ больных.

Из них: М – 63 %, Ж – 37 %. Возраст – 35 лет.

71 % - III стадия. 29 % - IV стадия. 27 % – АРТ.

36 % с ДМ.

Из них: М – 73 %, Ж – 27 %. Возраст – 34 года.

Контрольная группа: М – 49 %, Ж – 51 %. Возраст – 42 года.

Фоновые и сопутствующие заболевания

- Хронический вирусный гепатит С – 75 %;
- Кандидоз полости рта – 53 %;
- Себорейный дерматит – 15 %;
- Туберкулез легких – 11 %;
- Саркома Капоши – 1 %.

Кандидоз полости рта

Себорейный дерматит

Факторы риска возникновения дерматомикозов у ВИЧ «+»

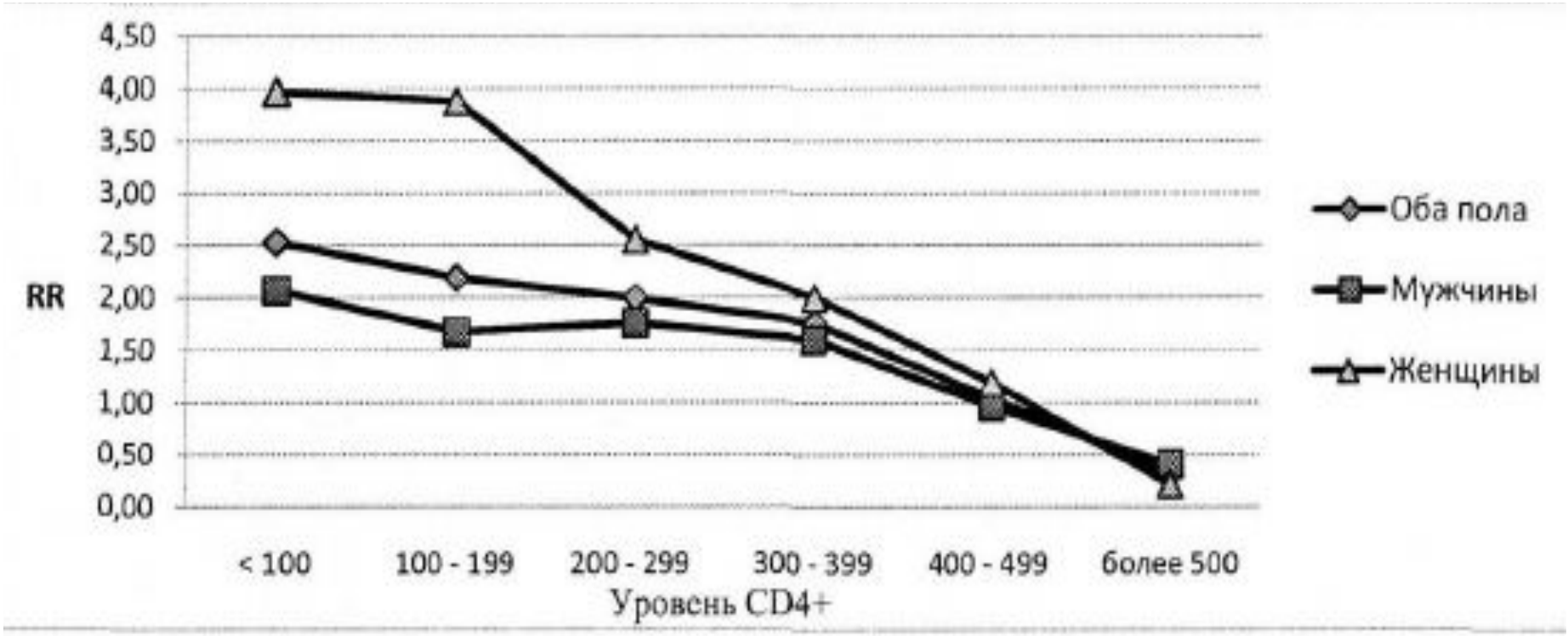


Рисунок 1 – Факторы риска

Этиология микозов кожи и ногтей

ВИЧ «+»	ВИЧ «-»
• Trichophyton spp. (57 %); • Недерматомицет-ные плесени (23 %); • Malassezia spp. (15 %); • Candida spp. (5 %).	• Дерматомицеты (50 %); • Malassezia spp. (37 %); • Candida spp. (9 %); • Недерматофит-ные плесени (4 %).

Клинические варианты дерматомикозов

ВИЧ «+»	ВИЧ «-»
• Онихомикоз стоп (47 %); • Отрубевидный лишай (12 %); • Микоз стоп (5 %); • Микоз гладкой кожи (2 %); • Микоз крупных складок (2 %); • Онихомикоз кистей (1 %).	• Отрубевидный лишай (33 %); • Онихомикоз стоп (16 %); • Микоз гладкой кожи (10 %); • Микоз стоп (10 %); • Микоз крупных складок (5 %); • Микроспория гладкой кожи (4 %); • Онихомикоз и микоз кистей (2% и 1%, соответственно).

Анализ структуры микозов в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

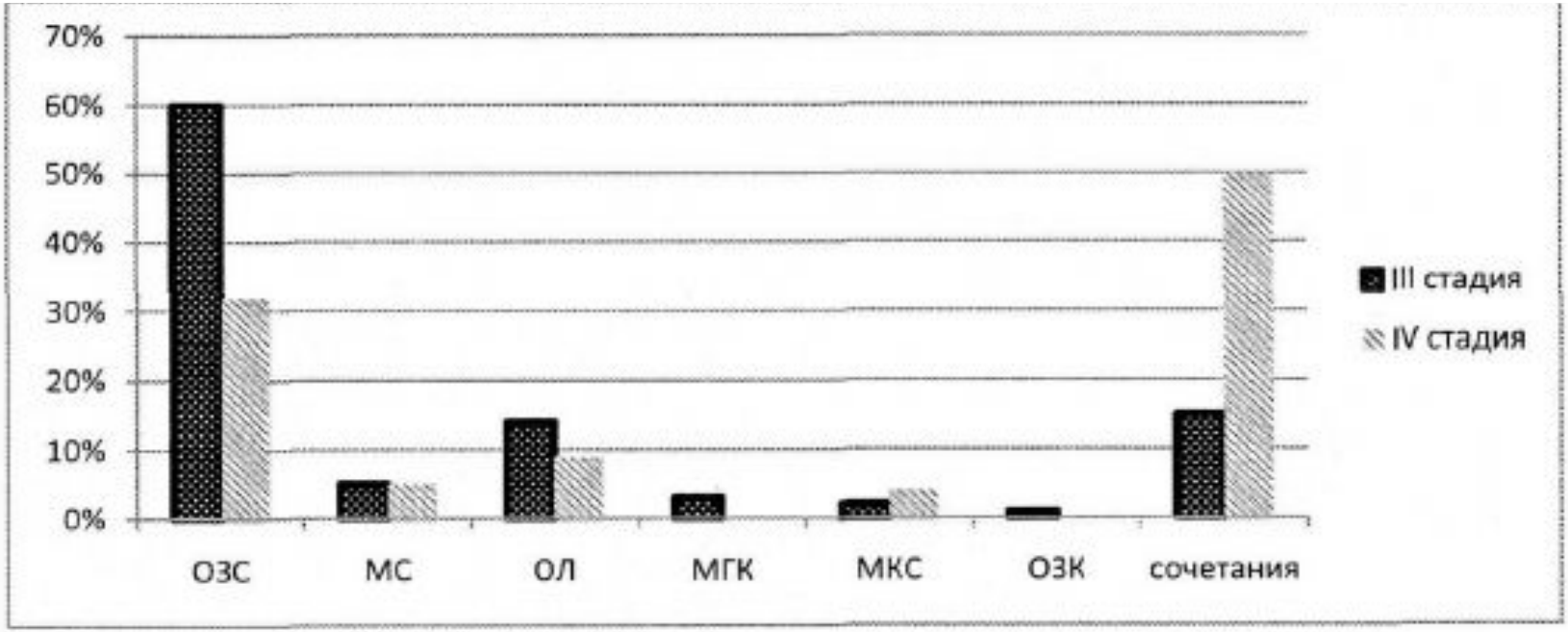


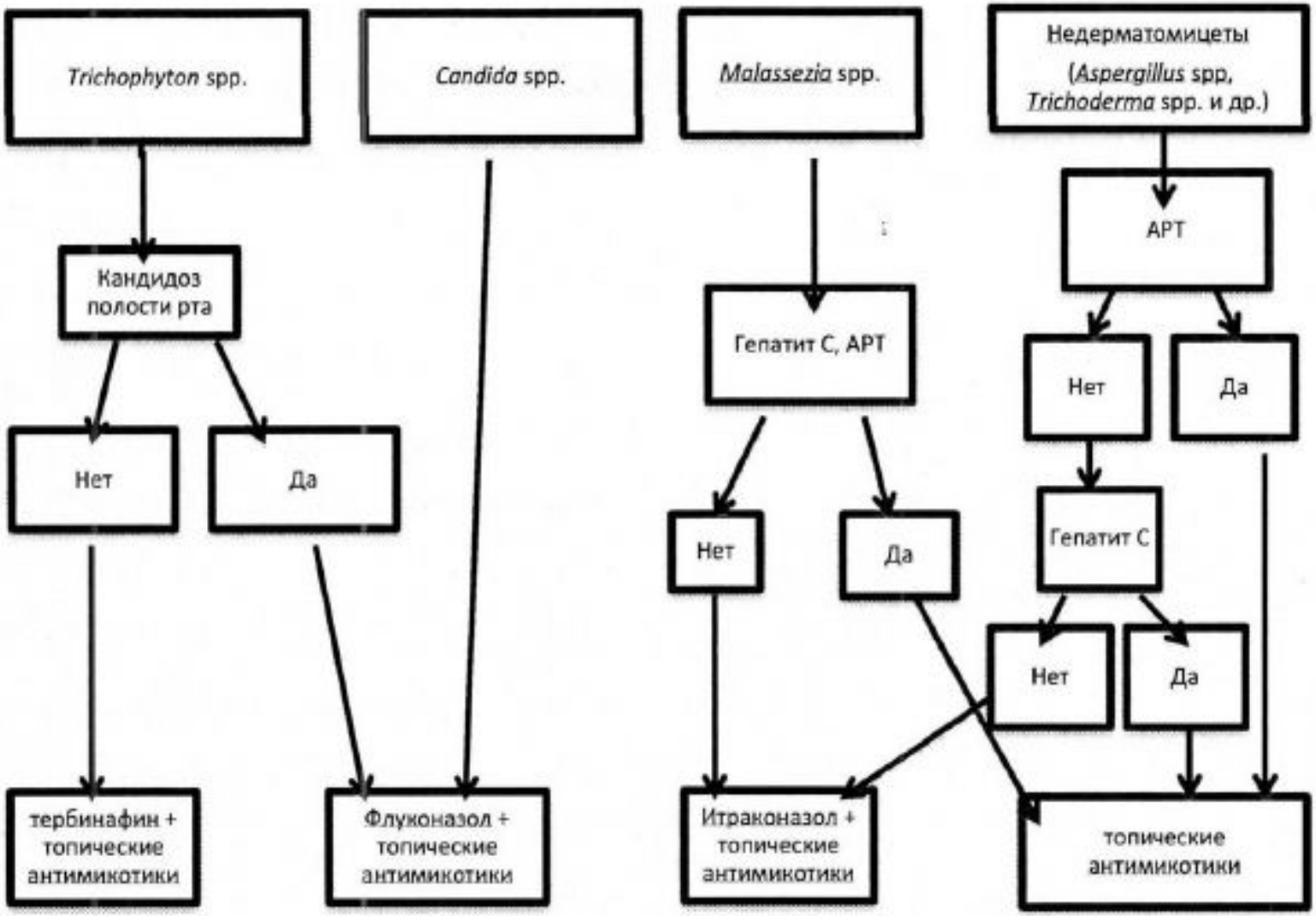
Рисунок 3 – Структура микозов кожи и ногтей в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

Лечение ОЗС у больных ВИЧ-инфекцией, обусловленного Trichophyton rubrum

I группа – флуконазол в дозе 150 мг 1 раз в неделю.

II группа – тербинафин по 250 мг 1 раз в сутки ежедневно.

Алгоритм лечения дерматомикозов



Выводы

1. ДМ возникают у 36% ВИЧ-инфицированных больных, преимущественно у мужчин до 40 лет.

2. Факторами риска развития дерматомикозов являются мужской пол и снижение содержания CD4+ клеток в периферической крови.

3. Возбудителями дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных больных являются Trichophyton spp. - 57%, недерматомицетные плесени - 23%, Malassezia spp. -15% и Candida spp. - 5%.

4. Основным клиническим вариантом дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных больных является онихомикоз стоп (47%), сочетание двух и более микозов выявили у 31% пациентов.

5. У ВИЧ-инфицированных больных ОЗС (Trichophyton rubrum) длительное применение тербинафина (медиана - 6 месяцев) и флуконазола (медиана - 6,5 месяцев) эффективно и безопасно.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!