



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 иммунокомпрометированных пациентов, в том числе ВИЧ-инфицированных.

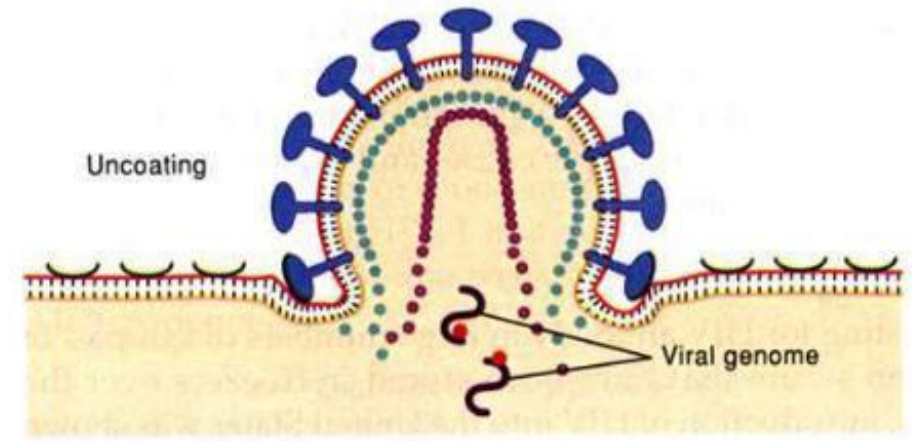
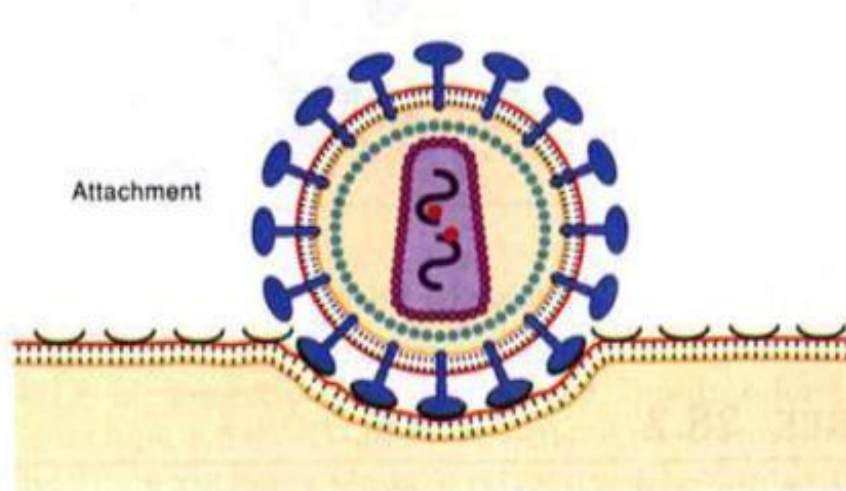
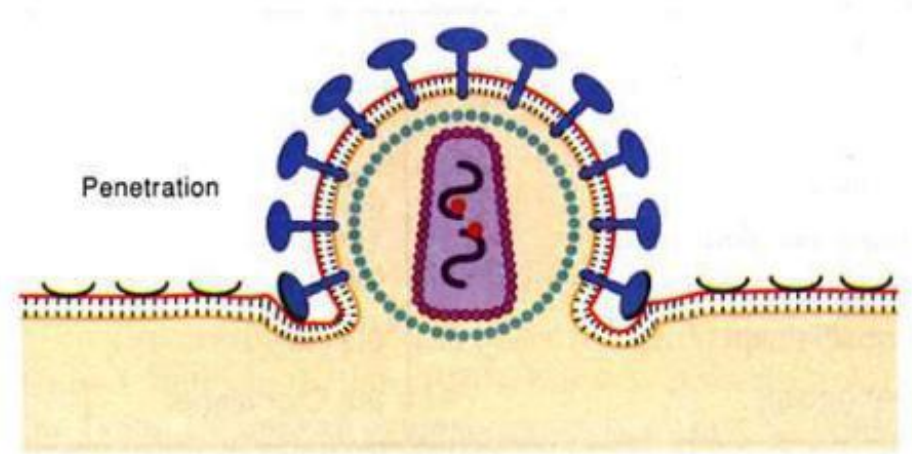
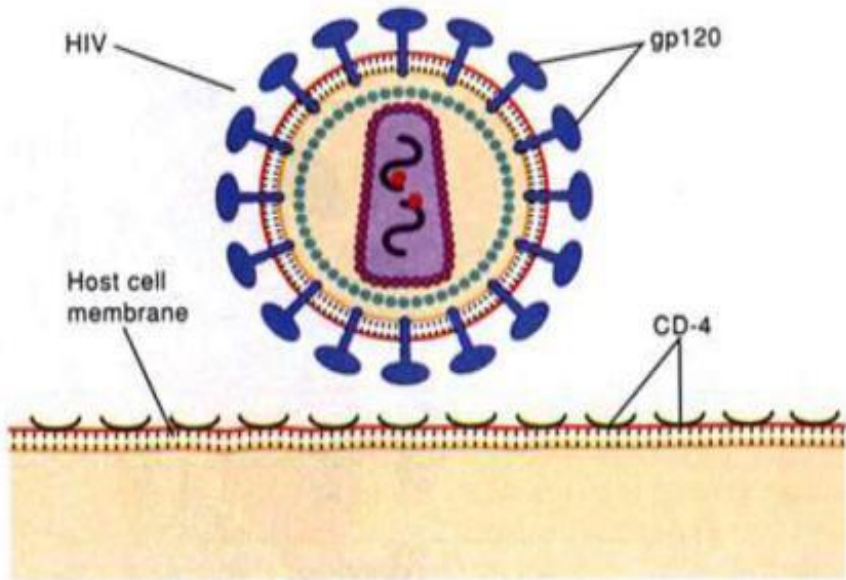
Число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции среди российских граждан в 2013 году составило 79728.

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.

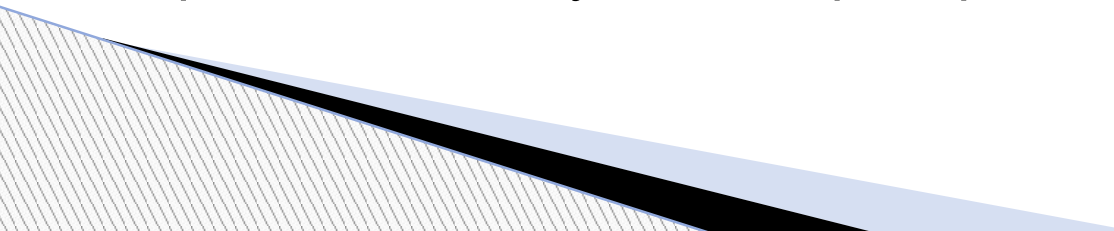


Проникновение ВИЧ в клетку с рецептором CD-4



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.
- 

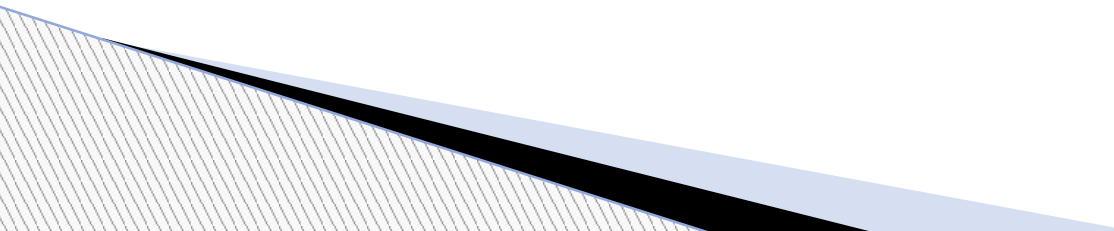
Основное содержание работы

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 «+»

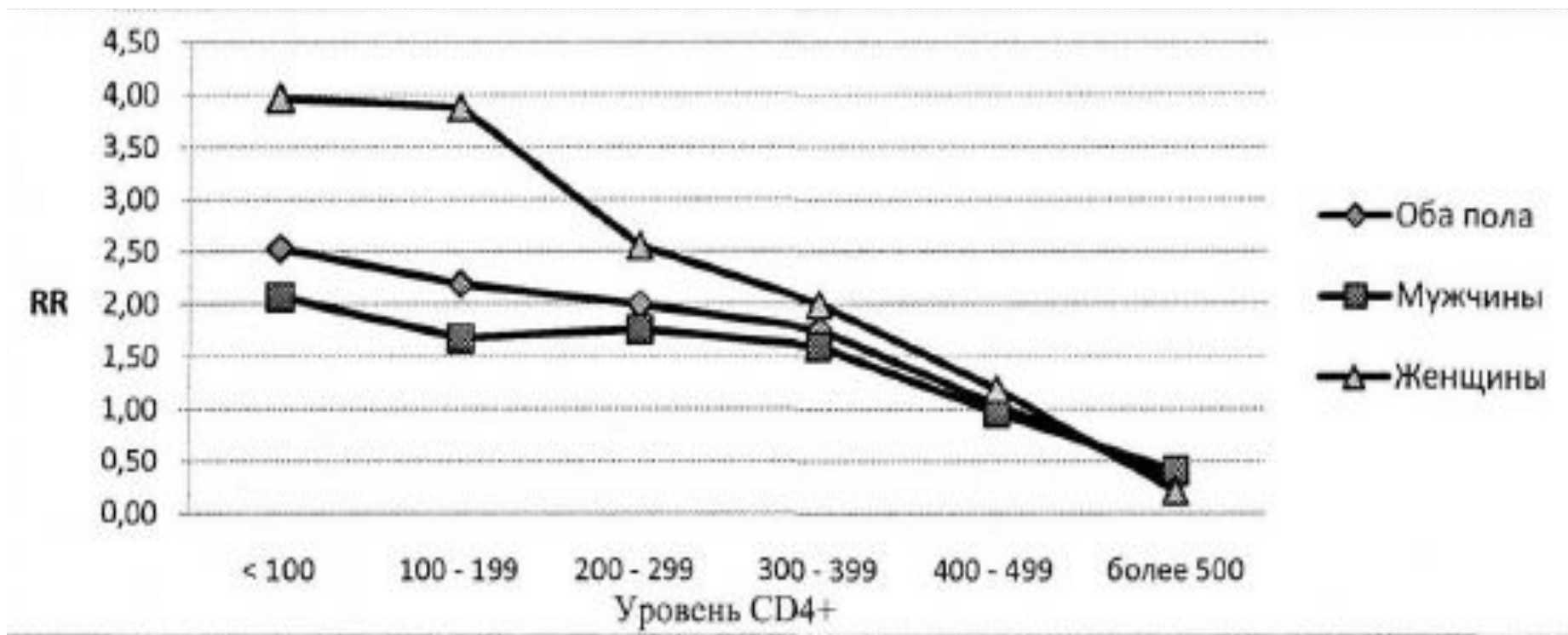


Рисунок 1 – Факторы риска

Этиология микозов кожи и ногтей

ВИЧ «+»

- Trichophyton spp. (57 %);
- Недерматомицетные плесени (23 %);
- Malassezia spp. (15 %);
- Candida spp. (5 %).

ВИЧ «-»

- Дерматомицеты (50 %);
- Malassezia spp. (37 %);
- Candida spp. (9 %);
- Недерматофитные плесени (4 %).

Клинические варианты дерматомикозов

ВИЧ «+»

- Онихомикоз стоп (47 %);
- Отрубевидный лишай (12 %);
- Микоз стоп (5 %);
- Микоз гладкой кожи (2 %);
- Микоз крупных складок (2 %);
- Онихомикоз кистей (1 %).

ВИЧ «-»

- 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

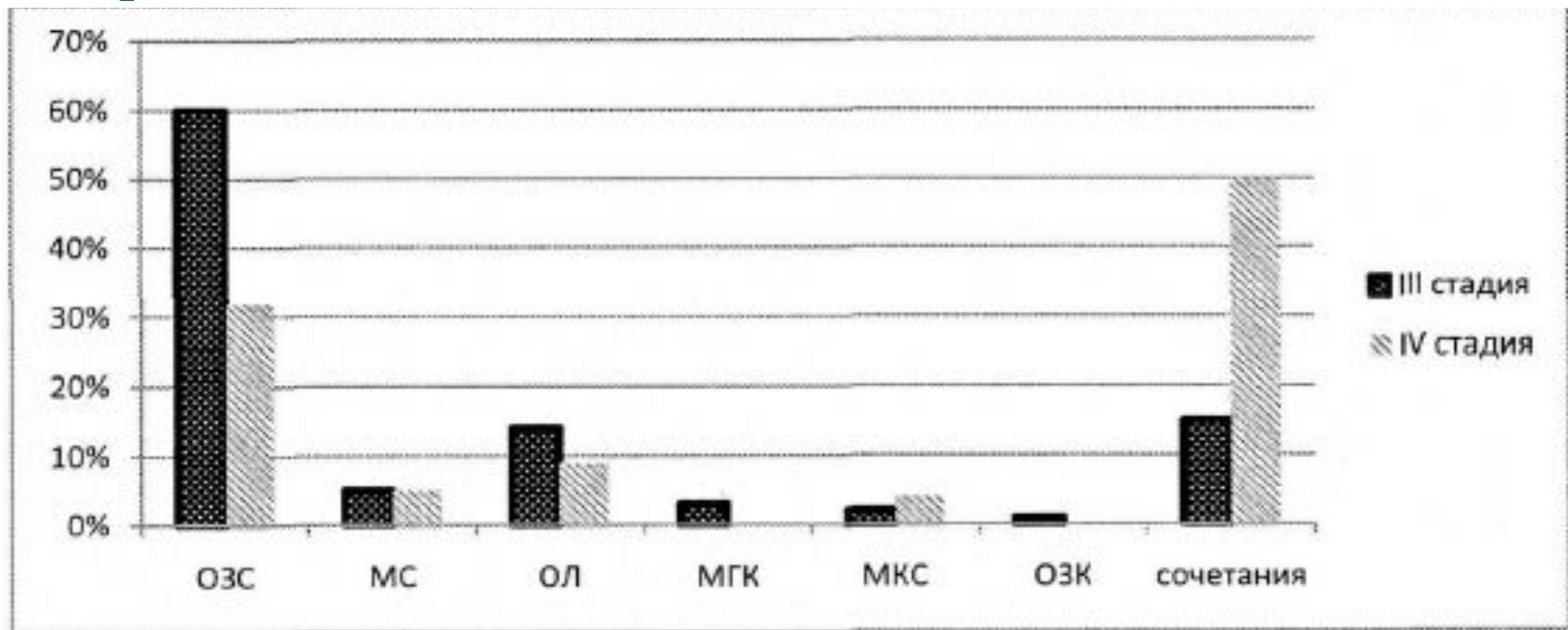


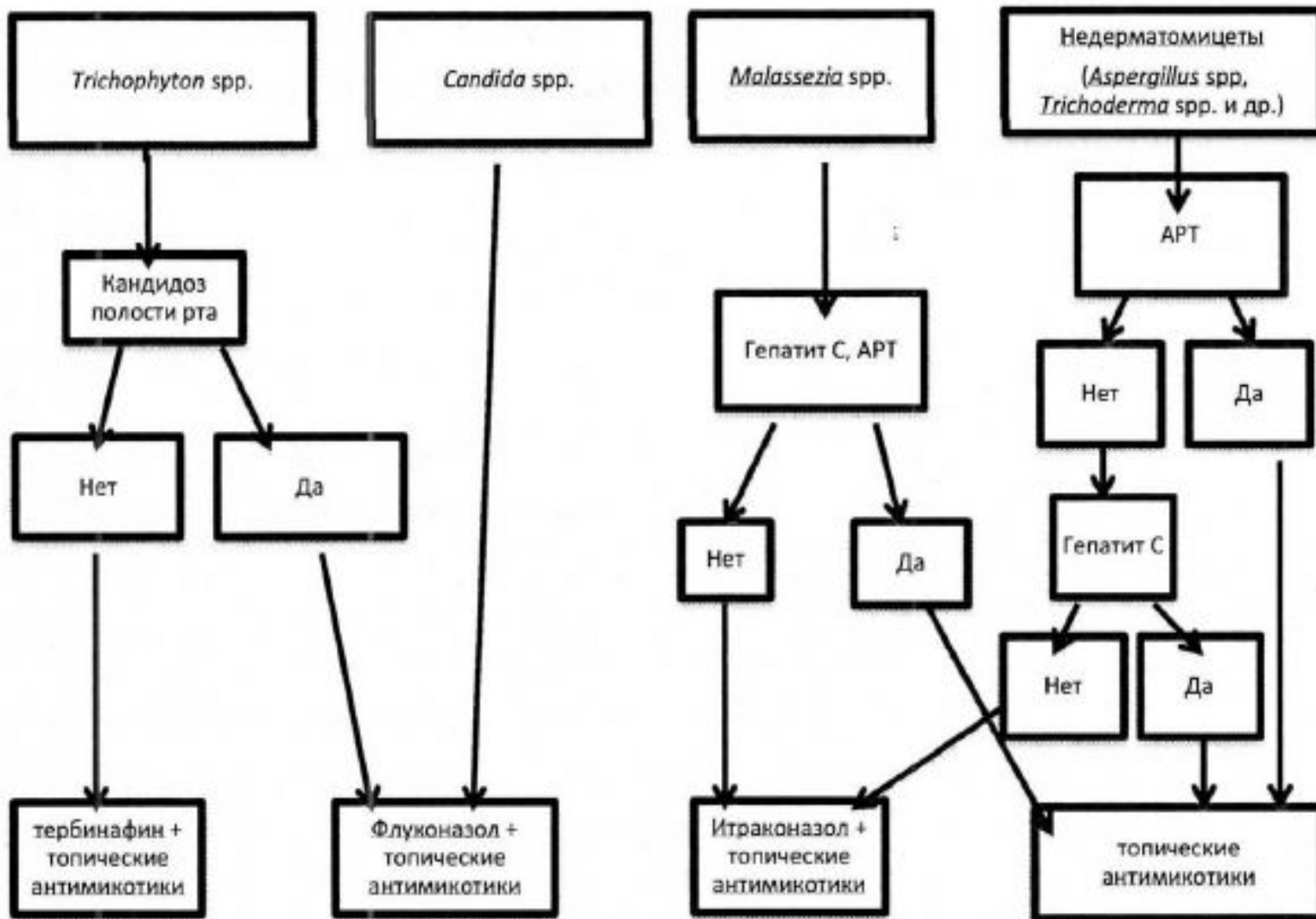
Рисунок 3 – Структура микозов кожи и ногтей в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

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!**

