

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТЫХ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Михед Т. М., Красавцев Е. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Микозы относят к числу наиболее часто регистрируемых заболеваний, как на ранних, так и на поздних стадиях у больных ВИЧ-инфекцией. Грибы рода *Candida* могут вызывать целый ряд инфекционных поражений — от локального поражения слизистых оболочек и кожи до угрожающих жизни диссеминированных инфекционных процессов с обширным поражением внутренних органов и систем, требующих проведения диагностических и медикаментозных мероприятий [1, 2].

Кандидоз полости рта — одна из самых частых грибковых инфекций (развивается у 40–60 % больных) [2]. Из всех видов *Candida* от больных ВИЧ-инфекцией чаще выделяют *C.albicans* (60–90 %), но возможны и другие виды (*C. parapsilosis*, *C. krusei*, *C. glabrata* и др.). Нередко обнаруживают более двух видов возбудителей. Различают псевдомембранозный, атрофический, хронический гиперпластический кандидоз, а также ангулярный хейлит (который вызывают чаще *C.albicans*, *C.tropicalis*, *C. rubra*, *C. famata*) [3, 4]. **Целью** настоящего исследования было изучение распространенности кандидоза слизистых ротовой полости у ВИЧ-инфицированных, находящихся под наблюдением в консультативно-диспансерном кабинете по ВИЧ/СПИДу (КДК по ВИЧ/СПИДу) в учреждении «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» (далее УГОИКБ) с различным иммунологическим статусом.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 100 пациентов, находящихся под наблюдением в КДК по ВИЧ/СПИДу в УГОИКБ, не получающих антиретровирусную терапию (АРТ).

Иммунологический статус (определение CD4 клеток) определяли с помощью аппарата проточного цитофлюориметра FACScan, используя лизирующий раствор и иммуноклональные антитела, вирусную нагрузку — методом ПЦР в лаборатории УГОИКБ и лаборатории отдела профилактики ВИЧ/СПИД Гомельского областного центра гигиены и эпидемиологии и общественного здоровья. Микробиологические исследования у пациентов проводились на базе клинко-диагностической лаборатории УГОИКБ. Стерильным тампоном брались мазки с мест поражения и засеивались на среды Никерсона. Рост оценивали через 72 часа. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с помощью методов непараметрической статистики (Манна-Уитни и Фишера), так как имелось ненормальное распределение полученных данных (по критерию Колмогорова).

Результаты исследования

Возраст пациентов составил $33,06 \pm 0,54$ лет. Среди них мужчин было 53 (53 %), женщин — 47 (47 %). Больные были аттестованы с 1994 по 2009 год. Среди обследованных больных преобладал парентеральный путь инфицирования (внутривенное введение наркотиков) — 49 %, половой путь инфицирования был в 32 % случаев, в 19 % путь инфицирования не был установлен.

У 82 % больных была выделена *C.albicans*, в 3 % случаев выделялись *C.krusei* и в 15 % всех исследований не было роста. У большинства из данных пациентов (63,4 %) наблюдались характерные клинические признаки псевдомембранозного кандидоза, в 6,1 % случаев выявлены были признаки атрофического кандидоза. У 8,5 % обследованных пациентов наблюдалась клиническая картина ангулярного хейлита в сочетании с атрофическим или псевдомембранозным кандидозом.

ВИЧ-инфицированные пациенты были разделены на две группы по количеству выявленных *C. albicans*. В первую группу вошли пациенты, у которых были обнаружены микробиоты в количестве 10^4 КОЕ /мл и выше; во вторую группу вошли пациенты с количеством выявленных *C. albicans* 10^3 КОЕ /мл и ниже (таблица 1).

Таблица 1 — Параметры иммунного статуса у больных ВИЧ-инфекцией, находящихся на диспансерном наблюдении с различным уровнем выявления грибковых патогенов

Микроорганизмы	% CD4 клеток	Количество CD4 клеток в мкл
<i>C. albicans</i> 10^4 КОЕ /мл и выше N=41	$17,6 \pm 1,75^*$ N=36	$353,1 \pm 46,8^*$ N=38
<i>C. albicans</i> 10^3 КОЕ /мл и ниже N=41	$22,57 \pm 1,44^*$ N=37	$491,08 \pm 55,12^*$ N=39

* $p < 0,05$

У больных с большим количеством высеваемых *C. albicans* статистически значимо уменьшается процент CD4клеток и число CD4 клеток в мкл крови.

Больные были разделены на 3 категории по иммунологическим критериям (классификация ВИЧ-инфекции для взрослых и подростков, предложенная центром по контролю за болезнями (CDC) в 1993 году). В первую категорию вошли больные, имеющие количество CD4 клеток более 500 клеток в мкл, во вторую — от 200 до 500 клеток в мкл и в третью — до 200 в мкл. Распространенность грибковых патогенов у ВИЧ-инфицированных в различных иммунологических категориях представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Распространенность грибковых патогенов у ВИЧ-инфицированных в различных иммунологических категориях

Категория	<i>C. albicans</i> 10^4 КОЕ /мл и выше	<i>C. albicans</i> 10^3 КОЕ /мл и ниже	<i>C. krusei</i>	Нет роста
3 иммунологическая категория, N=31	N=16, 51,6 %	N=9, 29,0 %*	N=2 6,45 %	N=4 12,9 %
2 иммунологическая категория, N=40	N=13, 32,5 %	N=16, 40 %	N=1 2,5 %	N=10 25 %
1 иммунологическая категория, N=28	N=10, 35,7 %	N=15, 53,6 %*	N=0	N=3 10, 7%

* $p < 0,05$

C. albicans 10^4 КОЕ /мл и выше в 51,6 % случаев выявлялась в третьей иммунологической категории. В третьей иммунологической категории статистически значимо реже высевается *C. albicans* 10^3 КОЕ /мл, чем в первой иммунологической категории.

Выводы
У 63,4 % больных встречалась псевдомембранозная форма орофарингеального кандидоза. 82 % грибковых заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией, не получающих АРТ, находящихся под наблюдением в консультативно-диспансерном кабинете по ВИЧ/СПИДу в УГОИКБ, были обусловлены монокультурами *C. albicans*. У больных с большим количеством высеваемых *C. albicans* статистически значимо меньше был процент CD4 клеток и число CD4 клеток в мкл крови. В третьей иммунологической категории статистически значимо реже высевается *C. albicans* 10^3 КОЕ /мл, чем в первой иммунологической категории. Развитие патологии напрямую связано с уменьшением количества CD4 клеток и является независимым индикатором прогрессирования ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский, Е. В. Атлас заболеваний слизистой оболочки глотки и полости рта при ВИЧ-инфекции / Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский. — М. : Медицина, 1981. — 455 с.
2. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. — 2-е изд. — М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 488 с.
3. Левончук, Е. А. Кандидоз кожи и слизистых оболочек: учеб. пособие / Е. А. Левончук. — Мн., 2007. — 31 с.
4. Особенности этиологии грибковых заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией и лекарственная устойчивость выявленных грибковых патогенов к флюконазолу / Н. Ю. Макарова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2003. — № 2. — С. 33–35.