

клинико-лабораторных проявлений в этот период. Степень кандидоза нарастала по мере смены стадий болезни и кандидоз принимал генерализованный характер. Так, в стадии *IIВ-IIIА* кандиды обнаруживались практически во всех биологических субстратах, доступных для исследования (слюна, смыв с глоточного кольца, мокрота, кровь, моча, кал) и эта картина имела место на протяжении всех последующих стадий ВИЧ-инфекции и стадии СПИД.

Можно предположить, что кандидозы являются индикаторами выраженности вторичного иммунодефицита у больных ВИЧ/СПИД. Однако, мы не отметили уменьшение титра *Candida albicans* в период лабораторной «ремиссии» иммунных показателей у больных в стадии *IIIБ-В*, что дает основание предположить роль кандидоза, не только как индикатора вторичного иммунодефицита, но и как одного из факторов, обуславливающих наличие и выраженность диарейного синдрома у нашего контингента больных.

---

## ОТОМИКОЗ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

*Бессараб Т. П., Голохвастова Е. Л., Ермак Т. Н.<sup>1</sup>*

*Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД*

*<sup>1</sup>Федеральный научно-методический центр МЗ РФ*

*по профилактике и борьбе со СПИД*

*Москва*

В эпоху пандемии ВИЧ-инфекции отмечается резкое увеличение частоты микозов, среди которых должного внимания заслуживает вопрос о грибковых заболеваниях уха на разных стадиях ВИЧ-инфекции, как у взрослых, так и у детей. Известно, что микотическим процессом поражаются не только наружное ухо, но и среднее, а так же послеоперационные полости (Кунельская В.Я., 2001). По результатам комплексного обследования ВИЧ-инфицированных больных было установлено, что отомикоз — далеко не редкое клиническое проявление выраженной иммуносупрессии ( $CD4^+ < 100/mL$ ) и составляет 52% у взрослых и 71% у детей в структуре отитов другой этиологии при ВИЧ-инфекции, учитывая случаи наличия бактериальной ассоциации. Возникновению отомикозов при ВИЧ-инфекции часто предшествует длительное многократное применение антибиотиков широкого спектра действия для лечения хронических бактериальных оппортунистических инфекций, местное и системное использование глюкокортикоидных препаратов, продолжительное токсическое воздействие алкоголя, психоактивных веществ и их суррогатов, цитостатическая и лучевая терапия ВИЧ-ассоциированных неопластических процессов, дис-

микробиоценоз кишечника; определенную роль играет неспецифическая и специфическая сенсibilизация и аллергия, нарушение правил гигиены пациентами с асоциальным поведением.

По литературным данным поражения наружного и среднего уха, послеоперационных полостей при ВИЧ-инфекции вызываются дрожжевыми и плесневыми грибами родов *Candida* (*C. albicans* var. *stellatoidea*), *Geotrichum*; *Aspergillus* (*A. niger*, *flavus*, *fumigatus*), *Penicillium* (*P. notatum*), *Mucor*, *Alternaria*, *Scopulariopsis*, *Cephalosporium*, *Kladosporium*, *Rhizopus* и др.; описан пневмоцистоз (*P. carinii* ушных полипов при хроническом гнойном среднем отите).

У пациентов, обследованных в условиях поликлинического, стационарных, детского отделений Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИД имели место все основные формы отомикоза: наружный грибковый отит, микотическая экзема наружного слухового прохода, грибковый мирингит, грибковый средний отит, микоз послеоперационной полости среднего уха.

Больные отмечали характерные для отомикоза жалобы: снижение слуха, наличие выделений из уха разного цвета и консистенции, заложенность и зуд в ухе, головокружение. Клинические проявления и тяжесть поражения органа слуха при отомикозе у ВИЧ-инфицированных пациентов, несомненно, коррелируют с состоянием иммунного статуса, вирусной нагрузкой, стадией заболевания и длительностью болезни. У больных с резкой иммуносупрессией отмечались упорные рецидивы и рефрактерный ответ на фунгицидную терапию, вторичное бактериальное инфицирование. При кандидозных отитах у пациентов, длительно системно получающих антимикотические препараты, происходит формирование полирезистентности. Развитие отомикоза нередко происходит на фоне хронического диссеминированного кандидоза с поражением миндалин, глотки, языка, полости рта, пищевода, околоносовых пазух, себоррейного дерматита, норвежской чесотки, других оппортунистических инфекций (снижение  $CD4^+ < 50/mL$ ) — развернутой клинической картине СПИД. Течение отомикоза в таких случаях, как правило, длительное, с частыми обострениями.

Успех лечения отомикоза при ВИЧ-инфекции современными антимикотиками — полиеновыми антибиотиками, имидазольными производными — зависит от своевременной диагностики микотического поражения, определения чувствительности микобиоты к применяемым препаратам, оценки иммунного статуса пациента, контроля репликации ВИЧ высокоактивной антиретровирусной терапией. Общее лечение микотической инфекции необходимо сочетать с местным. Отрицательные повторные результаты микологических исследований являются достоверным критерием эффективности проводимого лечения, основная задача которого заключается в сохранении качества жизни пациента.