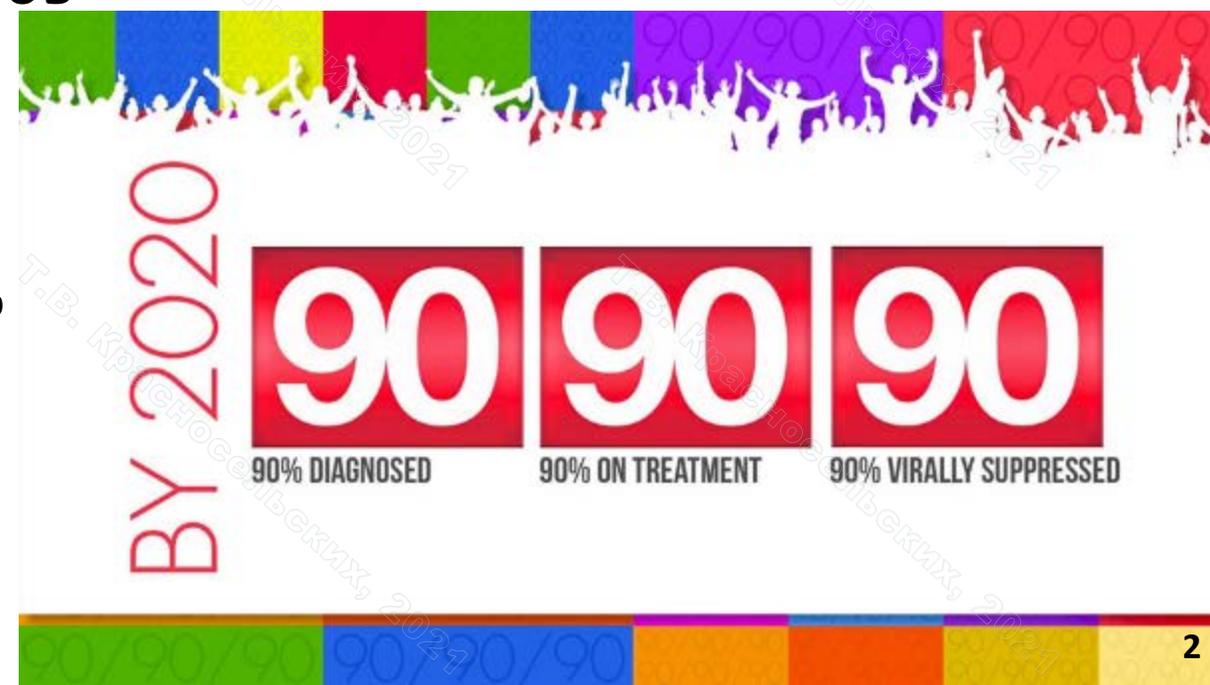


**ВИЧ-
АССОЦИИРОВАННЫЕ
ДЕРМАТОЗЫ**

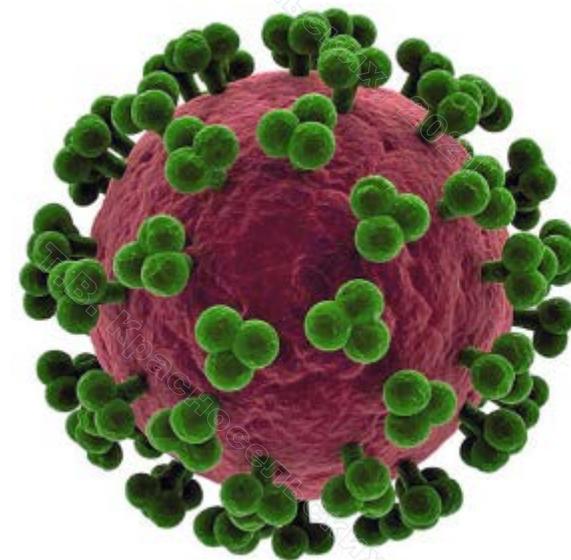
- По данным Федерального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом на 30.09.2021 г. общее число ВИЧ-инфицированных в РФ – **1,5 млн. (1 546 017)** чел., из них живы **1 132 087** чел.
- Заболеваемость в РФ в 2020 г. – **49,1** : 100000 (2019 г. – 64,5), распространенность – **752,8** : 100000
- 2020 г. – инфицировано **1,4%** населения в возрасте 15-49 лет; среди мужчин 35-44 лет – 3%, среди женщин 35-39 лет – 2,1%
- 2021 г. – **70,2%** вновь выявленных пациентов заразились при половых контактах, 28,3% – при употреблении наркотиков
- В 2021 г. на диспансерном учете – **68,0%** ЛЖВ, охват АРВТ – **55,5%** всех ЛЖВ и 81,6% состоявших на учете
- 2020 г. – среди получавших АРВТ у **75,1%** подтверждена эффективность лечения (подавлена вирусная нагрузка)



ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

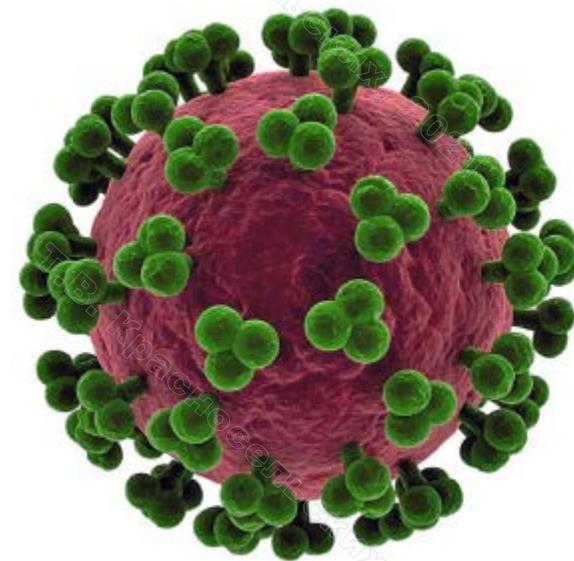
На разных стадиях ВИЧ-инфекции поражения
кожи наблюдаются у 90% пациентов

- **инфекционные**
 - вирусные
 - грибковые
 - бактериальные
 - паразитарные
- **неопластические**
- **неинфекционные**



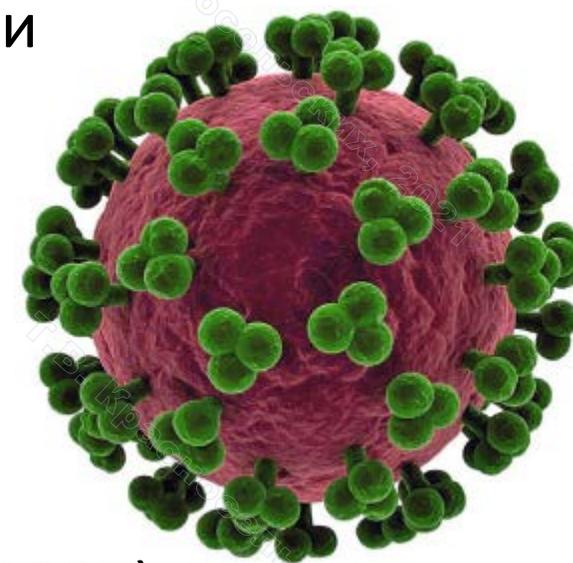
ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ:

- Редко встречающиеся при отсутствии ВИЧ-инфекции – саркома Капоши, волосатая лейкоплакия языка, бактериальный ангиоматоз
- Наблюдающиеся и при отсутствии ВИЧ-инфекции, но на ее фоне имеющие особенности клинической картины, течения и лечения



Российская классификация ВИЧ-инфекции (2006 г.):

- **Стадия 1** – инкубации (нет проявлений, нет антител, методом ПЦР можно обнаружить РНК или ДНК ВИЧ и/или р24-антиген – белок вирусного капсида)
- **Стадия 2** – первичных проявлений:
 - 2А. Бессимптомная (обнаружение антител)
 - 2Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний
 - 2В. Острая ВИЧ-инфекция со вторичными заболеваниями
- **Стадия 3** – субклиническая (лимфаденит ±, есть антитела, медленное прогрессирование иммунодефицита)
- **Стадия 4** – вторичных заболеваний: в зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют стадии
 - 4А (CD4+ <500 кл/мкл)
 - 4Б (CD4+ <350 кл/мкл)
 - 4В (CD4+ <200 кл/мкл)фазы прогрессирования и ремиссии (без АРВТ, на фоне АРВТ)
- **Стадия 5** – терминальная (необратимая, несмотря на АРВТ)

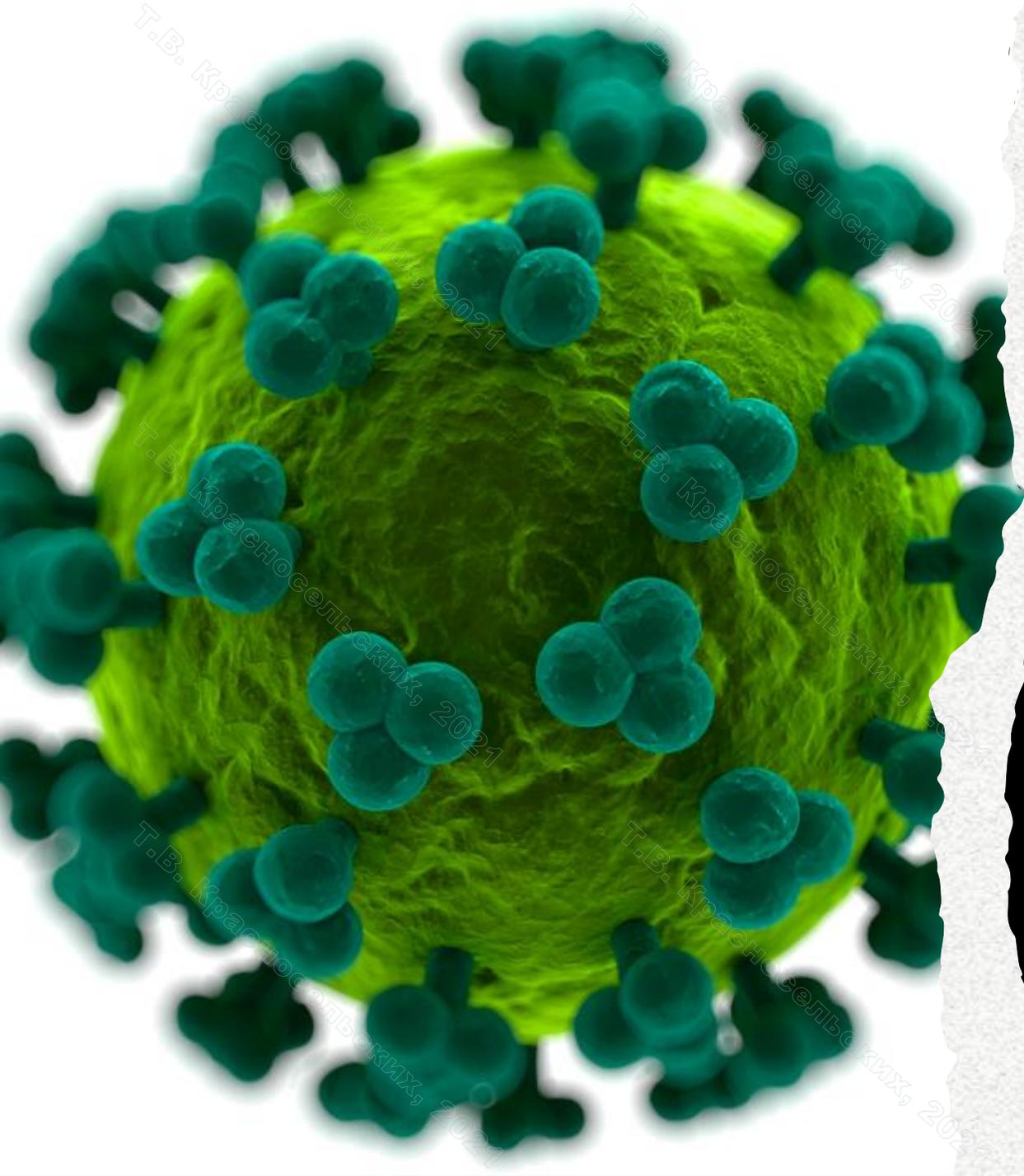


Экзантема на фоне острой ВИЧ-инфекции (острого ретровирусного синдрома)

- Первое клиническое проявление ВИЧ-инфекции, через 2-6 недель после заражения
- Мононуклеозоподобный синдром: лихорадка, полиаденит, фарингит, тонзиллит, миалгия, артралгия, диарея, тошнота и рвота, гепатоспленомегалия, снижение массы, неврологические симптомы
- Распространенная розеолезная или кореподобная сыпь, пурпура, крапивница – у 70-80% пациентов
- Сыпь обычно диссеминированная, преимущественно на коже туловища, лица, шеи, может быть зуд
- Множественные мелкие, болезненные эрозии и язвы слизистых оболочек рта и гениталий
- Сыпь существует 1–2 недели, разрешается бесследно
- Кандидозный стоматит – у 12%
- Диффузное выпадение волос







ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

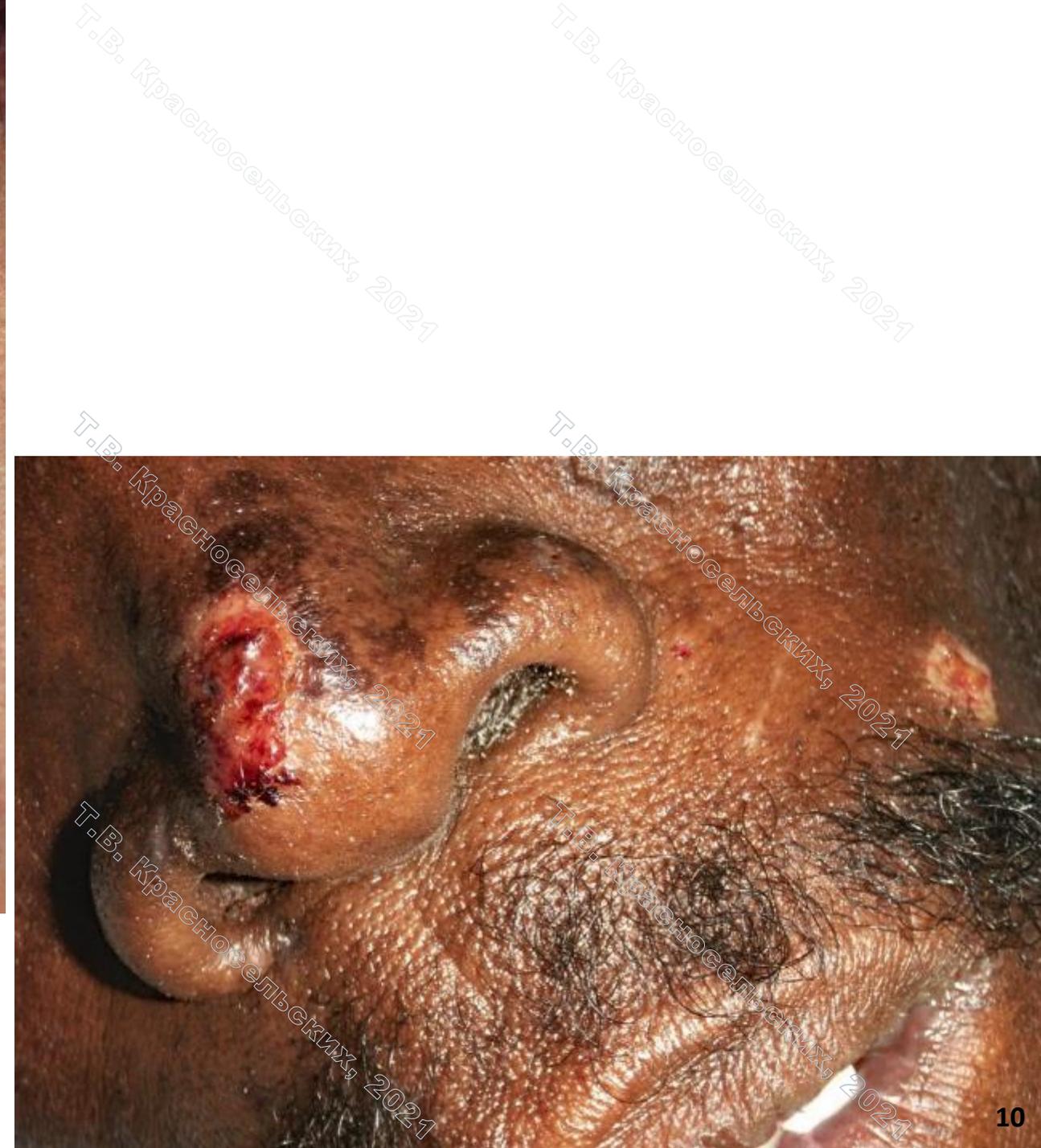
ПРОСТОЙ ГЕРПЕС

- Учащение (более 6 в год) и удлинение рецидивов наблюдается при количестве CD4+ клеток $<100/\text{мкл}$
- Торпидные, болезненные, вегетирующие язвы кожи и слизистых оболочек
- Преобладают поражения аногенитальной области, языка, но могут быть необычные локализации — голени, подмышечные впадины, кисти
- Миграция высыпаний
- Атипичные формы: геморрагическая, язвенно-некротическая, веррукозная, диссеминированная, генерализованная
- Бактериальная и кандидозная суперинфекция
- Резистентность к ацикловиру (снижена активность фермента тимидинкиназы) → фоскарнет, цидофовир





Хроническая язва (> 1 мес.) ушной раковины,
вызванная ВПГ-2





Т.В. Красносельских, 2021

Вегетирующие язвы, вызванные ВПГ-2



ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС

- Риск возникновения herpes zoster у ВИЧ-инфицированных пациентов в **7–15 раз** выше, чем у ВИЧ-негативных (реактивация латентной инфекции ВГ-3 на фоне снижения клеточного иммунитета)
- При $CD4+ < 400$ кл/мкл
- Возможно вовлечение нескольких дерматомов
- Атипичные формы: геморрагическая, язвенно-некротическая, веррукозная, диссеминированная, генерализованная
- Часто — присоединение вторичной бактериальной инфекции
- Резистентность к ацикловиру
- Тяжелая постгерпетическая невралгия
- Рецидивирование, особенно у молодых людей из групп риска





- ОГ может быть проявлением **воспалительного синдрома восстановления иммунитета** (immune reconstitution inflammatory syndrome, IRIS) — парадоксального возникновения/обострения инфекционных или неинфекционных заболеваний на фоне вирусологически эффективной АРВТ (обычно развивается при увеличении числа CD4+ клеток более $250/\text{мм}^3$)

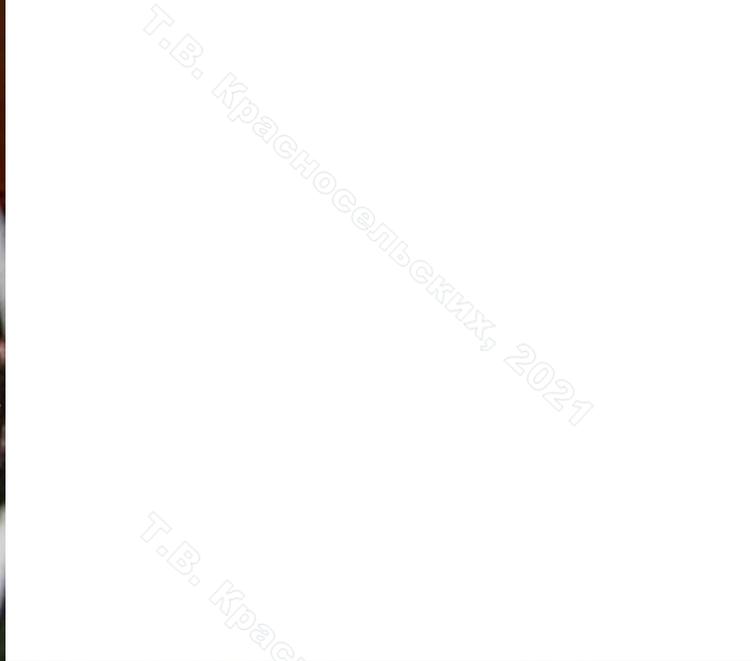


Веррукозные папулы при хронической VZV-инфекции на фоне СПИД₃

КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК

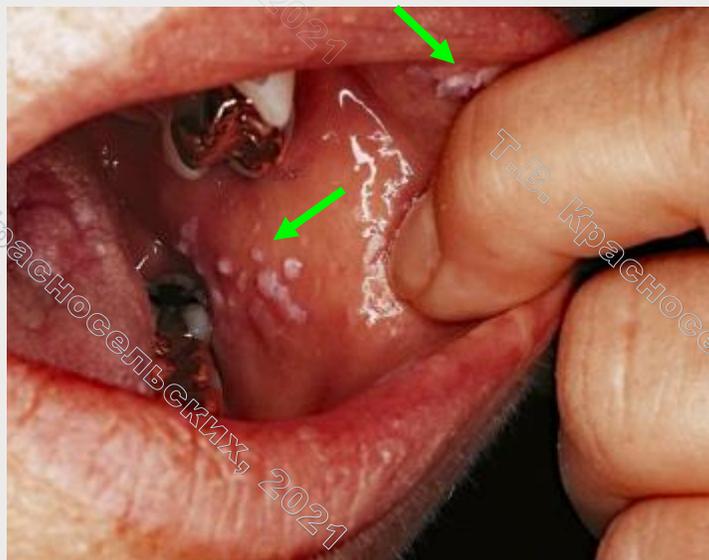
- Распространенность у ВИЧ-инфицированных — 5–18%, при уровне CD4+ клеток < 100/мкл — 33%
- ДНК-содержащий вирус семейства *Poxviridae*
- Возникает во взрослом возрасте
- Преимущественная локализация — лицо, шея, волосистая часть головы, аногенитальная область
- Высыпания обильные
- Элементы могут быть гигантскими (> 1 см), напоминающими кератоакантому
- Склонны к слиянию в массивные конгломераты, изъязвлению
- На фоне АРВТ возможен спонтанный регресс



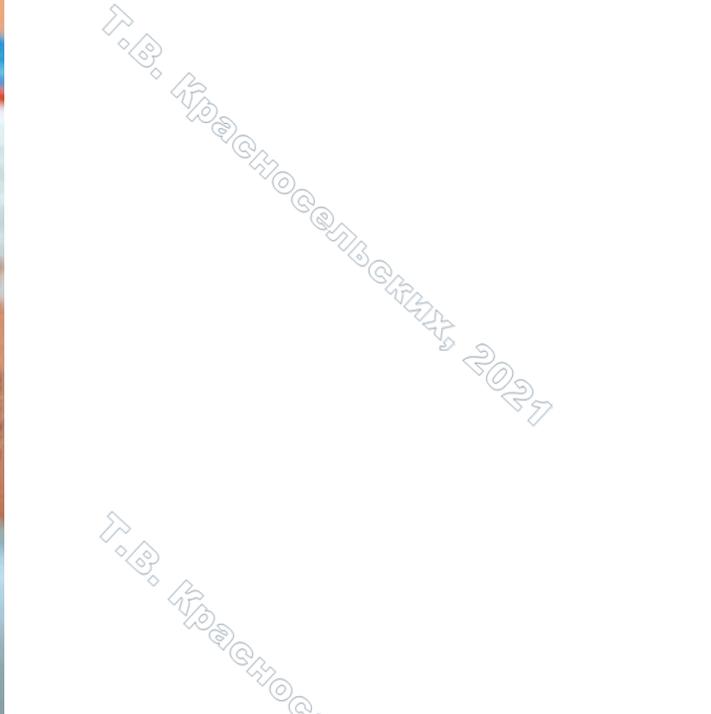
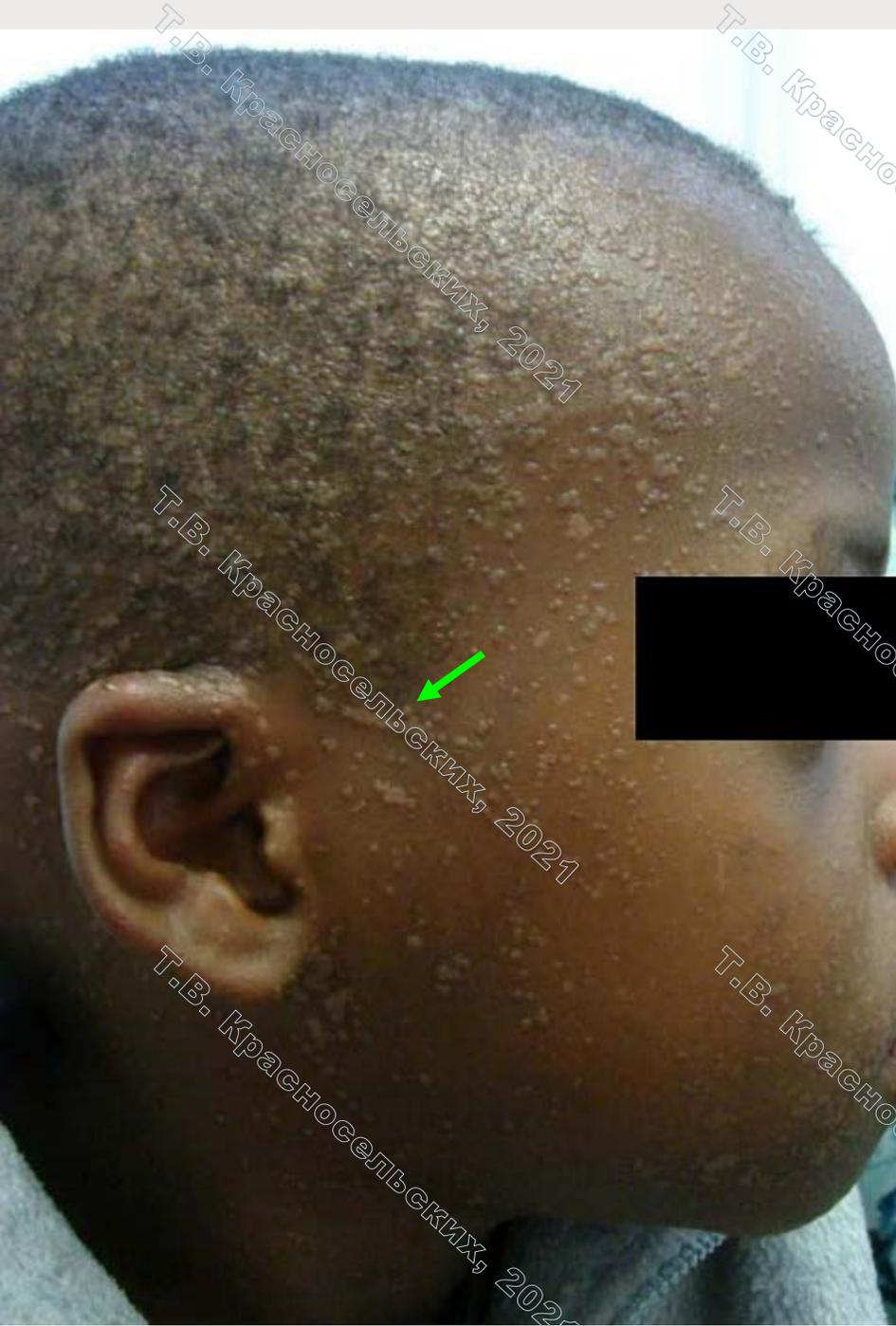


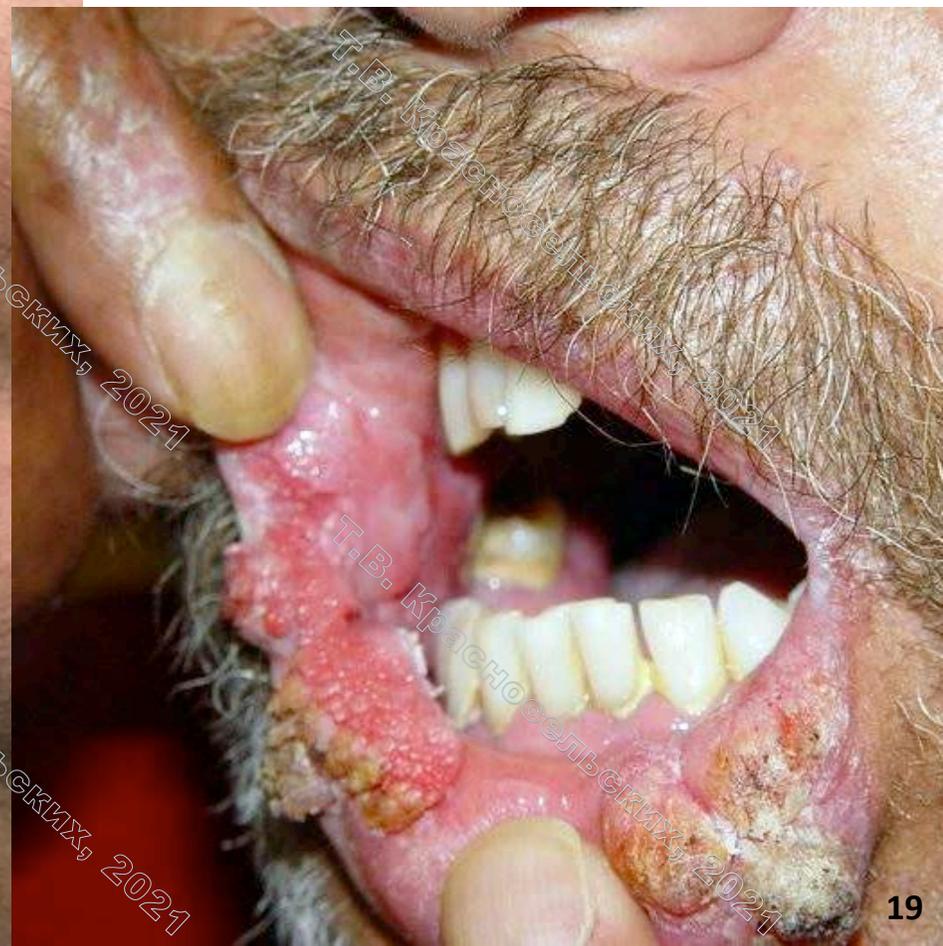
ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

- Высыпания обильные, распространенные, сливающиеся в крупные бляшки
- Атипичная локализация — слизистая оболочка рта
- Частые рецидивы после удаления (70% сл.)
- Возможно развитие плоскоклеточного рака кожи, шейки матки, ануса
- Назначение АРВТ не всегда приводит к разрешению, возможно даже распространение высыпаний (IRIS)









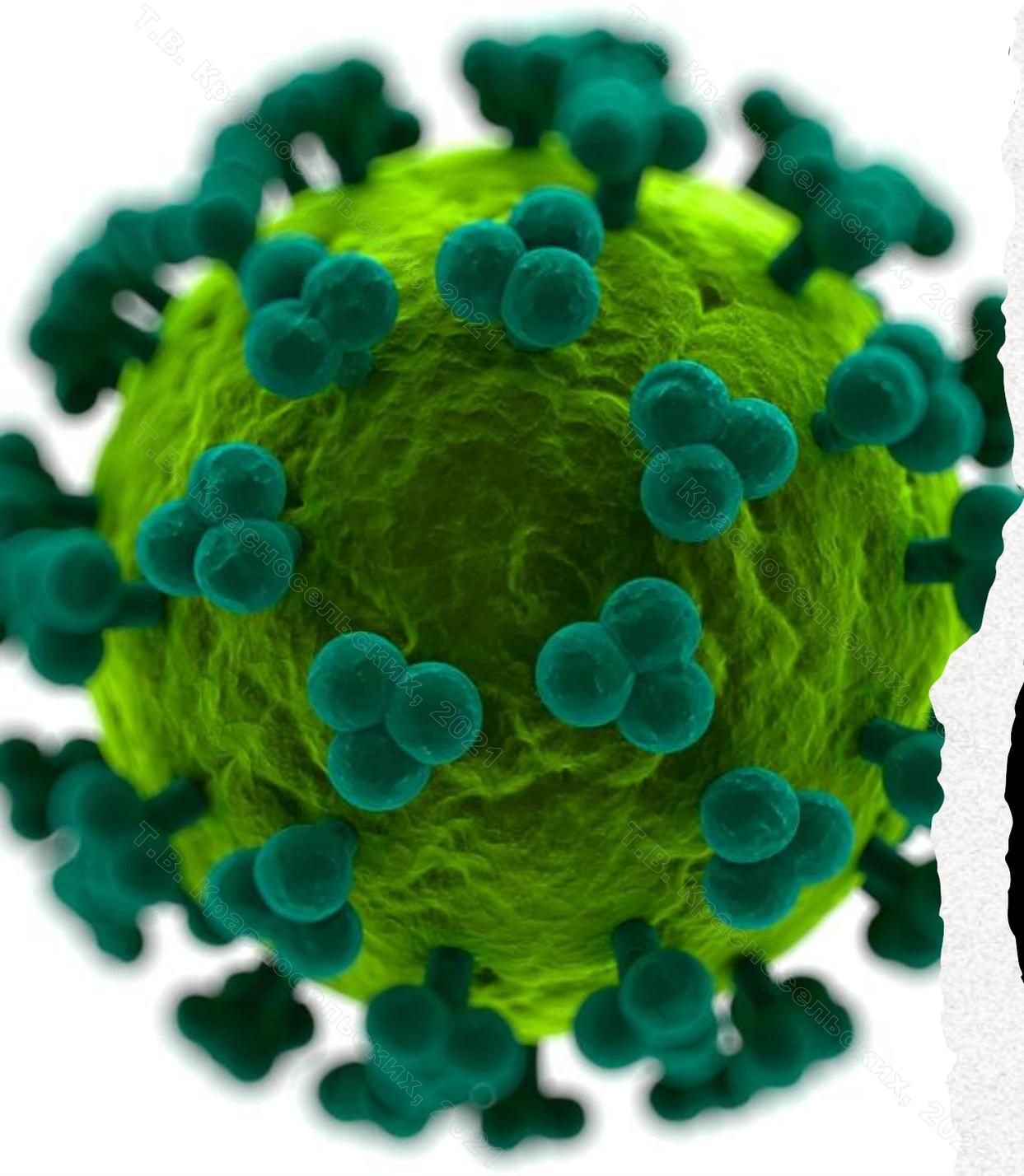


Развитие
плоскоклеточного
рака кожи

«ВОЛОСАТАЯ» ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

- Вирус Эпштейна–Барр (ВЭБ, ВГ-4) + *Candida*
- У 25% ВИЧ-инфицированных, но не патогномонична
- При CD4+ < 400 кл/мкл
- Репликация вируса в эпителии языка без лизиса клеток
- Одно- или двухстороннее поражение языка и слизистой оболочки щек
- Белесоватые безболезненные бляшки (параллельные полосы), не удаляющиеся шпателем, с шероховатой, «лохматой» поверхностью (ороговевшие сосочки языка)
- Патоморфология: **доброкачественная гиперплазия эпителия в виде тонких отростков**
- Терапия: ацикловир, фоскарнет
- Регрессирует на фоне АРВТ





МИКОЗЫ

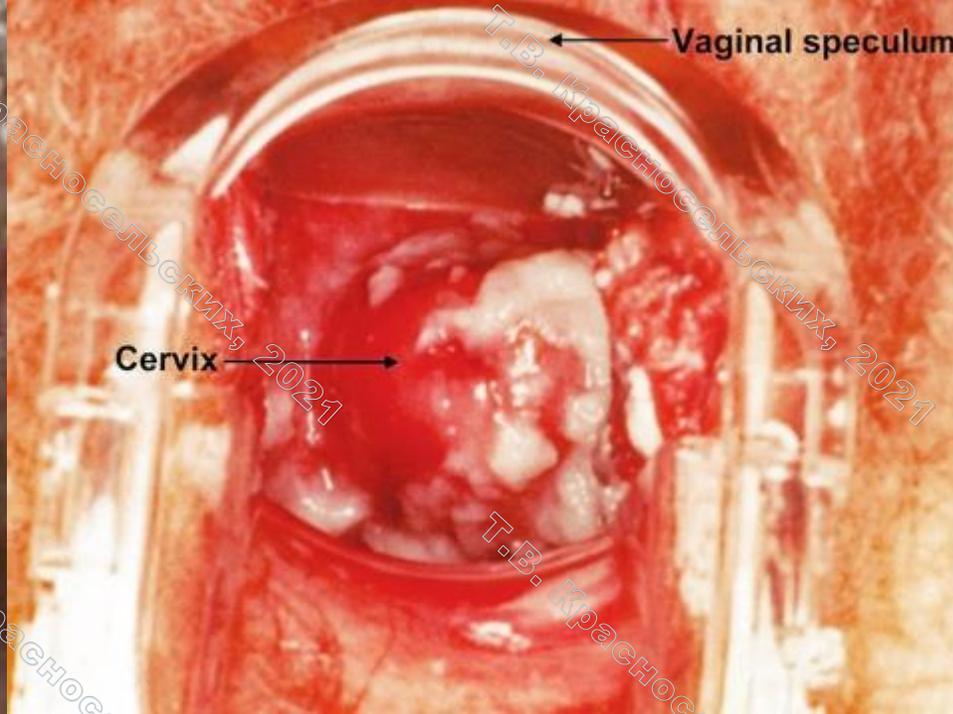
КАНДИДОЗ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК



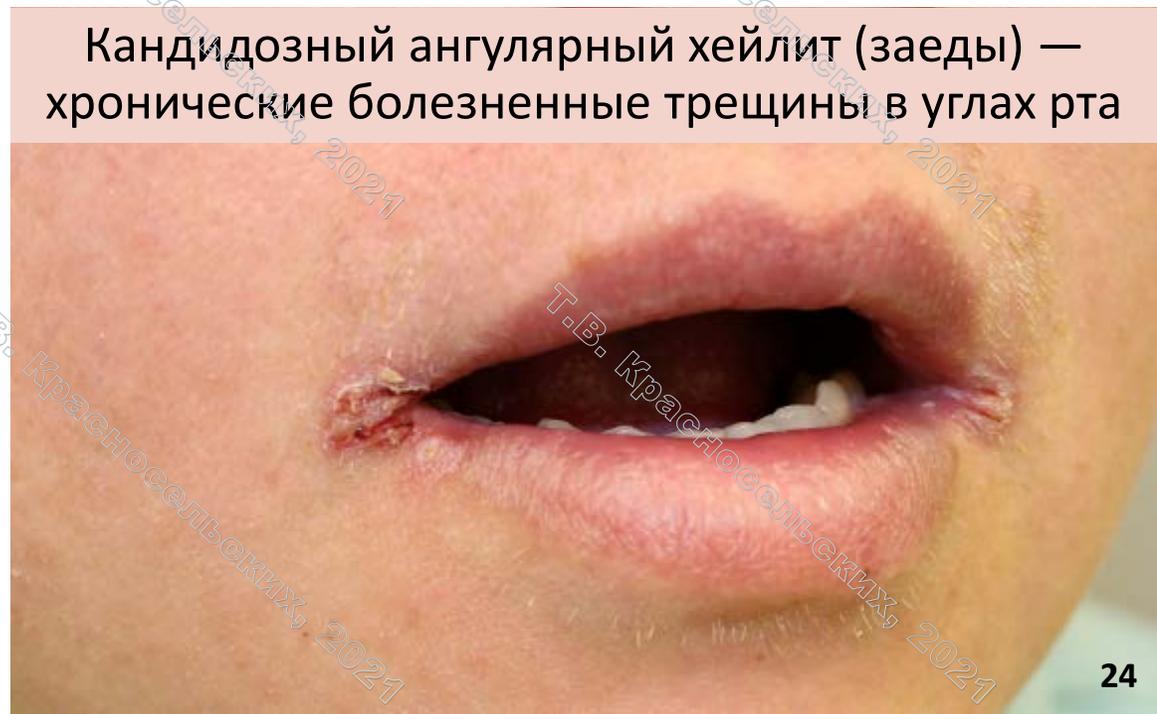
- При $CD4^+ < 300$ кл/мкл, тяжесть коррелирует с количеством Т-клеток
- У 40-60% ВИЧ-инфицированных — поражение СОР: псевдомембранозный кандидоз → хронический гиперпластический стоматит, хейлит
- Творожистый, легко снимающийся налет затем приобретает коричневатый оттенок и прочно удерживается на поверхности очагов, не удаляется механически тампоном или шпателем



Хронический вульвовагинальный кандидоз



Кандидозный ангулярный хейлит (заеды) — хронические болезненные трещины в углах рта



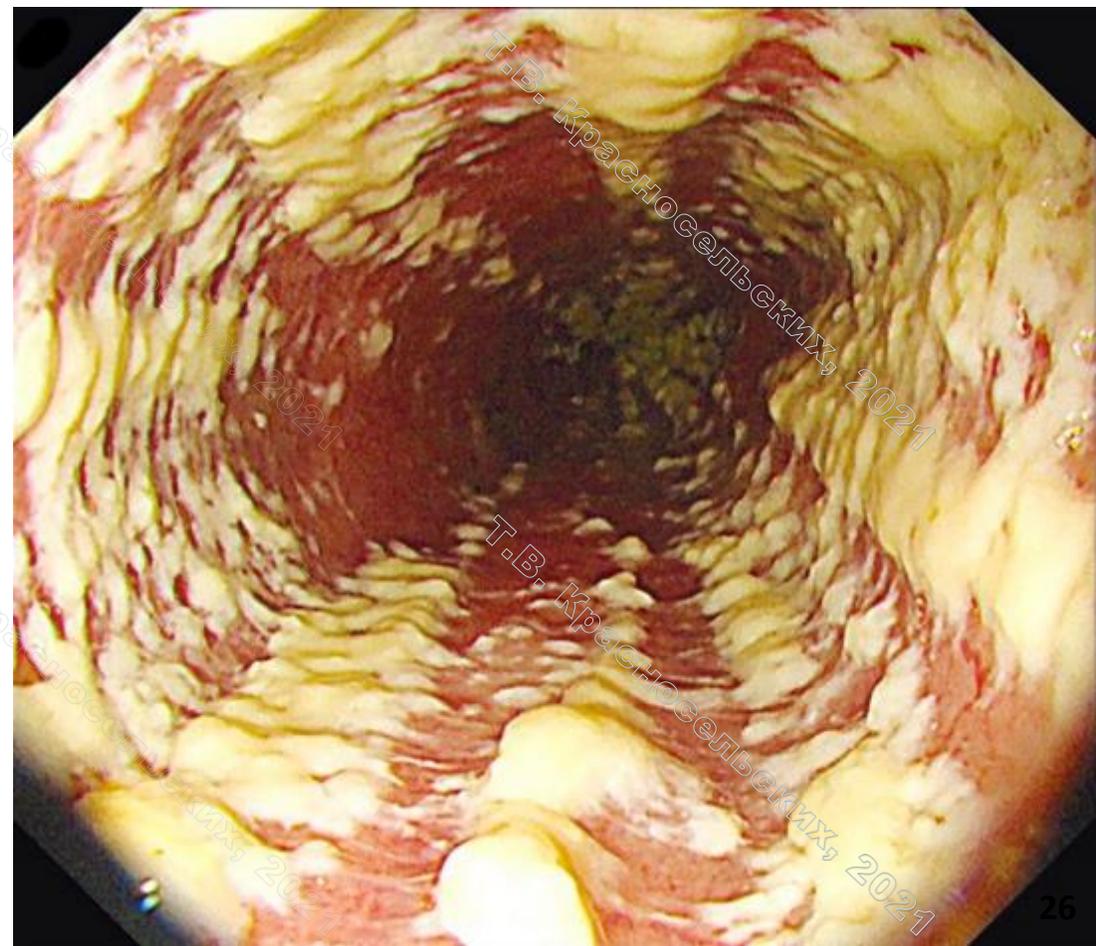


Хронические кандидозные паронихии и онихомикоз



Кандидоз крупных кожных складок

- Могут развиваться кандидозный ринит, тонзиллит, фарингит, эзофагит
- Боль и затруднение при глотании, боль за грудиной
- При эзофагоскопии: беловатые налеты, под ними — гиперемированная слизистая оболочка с эрозиями и изъязвлениями
- Может также развиваться поражение тонкого и толстого кишечника, трахеи, бронхов, легких и др.
- У пациентов с $CD4^+ < 50$ клеток/мкл наблюдают резистентность к традиционной терапии



МИКОЗЫ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ДЕРМАТОМИЦЕТАМИ



Распространенный микоз,
вызванный *Tr. rubrum*



Т.В. Красносельских, 2021



Т.В. Красносельских, 2021

Т.В. Красносельских, 2021

Т.В. Красносельских, 2021

Т.В. Красносельских, 2021

Проксимальный подногтевой ОНИХОМИКОЗ

- Гриб внедряется в матрикс ногтя из-под проксимального ногтевого валика и распространяется дистально под ногтевую пластину, в ложе, вызывая дистрофические изменения.

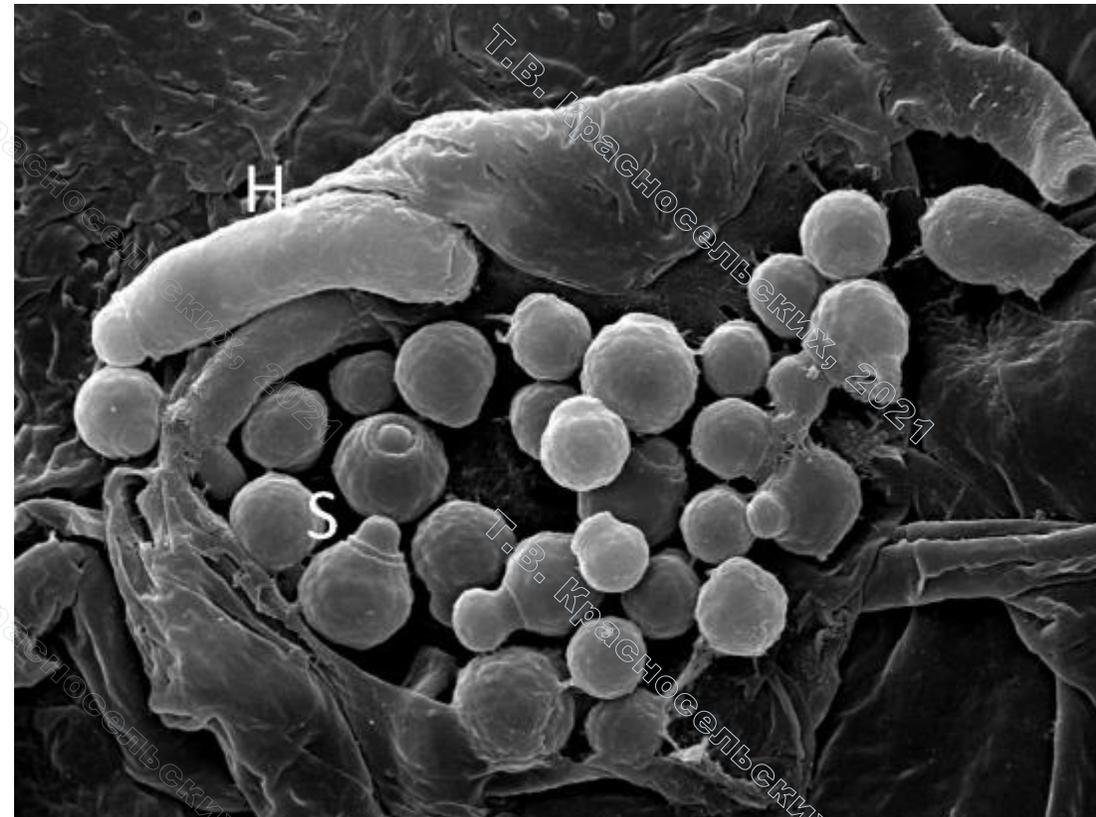
Поражению ногтя предшествует инфицирование кожи проксимального валика, эпонихиума

- При $CD4+ < 450$ кл/мкл
- Вблизи эпонихиума ноготь приобретает белую или желтую окраску
- Проксимальная часть ногтевой пластинки утолщается, становится рыхлой и деформируется
- Онихомадезис, болезненность
- Возбудители: *T. rubrum*, *Scopulariopsis brevicaulis*, *Fusarium* spp., *Aspergillus* ssp.



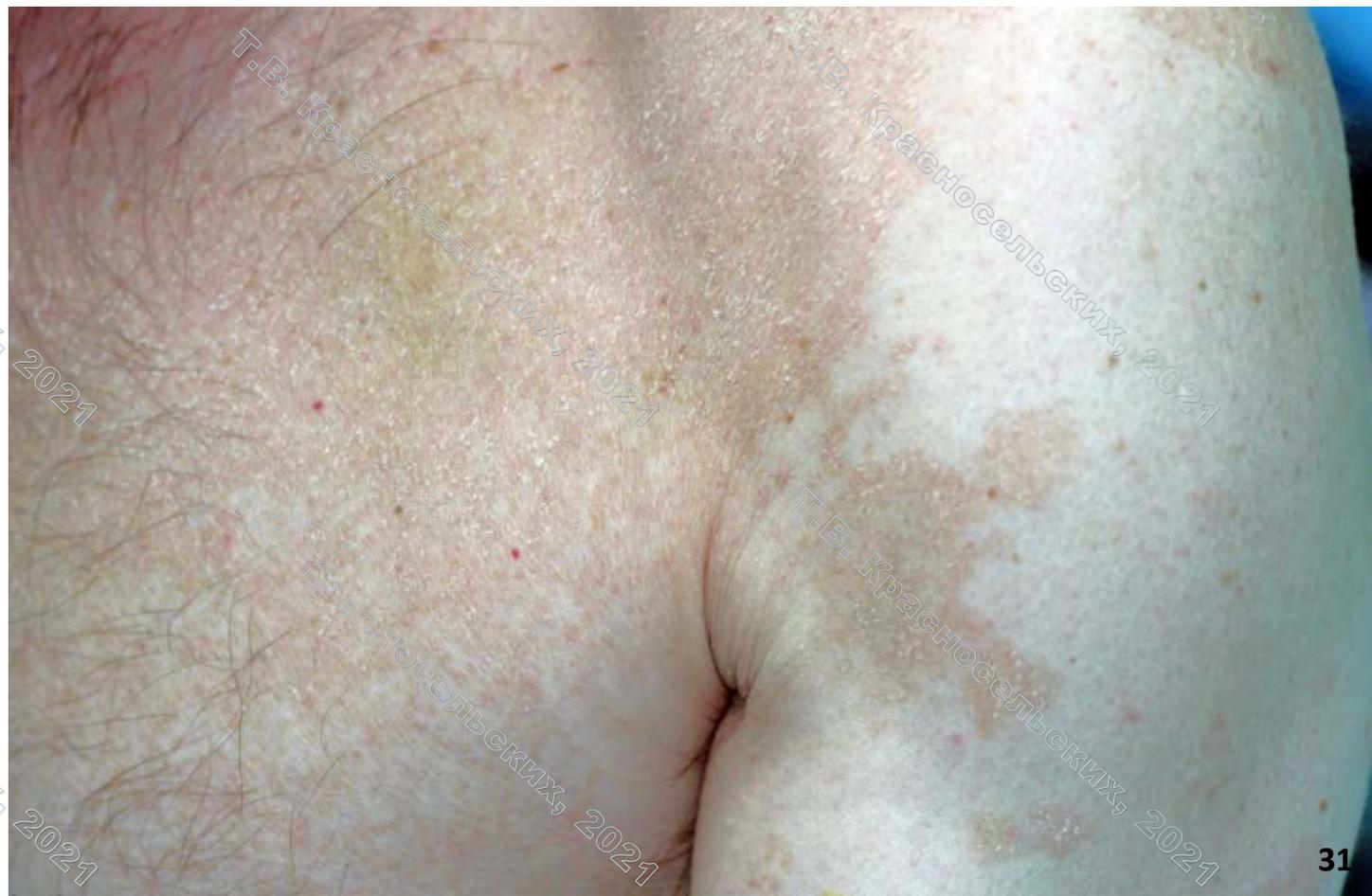
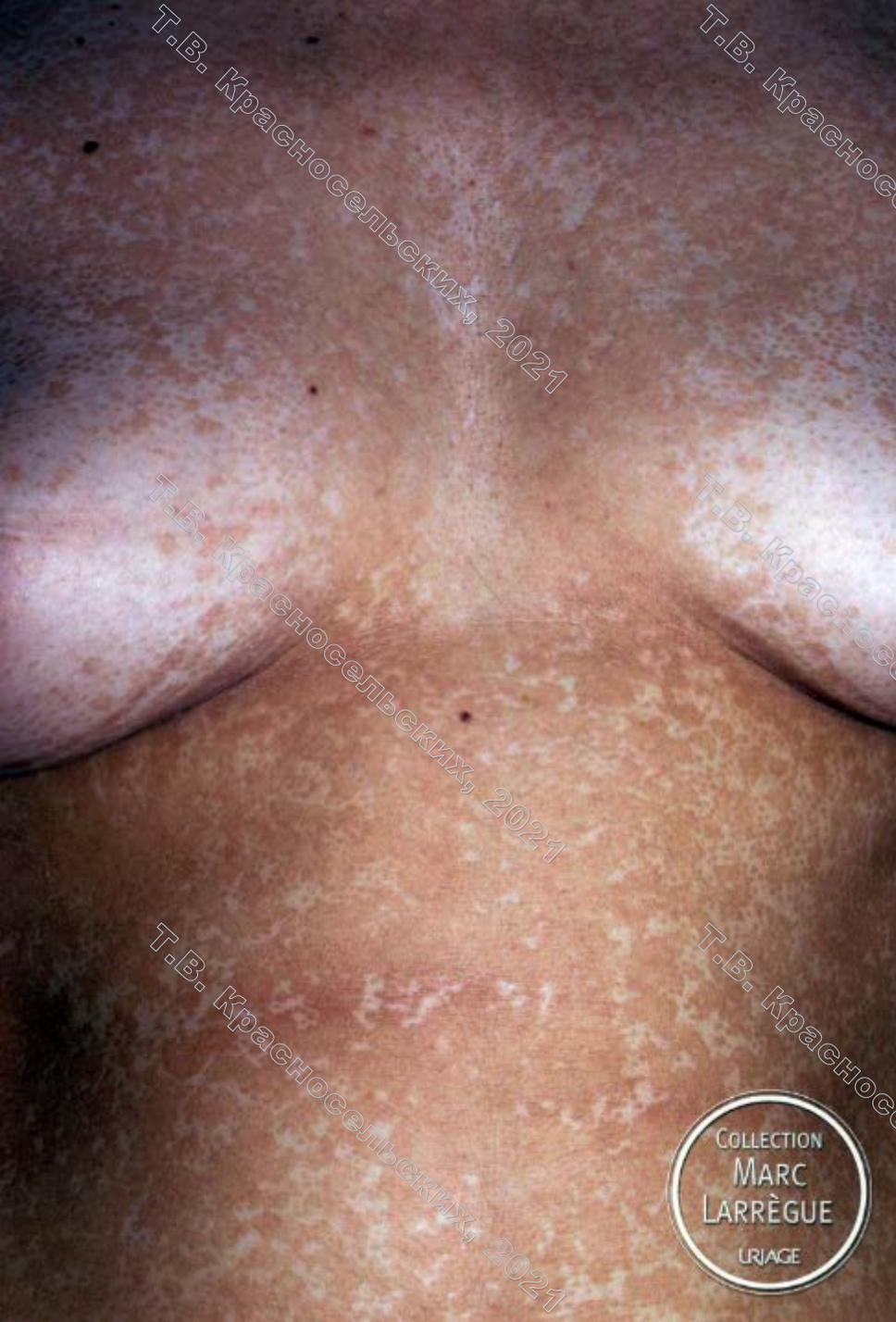
ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ГРИБАМИ РОДА *Malassezia*

- Род *Malassezia* — диморфные грибы, существующие в дрожжевой и нитчатой формах. Дрожжевая форма характерна для сапрофитического существования, мицеллярная форма — инвазивная
- Грибы рода *Malassezia* (*M. furfur*, *M. globosa*, *M. sympodialis* и др.) вызывают:
 - отрубевидный (разноцветный) лишай
 - себорейный дерматит
 - *Malassezia*-фолликулит
- Грибы рода *Malassezia* липофильны (утилизируют липиды, липопротеины и гликолипиды), поэтому концентрируются вокруг сальных желез



Грушевидные клетки (S) и гифы (H) грибов р. *Malassezia* в роговом слое эпидермиса

Отрубевидный (разноцветный) лишай





Себорейный дерматит



- Наблюдается у 40–80% ВИЧ-инфицированных (в общей популяции — 10%), при $CD4+ < 500$ кл/мкл
- Грибы р. *Malassezia* (*M. restricta* и *M. globosa*) + диссеборейное состояние + иммуносупрессия
- Кожа ярко-розового цвета, с желтоватым оттенком, отечна, шелушение, трещины, наслоения жирных чешуйко-корок
- Выраженный зуд, болезненность



- Распространенный эксфолиативный процесс вплоть до эритродермии
- Отек, мокнутие в крупных складках
- Микровезикуляция, часто присоединяется пиококковая и кандидозная флора
- Интоксикация, полиаденит



Malassezia-фолликулит

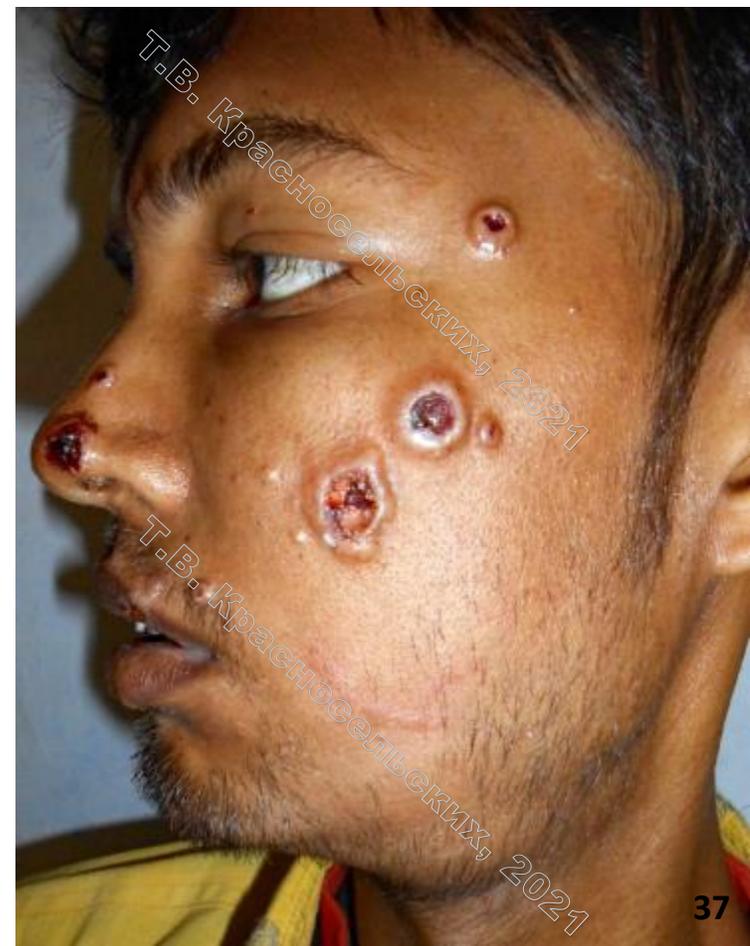


- Размножение грибов р. *Malassezia* в волосяных фолликулах → воспаление
- Мелкие рассеянные фолликулярные папулы, покрытые жирными чешуйками, мелкие фолликулярные пустулы
- Умеренный зуд
- Торпидное течение
- Может сочетаться с типичными проявлениями себорейного дерматита или разноцветного лишая в характерных локализациях

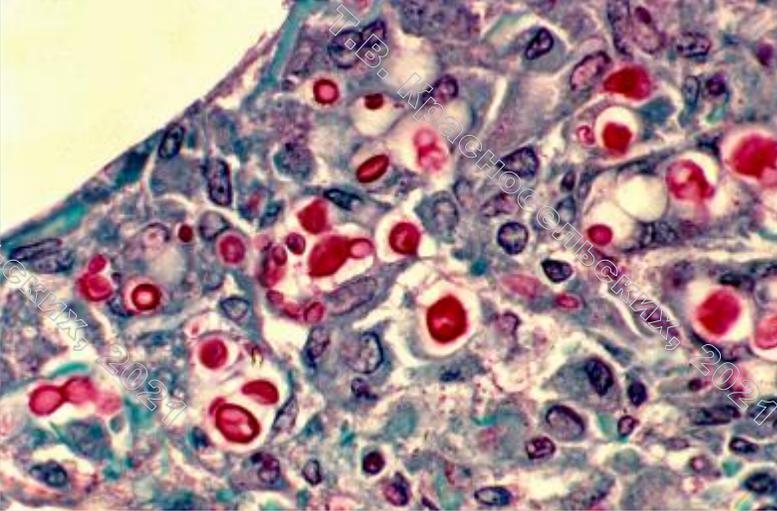


Криптококкоз кожи

- Возбудитель — патогенный дрожжеподобный гриб *Cryptococcus neoformans*, содержится в почве, помете птиц, заражение ингаляционное
- Наиболее часто поражаются ЦНС (менингоэнцефалит), легкие, кожа, может быть диссеминированный вариант микоза



- У 10-20% больных диссеминированной формой — распространенные множественные папулы, пустулы полушаровидной формы с восковидным блеском и пупкообразным западением, напоминающие контагиозный моллюск
- Диагностика — микроскопия и посев ЦСЖ, крови, определение криптококкового Ag в крови и ЦСЖ (ИФА, латекс-агглютинация), патоморфологическое исследование с окраской альциановым синим, муцикармином, тушью), МРТ и КТ головного мозга, легких



C. neoformans в ткани легкого. Окраска муцикармином позволяет выявить внутреннюю капсулу гриба, содержащую мукополисахариды



Гистоплазмоз кожи

- Возбудитель — диморфный гриб *Histoplasma capsulatum*, содержится в почве, помете птиц или летучих мышей, заражение ингаляционное

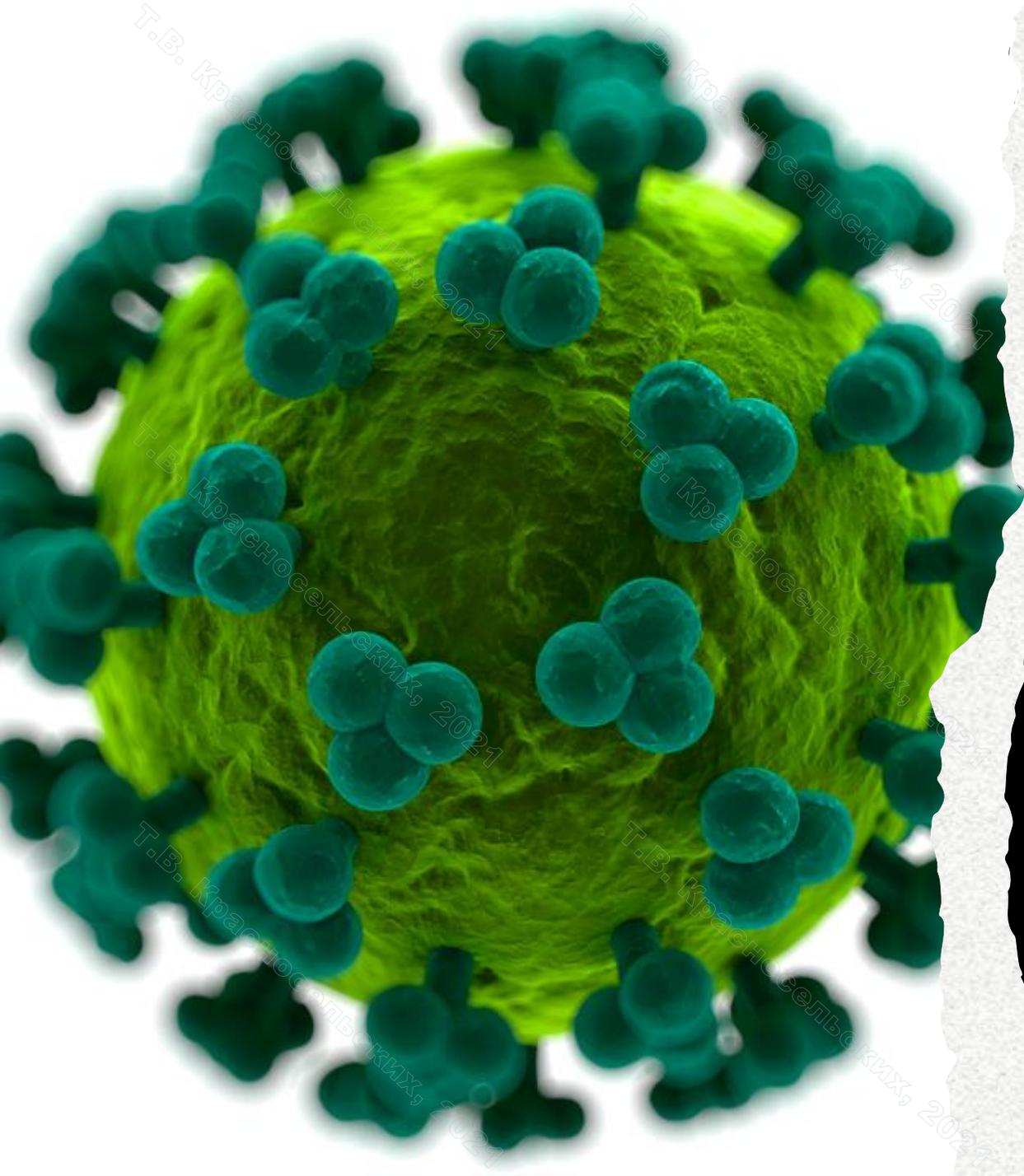


- Поражает легкие, суставы, кожу; у пациентов с иммунодефицитом — диссеминированный вариант микоза с поражением ЦНС
- Неспецифичные пятнистые, папулезные, папуло-некротические, акнеиформные, узловатые высыпания, язвы
- Диагностика — патоморфологическое исследование с импрегнацией по Gomori-Grocott, PAS-методом; микроскопия и культуральное исследование материала из очагов поражения; определение антигена *Histoplasma capsulatum* в крови, моче, ЦСЖ (радиоиммунный метод, ИФА) или антител в сыворотке; МРТ и КТ головного мозга, легких



Histoplasma capsulatum, окр. по Gomori-Grocott



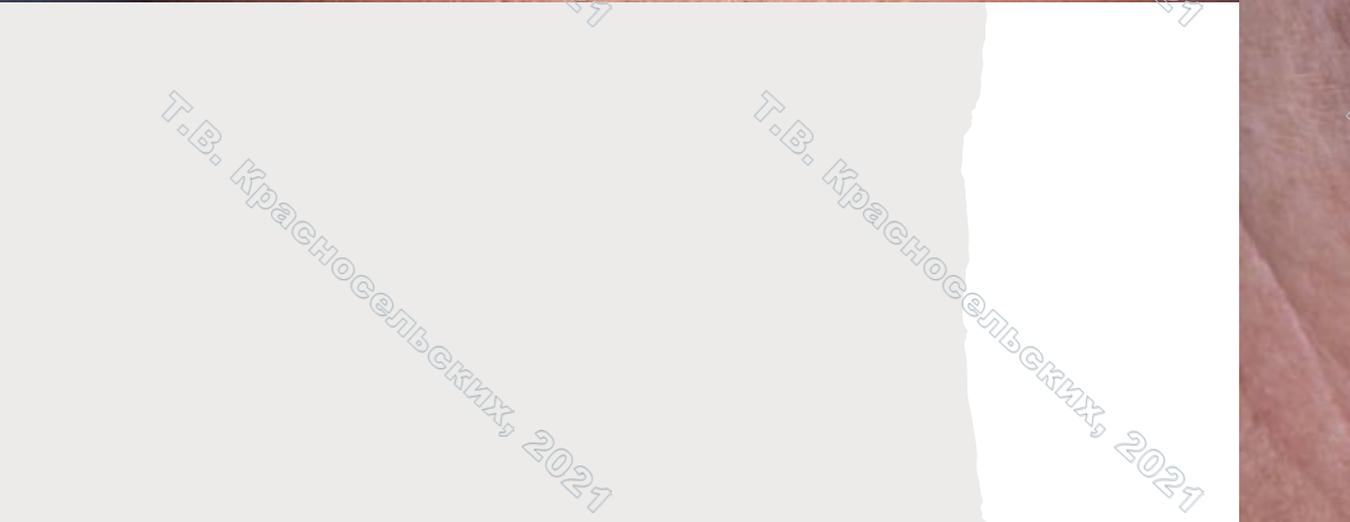


БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

ПИОДЕРМИИ

- *Staphylococcus aureus*, стрептококки групп А, В, С, D и G — наиболее часто встречающиеся бактериальные патогены у ВИЧ-инфицированных, фолликулиты могут вызывать также *Micrococcus ssp.*, *Acinetobacter baumannii* (Грам–)
- Распространенные акнеiformные фолликулиты, нередко на фоне диффузной эритемы, зудящие → эксфолиация, экзематизация
- Пиококковые фолликулиты необходимо дифференцировать с фолликулитами, вызванными *Malassezia*, *Demodex* и лекарствами (индинавир)
- Глубокие пиодермии — распространенный хронический (> 2 мес.) фурункулез, карбункул, множественные эктимы, шанкриформная пиодермия
- Осложнения: абсцесс, флегмона, остеомиелит, менингит, менингоэнцефалит, тромбоз венных синусов, сепсис
- Инфекции кожи, вызванные метициллин-резистентным *S. aureus* (MRSA) встречаются в 6 раз чаще, чем в общей популяции







БАКТЕРИАЛЬНЫЙ АНГИОМАТОЗ

- Впервые описан в 1983 г. у ВИЧ-инфицированных, после внедрения в практику АРВТ стал встречаться редко
- Грам- бактерии *Bartonella henselae* (возбудитель болезни кошачьих царапин) и *B. quintana* (возбудитель окопной, или волынской, лихорадки) стимулируют пролиферацию эндотелия и рост капилляров
- Возникает при уровне CD4+ < 200 клеток/мкл
- Единичные или множественные пурпурные папулы разного размера, сферические, на ножке, могут кровоточить, изъязвляться, напоминают гранулему телеангиэктатическую (пиогенную)
- Воспалительные отечные болезненные узлы \varnothing 2–6 см, могут изъязвляться, напоминают проявления саркомы Капоши
- Персистирующая лихорадка, поражение лимфатических узлов, костей, печени

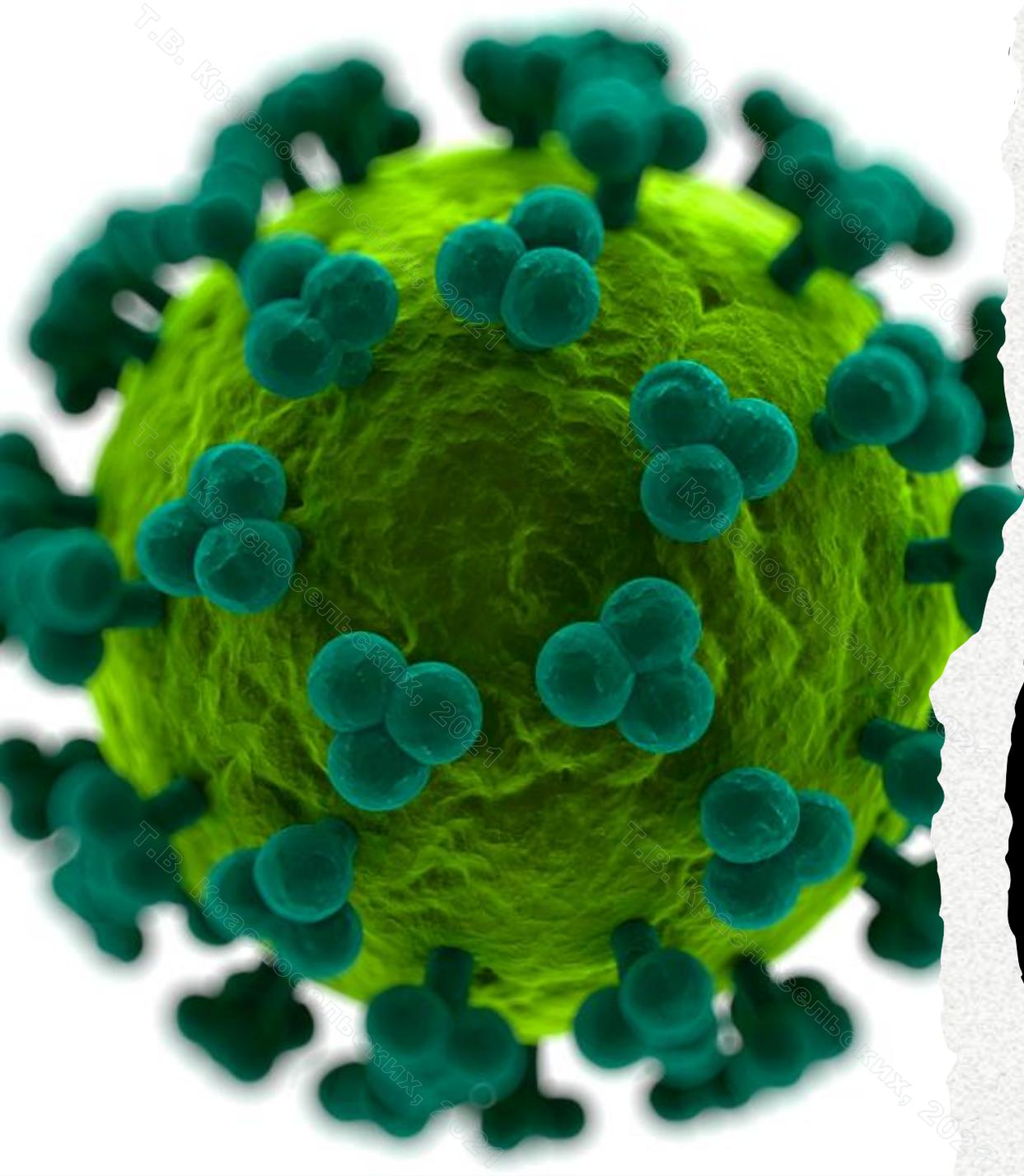




МИКОБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

- Вызванные *Mycobacterium tuberculosis*:
 - очаговый туберкулез кожи (туберкулезная волчанка, скрофулодерма)
 - диссеминированный туберкулез кожи (папуло-некротический, индуративный = эритема Базена)
- Вызванные атипичными микобактериями (*M. avium*, *M. haemophilum*, *M. kansasii*)





ИНВАЗИИ

КОРКОВАЯ («НОРВЕЖСКАЯ»)

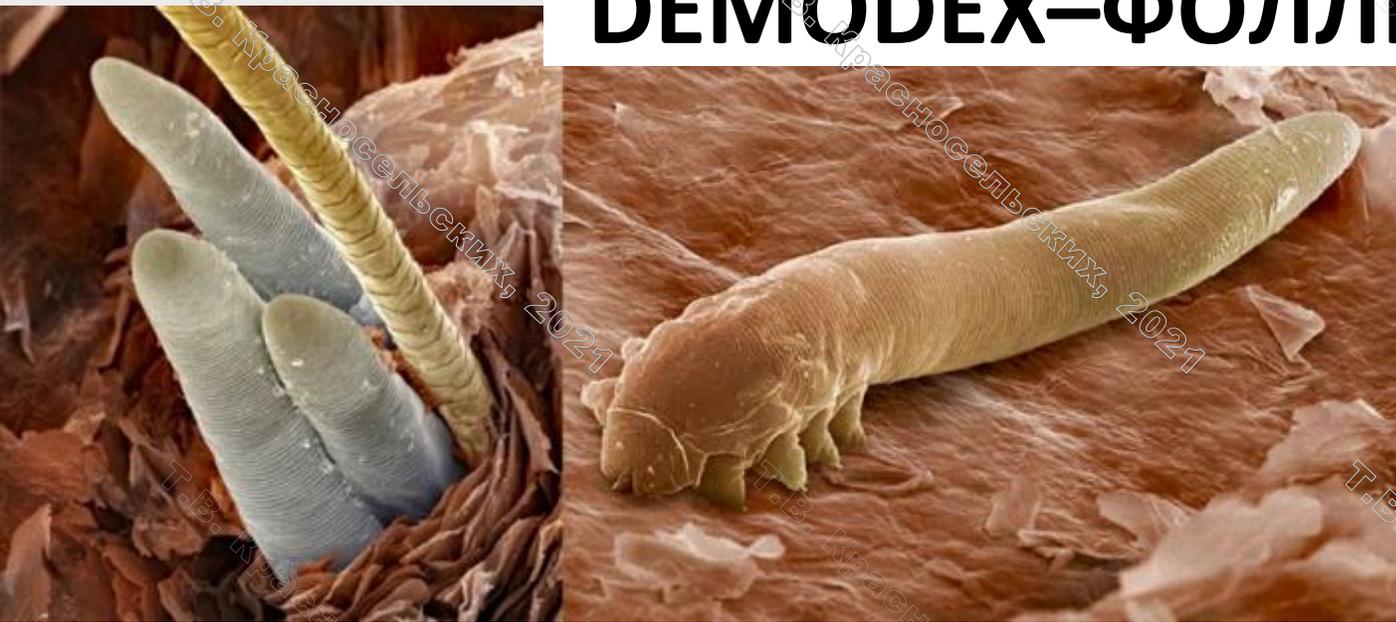
ЧЕСОТКА

- Развивается при снижении CD4+ Т-клеток < 200/мкл
- Распространенность высыпаний — вплоть до эритродермии
- Бляшки, покрытые грязно-желтыми, серыми или бурыми корками толщиной до 2-3 см, с болезненными трещинами, зернистыми, напоминающими песчинки чешуйками
- Корки плотно фиксированы, удаление их болезненно, после снятия обнажаются эрозии
- Кроме корок — типичные папулы и везикулы
- Атипичная локализация высыпаний
- Могут поражаться ногти
- Зуд незначительный или отсутствует, расчесов нет (анергия)
- При бактериальной суперинфекции — симптомы интоксикации, увеличение периферических лимфатических узлов
- Количество клещей до 200 на см²





DEMODEX–ФОЛЛИКУЛИТ



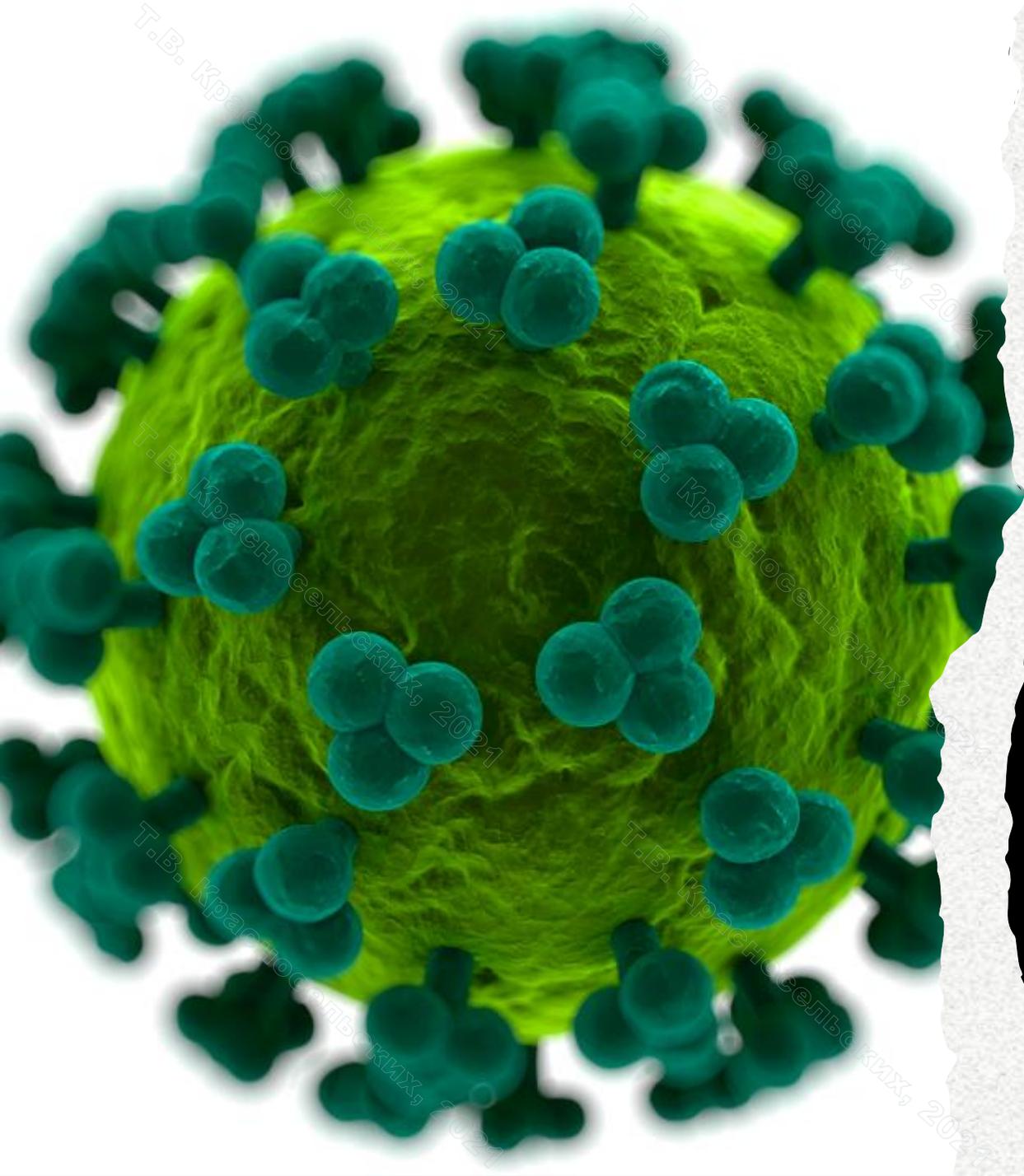
- Клещи-железницы ***D. folliculorum*** (паразитирует в устьях волосяных фолликулов выше протока сальной железы) и ***D. brevis*** (в самих сальных и мейбомиевых железах) питаются кожным салом, длиной 0,2-0,5 мм
- В одном фолликуле обитает 2-6 клещей
- Зуд, жжение, сгруппированные папулы, пустулы щек, лба, периоральной области, ушных раковин, шеи
- Блефарит, блефароконъюнктивит, эписклерит, краевой кератит





- Высыпания дискретные
- Отсутствуют комедоны
- Отсутствует диффузная эритема
- Высыпания асимметричны





ОПУХОЛИ

САРКОМА КАПОШИ

Мультицентрическая злокачественная низкокодифференцированная опухоль, развивающаяся из эндотелия кровеносных сосудов, ассоциированная с вирусом герпеса человека 8 типа и характеризующаяся преимущественно поражением кожи, слизистой оболочки, внутренних органов и лимфатических узлов

- 4 типа: классический, эндемический, иммуносупрессивный, эпидемический
- Риск развития саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированных в 20000 раз выше, чем в популяции в целом, и в 300 раз выше, чем у лиц с другими нарушениями иммунитета
- Болеют чаще мужчины гомо- и бисексуальной ориентации, средний возраст начала — 20-40 лет
- Саркома Капоши — самая распространенная СПИД-ассоциированная опухоль у мужчин, наблюдается у 20% больных СПИДом



САРКОМА КАПОШИ (ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ТИП)



- Возраст (молодой или средний)
- Преимущественная локализация — лицо, ушные раковины, волосистая часть головы, слизистая оболочка рта, гениталии
- Пурпурные пятна, папулы, узлы → язвы
- Овальные и веретенообразные очертания, расположение вдоль линий Лангера
- Распространение высыпаний «сверху вниз»
- Яркость окраски
- Быстрая диссеминация
- Быстрая генерализация с поражением лимфоузлов и внутренних органов (легких, ЖКТ)



- Риск развития БКР у ВИЧ-инфицированных в 1,8-2,3 раза выше, чем в общей популяции, ПКР — в 5,4 раза
- ПКР часто ассоциирован с ВПЧ-инфекцией — аногенитальная, оральная локализация
- Более молодой возраст больных
- Многоочаговость
- При ПКР выше риск рецидивов и метастазирования, течение БКР без особенностей

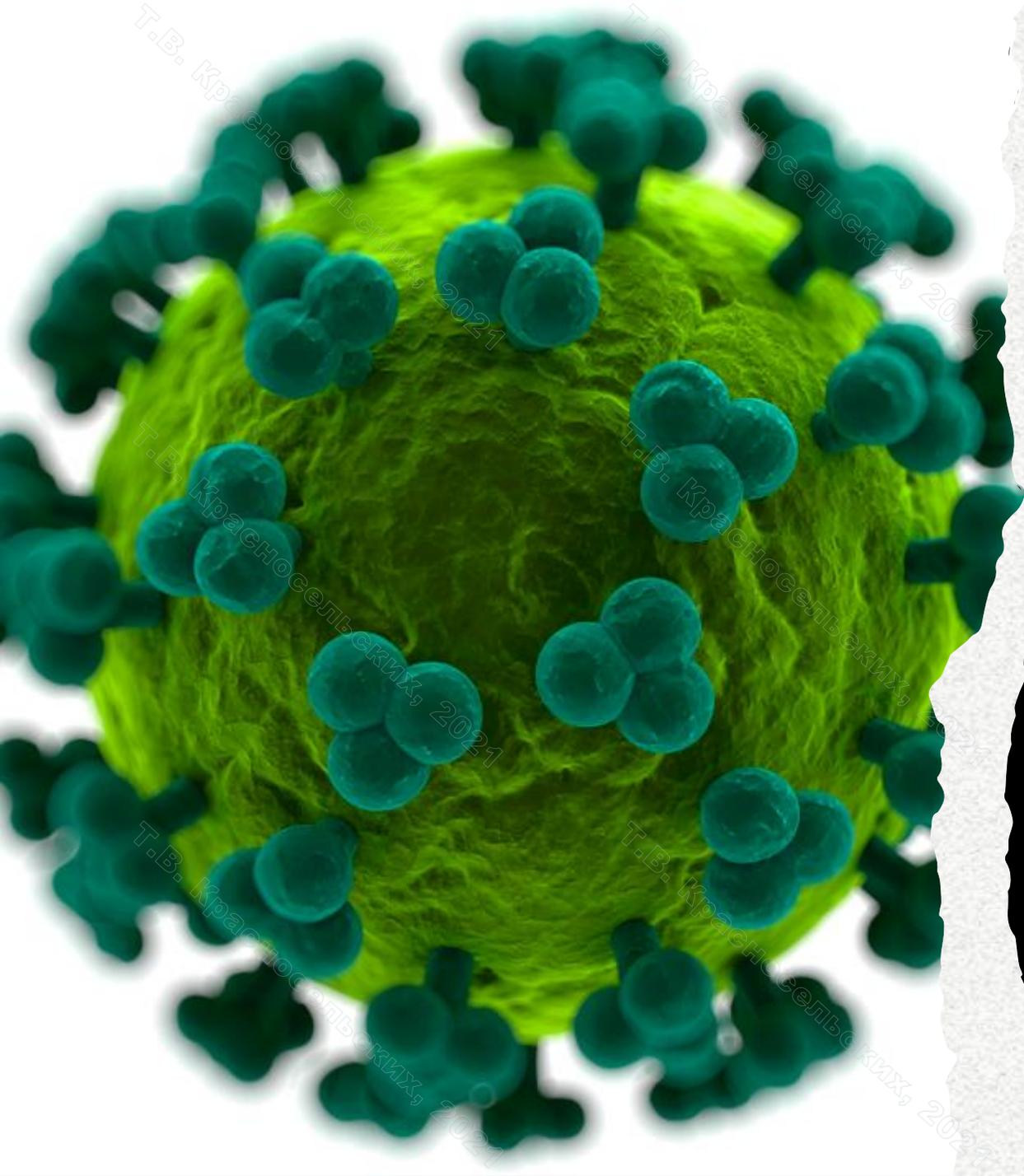


- Меланомы часто множественные
- Часто метастазируют
- Прогноз пессимистический



- У пациентов с выраженным иммунодефицитом развиваются лимфомы кожи, чаще В-клеточные
- В 50% случаев В-клеточные лимфомы у ВИЧ-инфицированных ассоциированы с ВЭБ
- Реже наблюдают Т-клеточные лимфомы, особенно грибовидный микоз





НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Псориаз



- Псориаз у ВИЧ-инфицированных встречается не чаще, чем в популяции, но отличается более тяжелым течением, большой распространенностью, атипичными проявлениями, поражением суставов, резистентностью к терапии
- Развивается инверсный, ладонно-подошвенный, рупиоидный, генерализованный пустулезный псориаз или эритродермия
- Характерно сочетание нескольких клинических форм у одного пациента
- Тяжелое поражение волосистой части головы
- Возможно обострение псориаза на фоне IRIS





Эозинофильный фолликулит

- Фолликулярные папулы и пустулы \varnothing 3-5 мм с эритематозным венчиком, группирующиеся, часто эксфолиированные
- Сильный зуд
- Преимущественно локализуются на волосистой части головы, лице, шее, верхней части туловища
- Обычно развивается при $CD4^+ < 250-300$ кл/мкл
- Эозинофилия в крови и содержимом пустул, культуральное исследование не информативно
- Высыпания существуют 7-10 дней, регрессируют, оставляя гиперпигментацию, затем рецидивируют с периодичностью в 3-4 недели, обостряются на фоне IRIS



Предполагаемый патогенез:
гиперергическая реакция на
Malassezia, *Demodex* или другие
микроорганизмы, присутствующие в
устье волосяного фолликула в норме

Токсикодермии

- При CD4+ < 200 клеток/мкл риск токсикодермий увеличивается в 10 раз и более
- Основные группы препаратов:
 - антиретровирусные препараты (ННИОТ: эфавиренз, абакавир, невирапин; НИОТ: ламивудин, зидовудин)
 - ко-тримоксазол (на 8-12 день лечения у 50-60% пациентов)
 - противотуберкулезные препараты (изониазид, рифампицин и пиразинамид)
 - антибактериальные препараты (азитромицин)
- Чаще всего встречаются пятнисто-папулезная (кореподобная) сыпь, фиксированная токсикодермия, а также крапивница, васкулиты, эксфолиативная эритродермия, DRESS-синдром
- В 1000 раз чаще, чем в популяции, встречаются синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз
- Лечение не отличается от лечения пациентов без ВИЧ-инфекции



Абакавир



Ко-тримоксазол



Лекарственно-индуцированный
и гепатит С-ассоциированный
аллергический васкулит



Лихеноидная токсикодермия = медикаментозный
красный плоский лишай (тенофовир)



DRESS

- D** — Drug
- R** — Reaction with
- E** — Eosinophilia and
- S** — Systemic
- S** — Symptoms



DRESS





- **Ксероз** (20-30% пациентов с ВИЧ-инфекцией, ассоциирован с низким уровнем CD4+ клеток или лечением ингибиторами протеаз, особенно индинавиром)
- **Кожный зуд** (30% пациентов)
- **Приобретенный ихтиоз**

Pruritic papular eruption (PPE)

- Мелкие папулы телесного цвета или красноватые, полушаровидные, плотные, гладкие, не сливающиеся, от единичных до сотен элементов
- Экскориации, пруригинозные высыпания, вторичная поствоспалительная гиперпигментация
- **Интенсивный зуд**
- Преимущественная локализация — верхняя часть туловища, конечности
- Эозинофилия, \uparrow IgE, \uparrow IL-4 и IL-5
- Патоморфология: периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов и эозинофилов
- Патогенез неясен:
 - гиперчувствительность к лекарствам или паразитам?
 - циркуляция пруритогенов, ассоциированных с соматической патологией?
 - дисфункция нервной системы, приводящая к снижению пото- и салоотделения?



Изменения волос

- **Диффузная алопеция** (телогеновая на фоне системных заболеваний, приема АРВТ — эмтрицитабина, рилпивирина, тенофовира, индинавира, диданозина)
- **Очаговая алопеция** (гнездная, при дерматомикозе, сифилисе)
- **Трихомегалия** (чрезмерная длина ресниц) — возникает на поздней стадии ВИЧ-инфекции, при высокой вирусной нагрузке, при приеме зидовудина и интерферона- α ; может сочетаться с алопецией
- **Изменения стержня волоса:** выпрямление кудрявых волос и закручивание прямых, изменение жесткости, уменьшение блеска
- **Изменение цвета:** внезапное поседение волос (аутоиммунное поражение меланоцитов волосяного фолликула?)



Изменения ногтей

Наблюдаются у 2/3 ВИЧ-позитивных пациентов

- **Онихомикоз** (дистально-латеральный, тотальный дистрофический, проксимальный)
- **Онихошизис**
- **Онихолизис**
- **Лейконихия**, в т.ч. тотальная
- **Меланонихия** (продольная, поперечная, диффузная)
- **Борозды Бо-Рейля**
- **Изменение в виде «часовых стекол»**
- **Койлонихия**
- **Паронихия**
- **Околоногтевая телеангиэктатическая гранулема**
- **Злокачественные опухоли околоногтевых и подногтевых тканей** (ПКР, меланома)

Поперечная меланонихия на фоне приема зидовудина





Множественные околоногтевые телеангиэктатические гранулемы на фоне АРВТ (индинавир, ламивудин)



Липодистрофия, ассоциированная с АРВТ

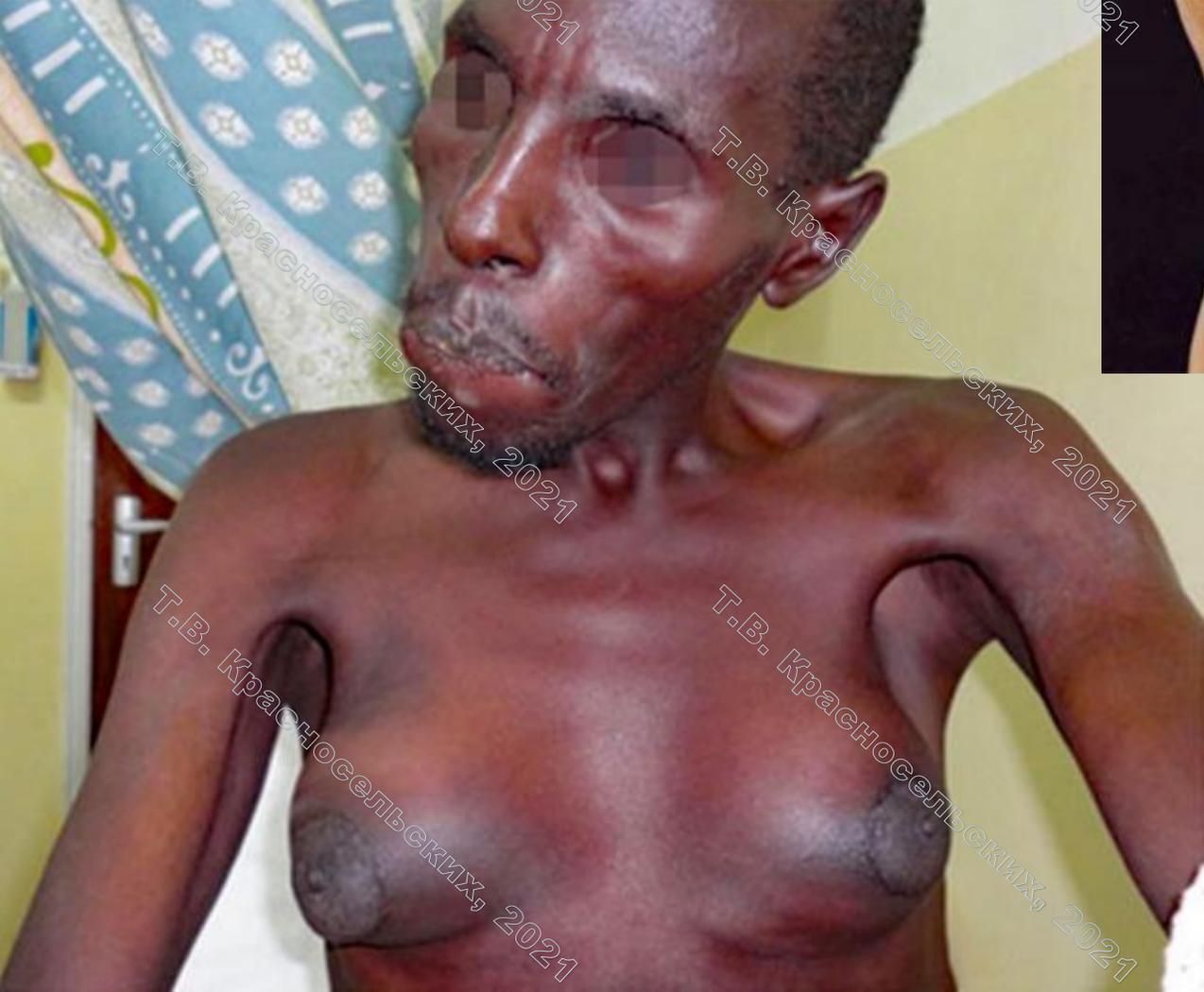
- Морфологические изменения тела, в основе которых лежат метаболические нарушения на фоне длительной АРВТ НИОТ (ставудин, диданозин, зидовудин)
- Развивается у 10-80% пациентов в период от нескольких месяцев до 2 лет от начала терапии
- **Липоатрофия** — симметричная потеря жировой ткани на лице, ягодицах и конечностях; чаще у белых, лиц старшего возраста
- **Липогипертрофия** — накопление жировой ткани на шее («buffalo hump»), животе и груди; чаще у женщин
- Липоатрофия и липогипертрофия возможны как в сочетании друг с другом, так и по отдельности
- Могут сопровождаться гиперлипидемией, инсулинорезистентностью, сахарным диабетом





Женщина 34 лет





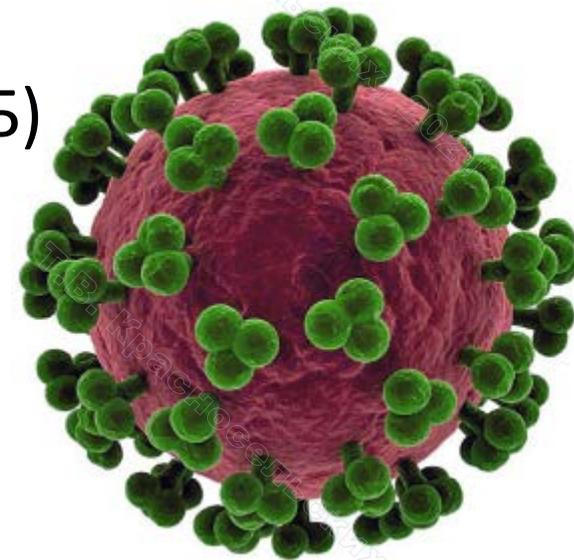
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ:

- Все ИППП
- Стигмы наркопотребления
- Саркома Капоши
- Эозинофильный фолликулит
- Волосатая лейкоплакия языка
- Проксимальный подногтевой онихомикоз
- Бактериальный ангиоматоз
- Контагиозный моллюск у взрослых с множественными элементами, на лице
- Рецидивирующий язвенный герпес
- Опоясывающий лишай до 50 лет
- Рецидивирующий кандидоз
- Тяжело протекающий себорейный



СПИД-ИНДИКАТОРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ (критерии ВОЗ):

- Инфекция, вызванная ВПГ (хронические язвы, не заживающие более 1 мес.)
- Криптококкоз внелегочный
- Гистоплазмоз (диссеминированный или внелегочный)
- Саркома Капоши
- Лимфома Беркитта (В-клеточная, ассоциированная с ВЭБ)
- Микобактериозы, вызванные нетуберкулезными (атипичными) микобактериями (диссеминированные или с внелегочными проявлениями, кожи, шейных или др. лимфатических узлов)
- Туберкулез внелегочный



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Поражения кожи и слизистых оболочек часто встречаются у ВИЧ-инфицированных, и спектр наблюдаемых дерматозов очень широк
2. Поражения кожи и слизистых оболочек имеют **диагностическое значение**, так как часто позволяют впервые заподозрить ВИЧ-инфекцию
3. Поражения кожи и слизистых оболочек имеют **прогностическое значение**, поскольку их тяжелое течение может свидетельствовать о нарастании иммунодефицита
4. Дерматозы на фоне ВИЧ-инфекции имеют ряд **особенностей**:
 - возникают в несвойственных возрастных группах
 - имеют необычную локализацию и большую распространенность
 - имеют тяжелое течение, склонность к генерализации
 - имеют атипичные клинические проявления
 - торпидны к проводимой терапии, быстро рецидивируют после прекращения терапии

