ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии, военной эпидемиологии и дерматовенерологии

Тема: "Основные заболевания кожи и слизистых на фоне ВИЧ-инфекции"

Подготовил студент 4 курса

лечебного факультета 11 группы

Пирогов Роман Валерьевич

Иваново 2010 г.

**Основные заболевания кожи и слизистых на фоне ВИЧ-инфекции**

# ВИЧ-инфекция *-* хроническое прогрессирующее заболевание человека, вызываемое ретровирусом, преимущественно поражающим иммунную и нервную системы, в результате чего в организме создаются условия для развития иммунодефицитного состояния, на фоне которого развиваются оппортунистические и вторичные инфекции, а также злокачественные опухоли.

# **Эпидемиология**

Возбудитель заболевания идентифицирован в 1983 г. и назван вирусом иммунодефицита человека - ВИЧ *(human immunodeficiency virus - HIV).* Вирус относится к семейству ретровирусов. Вирусная частица содержит РНК и фермент обратную траискриптазу (ревертазу), благодаря которому генетический материал вируса в пораженной клетке встраивается в ДНК клетки-хозяина, продуцируя новые вирусные частицы, что и приводит к гибели клетки. В составе оболочки вирусной частицы содержится гликопротеид gp 120, обусловливающий селективный тропизм вируса к клеткам организма человека, имеющим CD4' рецептор (Т-хелперы). В настоящее время известны два типа вируса иммунодефицита человека, имеющие некоторые антигенные различия - ВИЧ-1 и ВИЧ-2; последний встречается преимущественно в Западной Африке.

*Источником* заражения является ВИЧ-инфицированный человек, как в стадии бессимптомного вирусоносительства, так и в случае развернутых клинических проявлений заболевания. В наибольших концентрациях вирус обнаружен в крови, сперме, спинномозговой жидкости, грудном молоке, менструальной крови, апагалищном и цервнкальном секретах, в биоптатах различных тканей. В небольшом количестве, недостаточном для заражения, вирус находится в слюне, слезной жнакости и моче.

*Пути передачи инфекции:*

· контактно-половой (наиболее часто при половых контактах -гетеро- и гомосексуальных);

· парентеральный (трансфузионный, инъекционный, трансплантационный); вертикальный (от матери к ребенку пре-, интра- и постнатально).

# **Классификация ВИЧ-инфекции**

# (акад. В. И. Покровский 1989 г.; модифицированная О. Г. Юриным в 1999 г.). Согласно этой классификации выделяют 5 периодов ВИЧ-инфекции:

1. Инкубационный период.

. Первично-манифестный (острый) период.

. Латентный период.

А - Бессимптомная фаза.

Б - Персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

. Стадия вторичных заболеваний.

А - Потеря массы тела менее 10%, поверхностные грибковые,

бактериальные, вирусные поражения кожи и слизистых оболочек.

Б - Прогрессирующая потеря массы тела более 10%. Необъяснимая диарея и лихорадка более 1 месяца, повторные и стойкие бактериальные, грибковые и вирусные инфекции кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, появление локализованных высыпаний саркомы Капоши.

В - Генерализованные бактериальные, грибковые, вирусные, протозойные, паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, кандидоз пищевода, атипичный микобактериоз, внелегочный туберкулез, кахексия, диссеминированная саркома Капоши, поражения ЦНС.

. Терминальная стадия.

**Кожные заболевания у ВИЧ-инфицированных до развития иммунодефицита протекают типично и не требуют специальных методов лечения. С развитием же иммунодефицита их клиника и течение изменяются, в связи с чем возникают не только трудности в диагностике, но и лечении дерматоза.**

# **Острая лихорадочная фаза ВИЧ-инфекции (острый ретровирусный синдром, острая экзантема)**

У многих больных вскоре после заражения(3-6 недель) ВИЧ развивается острая лихорадочная фаза болезни - соответствует острому периоду.По течению она напоминает инфекционный мононуклеоз или асептический менингит.

Проявляется лихорадкой, увеличением лимфоузлов, менингеальными симптомами, желудочно-кишечными расстройствами, характерной сыпью на коже и слизистых и язвами на половых органах.

***Жалобы***

Чаще всего жалоб нет. Сыпь обычно появляется на вторые-третьи сутки после начала

лихорадки, она не беспокоит больного и исчезает через 5-8 сут. Язвы локализуются на слизистой рта, половых органах и в перианальной области, болезненны. Лихорадка, озноб, недомогание, сонливость, боль в горле, артралгия, миалгия длятся 2-3 нед. Кишечные колики,рвота, понос, головная боль, ригидность затылочных мышц, светобоязнь.

***Физикальное исследование***

Кожа

Элементы сыпи. Кореподобная сыпь: пятна и папулы диаметром до 1 см. Язвы на половом члене и мошонке.

*Патоморфология кожи.* В верхних слоях дермы - рыхлые лимфогистиоцитарные инфильтраты вокруг сосудов поверхностного сплетения и между пучками коллагена.

Иногда - крапивница, везикулы, пустулы, пластинчатое шелушение ладоней и подошв.

*Цвет.* Розовый, красный.

*Расположение*. Элементы сыпи не сливаются между собой.

*Локализация.* Верхняя часть груди и шея (у 100% больных), лицо (у 60%), руки (у 40%), бедра и волосистая часть головы (у 20%), ладони.

Слизистые

Фарингит. Точечная красная сыпь на мягком и твердом небе. Язвы: 5-10 мм в диаметре, круглой или овальной формы, поверхностные, дно покрыто белым налетом, окружены красным венчиком; локализуются на миндалинах, небе, слизистой щек, возможно поражение пищевода. Иногда - кандидозный стоматит.

Промежность, половые органы, перианальная область

Язвы на крайней плоти, мошонке, вокруг заднего прохода, на слизистой заднепроходного канала и прямой кишки.

# **Эозинофильный фолликулит (стерильный акнеформный фолликулит)**

# Эозинофильный фолликулит - заболевание неизвестной этиологии, которое поражает больных СПИДом. В окружности волосяных фолликулов на верхней половине туловища, лице, шее и проксимальных отделах конечностей появляются папулы. Заболевание сопровождается мучительным зудом и часто сочетается с эозинофилией.

***Жалобы.***

Умеренный или сильный зуд, не поддающийся лечению.

Общее состояние

Симптомы СПИДа. У каждого больного имеется то или иное заболевание, входящее в перечень оппортунистических инфекций при СПИДе.

***Физикальное исследование.***

Кожа

*Элементы сыпи.* Папулы, пронизанные в центре волосом, отечные, диаметром 3-5 мм, и пустулы. Количество элементов сыпи обычно исчисляется сотнями. В результате зуда и постоянного расчесывания появляются: экскориации и корки, диффузный нейродермит, ограниченный нейродермит, узловатая почесуха. При инфицировании возникают вторичное импетиго, фурункулы, флегмона. У смуглых людей - послевоспалительная гиперпигментация.

*Цвет.* Свежие элементы розовые или красные. Послевоспалительная гиперпигментация.

*Локализация.* Туловище (целиком), голова, шея, проксимальные отделы конечностей.

*Патоморфология кожи.* Перифолликулярные и периваскулярные инфильтраты из эозинофилов. В эпителии воронки волосяного фолликула и сальной железы - спонгиоз (межклеточный отек) в сочетании с инфильтратами из различных клеток. Иногда - пустулы, заполненные эозинофилами.

# **Саркома Капоши**

**(**sarcomaKaposi, идиопатическая множественная геморрагическая саркома, ангиоматоз Капоши, ангиосаркоматоз Капоши, гемангиосаркома Капоши, телеангиэктатическая псевдосаркома Капоши**).**

Саркома Капоши - это многоочаговая злокачественная опухоль сосудистого происхождения, поражающая кожу, лимфоузлы и практически все внутренние органы. Проявляется багровыми или фиолетовыми бляшками и узлами и отеком окружающих тканей.

***Клинические формы.***

· Классическая форма (европейская). Встречается у пожилых мужчин европейского происхождения - выходцев из средиземноморских стран, евреев ашкенази. Излюбленная локализация: голени, кроме того, страдают лимфоузлы и органы брюшной .

· Эндемическая форма (африканская). Встречается у больных с нормальным иммунитетом, преимущественно в Экваториальной Африке. Выделяют четыре типа течения.

v *Узелковый тип.* Сходен с классической формой саркомы Капоши, характеризуется медленным, относительно доброкачественным течением. Продолжительность жизни больных - 5-8 лет.

v *Вегетирующий тип.* Отличается более злокачественным течением. Опухолевые узлы прорастают глубоко в дерму, подкожную клетчатку, мышцы и кости.

v *Инфильтративный тип.* Отличается самым злокачественным течением. Характеризуется обширным поражением кожи, слизистых и внутренних органов.

v *Лимфатический тип.* Встречается в основном у детей и молодых людей. Обычно страдают лимфоузлы и внутренние органы, но иногда процесс переходит на кожу и слизистые.

· Ятрогенная форма (иммунозависимая, иммуно-супрессивная). Встречается у больных, получающих иммунодепрессанты после трансплантации почки, и у онкологических больных, получающих цитостатики.

· Эпидемическая форма (саркома Капоши, ассоциированная со СПИДом).

***Физикальное исследование.***

Кожа

*Элементы сыпи.*

· Пятна, папулы, бляшки и узлы, локализующиеся в дерме и подкожной клетчатке. Со временем отдельные элементы увеличиваются в размерах и сливаются в опухолевидные образования. Иногда на туловище или в паху наблюдаются скопления множества мелких папул и узлов, совпадающих по локализации с волосяными фолликулами; при слиянии таких элементов возникают огромные опухолевидные образования. Крупные узлы и опухолевидные образования нередко покрываются эрозиями, язвами, корками, роговыми наслоениями.

· *Лимфедема.* При локализации саркомы Капоши на конечности по мере роста опухоли возникает лимфостаз, и дистальные отделы конечности отекают. При поражении глубоких лимфоузлов и лимфатических сосудов развиваются симметричные плотные отеки, наиболее заметные на голенях, половых органах и лице. Выраженность отеков различна - от едва заметных до слоновости. Кожа над отеками напоминает кожуру апельсина.

· *Склероз.* В запущенных случаях лимфедема приводит к склерозу кожи и подкожной клетчатки, контрактурам и атрофии тканей с последующей потерей функции конечности.

*Цвет.* Свежие элементы - багровый, фиолетовый, красный, розовый, желто-коричневый.

Старые элементы имеют бурый оттенок и окружены зеленоватым венчиком. Пальпация. Мелкие элементы сыпи, которые кажутся пятнами, следует пальпировать без перчаток.

При саркоме Капоши практически все элементы сыпи на ощупь отличимы от окружающей кожи. Как правило,они плотные или твердые. Похожие по цвету, но не пальпируемые элементы сыпи скорее всегоявляются экхимозами. Узлы, расположенные на границе дермы и подкожной клетчатки, прощеобнаружить при пальпации, чем при осмотре.

*Форма.* Свежие элементы - овальные. На туловище встречаются продолговатые элементы, расположенные вдоль линий Лангера. Расположение. На туловище - такое же, как при розовом лишае. Новые элементы иногда возникают в месте травм (феномен Кебнера, или изоморфная реакция). Локализация. Туловище; голова, особенно кончик носа, периорбитальная область, ушные раковины, волосистая часть головы; половой член; голени; ладони и подошвы.

Слизистые. В 22% случаев первые высыпания появляются на слизистой рта. Очень часто (у половины больных) поражается твердое небо: фиолетовое пятно, фиолетовый узел.

Конъюнктивы страдают редко.

***Выделяют три гистологические стадии опухоли.***

*1. Стадия пятна.* В сетчатом слое дермы вокруг нормальных сосудов и придатков кожи видны вновь образованные маленькие сосудистые полости неправильной формы, выстланные эндотелием. Возможна воспалительная лимфоцитарная инфильтрация, иногда выявляют плазматические клетки. Нормальные сосуды и придатки кожи вдаются в опухоль подобно мысу.

*2. Стадия бляшки.* Пролиферация веретенообразных клеток, лежащих в дерме между пучками коллагена. Разрастание угловатых, щелевидных сосудов неправильной формы, заполненных эритроцитами. Отложения гемосидерина, эозинофильные глыбки гиалина. На периферии - периваскулярные воспалительные инфильтраты.

*3. Стадия узла.* Веретенообразные клетки образуют пласты и пучки, проявляют легкие или умеренные признаки атипизма. Некроз отдельных клеток. Вновь образованные сосуды образуют густую сеть и заполнены эритроцитами.

# **Бактериальный ангиоматоз**

Бактериальный ангиоматоз - это системная инфекция, которую вызывают Bartonella spp. Она встречается почти исключительно у ВИЧ-инфицированных. На коже появляются сосудистые опухоли, похожие на саркому Капоши, а при гематогенном или лимфогенном распространении инфекции возникает пелиоз - множественные выстланные эндотелием и заполненные кровью полости в паренхиматозных органах. Чаще всего страдают печень и селезенка.

***Жалобы.***

После царапин, полученных от домашних животных, попадание возбудителя в ранку сопровождается местной воспалительной реакцией или нарушением общего состояния- лихорадкой, недомоганием, похуданием.

В отличие от саркомы Капоши высыпания болезненны. Пелиоз печени. Начинается с тошноты, рвоты, поноса, лихорадки, озноба. При поражении костей могут появиться боли в костях. Состояние быстро ухудшается, что для саркомы Капоши нехарактерно. Бартонеллезный сепсис. Развивается постепенно, в течение нескольких недель или месяцев. Слабость, недомогание, потеря аппетита, похудание, волнообразная лихорадка со все более высоким подъемом температуры.

***Физикальное исследование***

Кожа

*Элементы сыпи.* Папулы или узлы, напоминающие гемангиому, диаметром до 2-3 см. Обычно расположены в дерме и покрыты истонченным или эрозированным эпидермисом. Вишневые папулы с четкими границами напоминают старческую гемангиому. Основание опухоли окружено воротничком из отслоившегося эпидермиса. Некоторые элементы похожи на телеангиэктатическую гранулему. Подкожные узлы диаметром 1-2 см, похожие на кисты. Изредка - абсцессы.

*Количество*. Папулы и узлы: от одного-двух до сотни, изредка более тысячи.

*Цвет.* Красный, ярко-красный, фиолетовый. Иногда не отличается от окружающей кожи.

*Пальпация.* Консистенция плотная, элементы не бледнеют при диаскопии. Пальпация бывает болезненной.

*Локализация*. Различная. Ладони и подошвы страдают редко. Иногда высыпания появляются на месте кошачьих царапин.

Слизистые

Узлы, напоминающие гемангиому, на губах и слизистой рта. Поражение слизистой гортани ведет к обструкции дыхательных путей.

# **Простой герпес (пузырьковый лишай , Herpes simplex)**

Иммунодефицит способствует реактивации вируса простого герпеса типов 1 и 2. Рецидивирующий герпес - самая частая вирусная инфекция у ВИЧ-инфицированных. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции течение герпеса ничем не примечательно: появляются группы везикул, которые превращаются в эрозии и заживают через 1 -2 нед. По мере нарастания иммунодефицита картина меняется. Из-за некроза эпидермиса герпес начинается сразу с эрозий, везикул не бывает. Без лечения эрозии превращаются в крупные болезненные язвы с приподнятыми краями.

У больных СПИДом реактивация вируса сопровождается образованием больших незаживающих язв ротоглотки, пищевода, промежности, половых органов, перианальной области и прямой кишки. Поэтому при любых язвах у больного СПИДом - мокнущих или покрытых корками, на лице или в промежности - следует в первую очередь исключить герпес. Неэффективность лечения обычно обусловлена устойчивостью возбудителя к ацикловиру.

# **Опоясывающий герпес (опоясывающий лишай, Herpes zoster)**

Является ранним маркером иммуносупрессии.

*Клиническая картина* у ВИЧ-инфицированных пациентов варьирует от легких локализованных до тяжелых распространенных и генерализованных форм. На фоне иммунодефицита развивается тяжелая гангренозная (некротическая) форма опоясывающего герпеса, характеризующаяся образованием сгруппированных мелких струпов или сплошного черного струпа с мелкофестончатыми очертаниями. После заживления высыпаний остаются рубцы. Наличие иммунодефицита определяет также возникновение распространенной формы опоясывающего герпеса, при которой помимо обычного очага поражения появляется диссеминированная сыпь, состоящая из пузырьков, характерных для ветряной оспы.

Рецидивы заболевания протекают длительно с присоединением бактериальных инфекций.

# **Волосатая лейкоплакия рта (волосистая лейкоплакия рта)**

Волосатая лейкоплакия рта представляет собой доброкачественную гиперплазию слизистой.

Возбудитель точно не установлен, дискутируется этиологическая роль вируса Эпштейна-Барр.

В большинстве случаев в очагах поражения обнаруживают также папилломавирус человека и дрожжеподобный гриб *Candida albicans.*

Допускают возможность комплексного воздействия всех указанных возбудителей.

Существует мнение, что Волосатая лейкоплакия являете разновидностью вульгарных бородавок.

Описана только у ВИЧ-инфицированных.

*Клинически* представляет собой утолщение слизистой оболочки белого цвета со сморщенной ("гофрированной") поверхностью; иногда поверхность очага как бы покрыта волосками (отсюда и термин "волосатая" лейкоплакия) за счет нитевидных разрастаний слизистой оболочки, длина которых колеблется от нескольких мм до 2-3 см.

Субъективные ощущения незначительны.

"Волосатые" очаги чаще локализуются на краевой зоне языка (наиболее типичная локализация), гладкие - на его нижней поверхности; иногда высыпания располагаются на других участках слизистой оболочки полости рта. В большинстве случаев очаг одиночен.

*Патоморфологическая картина*: баллонная дистрофия, умеренная дисплазия, выражен гиперкератоз.

# **Афтозный стоматит**

У больных афты отличаются крупными размерами (часто более 1 см) и намного чаще рецидивируют. Не редко они захватывают обширные участки слизистой рта, распространяются на язык, десны, губы и слизистую пищевода. При поражении пищевода боль при глотании столь сильна, что больные не могут есть и быстро худеют.

# **Глубокие микозы (криптококкоз, гистоплазмоз, кокцидиоидоз)**

При ВИЧ-инфекции наблюдается реактивация латентных очагов инфекций, вызванных Cryptococcus neoformans,Coccidioides immitis, His-toplasma capsulatum и Penicillium marneffei.

При этомвозбудитель из легких разносится с кровью по всему телу и попадает в кожу. Самое частоепроявление диссеминированных грибковых инфекций - высыпания на лице, похожие на контагиозный моллюск. Кроме того, возможно появление узлов, пустул, язв, абсцессов и папулосквамозной сыпи, напоминающей каплевидный псориаз (эта сыпь встречается при гистоплазмозе).

# **Дерматофитии**

Протекают тяжело, носят рецидивирующий характер и почти не поддаются лечению.

Возбудитель онихомикозов, как правило - Trichophyton rubrum. У ВИЧ-инфицированных он вызывает проксимальный подногтевой онихомикоз, редко встречающийся у остальных людей. При обнаружении молочно-белого пятна в проксимальной части ногтевой пластинки следует заподозрить ВИЧ-инфекцию и направить больного на обследование.

# **Инфекции, вызванные вирусом папилломы человека (вирус папилломы человека, верруциформная эпидермодисплазия, бовеноидный папулез)**

По мере нарастания иммунодефицита бородавки и остроконечные кондиломы становятся множественными, поражают обширные участки кожи и слизистой и с трудом поддаются лечению. Однако более опасенвызываемый вирусом папилломы человека бовеноидный папулез - заболевание, предшествующееплоскоклеточному раку. Бовеноидный папулез чаще всего поражает шейку матки, вульву, половой член, промежность и заднепроходный канал. У ВИЧ-инфицированных женщин он встречаетсяв 6-8 раз чаще, чему остальных женщин.

# **Кандидоз**

ВИЧ-инфицированные частострадают кандидозом рта, глотки, пищевода, вульвы и влагалища. Кандидоз рта и глоткивстречается почти у всех больных и часто служит первым проявлением СПИДа.

Клинические формы поражения рта и глотки:

· молочница (псевдомембранозный кандидоз),

· гиперпластический кандидоз (кандидозная лейкоплакия),

· атрофический кандидоз,

· заеды (кандидозный хейлит).

Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов и легких развивается при выраженном иммунодефиците и входит в официальный перечень оппортунистических инфекций при СПИДе. У ВИЧ-инфицированных чаще, чем у остальных людей, встречаются рецидивирующий кандидозныйвульвовагинит и различные формы кандидоза кожи, а у ВИЧ-инфицированных детей - кандидоз ногтей и ногтевых валиков (кандидозная паронихия и тотальный дистрофический онихомикоз).

# **Контагиозный моллюск**

Характерны множественные элементы -папулы и узлы и одиночные опухолевидные элементы диаметром более 1 см.

Локализация - лицо, особенно области роста бороды и усов, шея и кожные складки. Распространению инфекции способствует бритье, поэтому больным рекомендуют отрастить бороду или бриться как можно реже. На ушных раковинах встречаются кистозные элементы. Кожа ладоней и подошв, не имеющая волосяных фолликулов, страдает крайне редко.

# **Лекарственная токсидермия**

Частота побочных реакций на лекарственные средства при ВИЧ-инфекции резко возрастает.

Так, через 1-2 нед после начала лечения триметопримом (сульфаметоксазолом) кореподобная сыпь появляется у 50-60% больных СПИДом.

Очень часто вызывают сыпь сульфадиазин, дапсон, ампициллин и амоксициллин.

# **Признаки внутривенного введения наркотических препаратов**

Инъекционные наркоманы обычно вводят себе наркотики в/в, после чего остаются фиброзные тяжи по ходу вен ("дорожки") и рубцы в местах привычных инъекций. Вены склерозированы, кожа над ними местами гиперпигментирована и покрыта корками. По ходу вен пальпируются плотные тяжи

Введение "кустарно" приготовленных и нестерильных наркотиков приводит к асептическим абсцессам и гнойным инфекциям, например флегмона.

# **Список используемой литературы**

вирус иммунодефицит герпес саркома

1. Атлас-справочник "Дерматология". Т.Фицпатрик, Р.Джонсон. 2000г.

. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов "Кожные и венерические болезни". Соколовский Е.В. 2008г.

. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов "Кожно-венерические заболевания". Козорез Е.С. 2004г.

. Учебник для врачей и студентов медицинских ВУЗов "Кожные и венерические болезни" Скрипкин Ю.К. 2005 г.