

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И.Прохоренкова

Зав.Кафедрой
д.м.н., проф.,
Карачева Ю.В.

Реферат

Дерматологические аспекты ВИЧ-инфекции

Выполнила:
клинический ординатор
2 года обучения
Чангы Л.Б

Проверила:
д.м.н., профессор
Карачева Ю.В.

Красноярск, 2018 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....	3
2. Процесс развития ВИЧ-инфекции.....	3
3. Стадия первичных проявлений.....	5
4. Инфекционные поражение кожи.....	6
.....	6
5. Грибковые поражения кожи.....	7
6. Бактериальные поражения кожи.....	8
7. Паразитарные поражения кожи.....	9
8. Неинфекционные поражения кожи.....	9
9. Неопластические поражения кожи.....	10
10. Список использованной литературы.....	11

Введение

ВИЧ-инфекция – хроническое инфекционное заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека. ВИЧ-инфекция характеризуется вторичными инфекциями с неблагоприятным течением, различными опухолями и крайне высоким показателем смертности.

Причина ВИЧ-инфекции

Возбудитель СПИДа относится к вирусам медленных инфекций. Имеется две группы вирусов – ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Они быстро изменяются. При кипячении погибают через 1 минуту, быстро инактивируются под воздействием дезинфицирующих средств. Стойки к солнечным лучам и замораживанию.

Источник возбудителя – человек, больной или вирусоноситель. Больные СПИДом заразны в течение всей жизни.

Передача вируса осуществляется при половом контакте, при переливании инфицированной крови и через инфицированные кровью инструменты, предметы, от матери к плоду. Наиболее опасны в распространении заболевания лица обоих полов, ведущие беспорядочную половую жизнь, а также гомосексуалисты.

ВИЧ не передается через укусы насекомых, при бытовом контакте, через слюну.

Процесс развития ВИЧ-инфекции

Заражение СПИД-ом происходит при попадании вируса в кровь или слизистые оболочки. Отсюда он внедряется в различные клетки тканей организма и встраивается в них. ВИЧ может в течение многих лет находиться в организме человека, не вызывая видимых признаков болезни. Под воздействие внешних факторов, чаще всего – другой вирусной инфекции (герпес, гепатит В и другие) вирус активизируется, начинает размножаться и разрушать зараженные им клетки, в первую очередь клетки иммунной системы, что делает человека беззащитным к инфекциям и опухолям.

Признаки ВИЧ-инфекции

Инкубационный период длится в пределах до 1 месяца. Большинство зараженных вначале чувствуют себя здоровыми и болезнь никак себя не проявляет, но выявляется при исследовании крови.

Через 1,5-2 года у больных увеличиваются лимфатические узлы (более 1 см) нескольких областей тела (шейные, локтевые, подмышечные,

надключичные) без нарушения самочувствия и каких-либо болезненных ощущений.

Через 6 месяцев – 5 лет после этого начинается стадия вторичных заболеваний.

В первые 3-7 лет снижается умственная и физическая работоспособность, появляется обильная ночная потливость, периодические повышения температуры тела до 38°C, неустойчивый стул, потеря массы тела до 10%. В эту фазу болезни бывают грибковые болезни кожи, герпес, опоясывающий лишай, бородавки, гнойничковые и аллергические болезни кожи, чешуйчатый лишай, поражения слизистых оболочек, повторные ОРЗ и воспаления придаточных пазух носа.

Затем появляется необъяснимое повышение температуры тела или понос более 1 месяца, потеря массы тела более 10%, выраженные поражения кожи в виде грибкового поражения полости рта, повторного распространенного опоясывающего лишая, хронических гнойничковых поражений кожи, фурункулов, кровоизлияний в кожу, опухоли кожи (саркома Капоши).

При длительности ВИЧ-инфекции более 5 лет, как правило, развиваются тяжелые инфекции, обусловленные микроорганизмами, не вызывающими заболеваний у здоровых лиц и новообразования, которые приводят больного к смерти.

Распознавание болезни

Диагноз ВИЧ-инфекции ставится по результатам специального исследования крови, которое в большинстве случаев дает результат через 3 месяца после заражения. Кровь для исследования берется из локтевой вены в количестве 3-5 мл.

Показаниями для обследования на ВИЧ-инфекцию являются:

- лихорадка более 1 месяца;
- понос более 1 месяца;
- необъяснимая потеря массы тела на 10% и более;
- затяжное, повторяющееся или не поддающееся обычному лечению воспаление легких;
- постоянный кашель более 1 месяца;
- увеличение лимфоузлов 2-х и более групп свыше 1 месяца;
- слабоумие у ранее здоровых людей;
- другие, более тяжелые болезни.

ВИЧ-инфекция многолика. Оппортунистические (вторичные) болезни при ВИЧ-инфекции разнообразны и поэтому каждый врач, независимо от своей специальности, должен хорошо знать наиболее типичные поражения кожных покровов и слизистых оболочек. Поражения кожи и слизистых оболочек наблюдаются практически при всех стадиях ВИЧ-инфекции и зависят от:

- 1) стадии ВИЧ-инфекции,
- 2) ее клинической формы,
- 3) биологических свойств возбудителей вторичных инфекций,
- 4) степени выраженности иммунодепрессии.

Кожные проявления позволяют впервые заподозрить ВИЧ-инфекцию у многих больных.

В течении ВИЧ-инфекции различают несколько стадий: стадия инкубации (хроническая бессимптомная ВИЧ-инфекция), стадия персистирующей генерализованной лимфоаденопатии (первичных проявлений), стадия СПИД-ассоциированного комплекса или пред-СПИД (вторичных заболеваний кожи и слизистых оболочек), и терминальная стадия или собственно СПИД.

Стадия первичных проявлений – это начальная стадия ВИЧ-инфекции. При ней наблюдаются изменения кожного покрова и слизистых оболочек, связанные с нарушением сосудов, в виде эритематозных пятен, телеангиэктазий и геморрагических высыпаний.

Эритематозные пятна – частый спутник начальной стадии ВИЧ-инфекции, протекающей по типу инфекционного мононуклеоза. Возникновение их обусловлено самим ВИЧ. Эти пятна имеют розово-красную окраску, округле очертания, сопровождаются шелушением. Сыпь имеет распотраченный характер, без субъективных ощущений. Она локализуется в основном на туловище, иногда на лице, шее; дистальные отделы конечностей не поражаются. После стихания острой фазы (2 – 2,5 недели) пятна подвергаются спонтанному регрессу.

Телеангиэктазии – стойкое расширение поверхностных сосудов кожи. Для ВИЧ-инфекции характерны многочисленные густо расположенные на груди телеангиэктазии, образующие порой обширный очаг от одного плеча до другого. Очаги телеангиэктазий могут локализоваться на ушных раковинах, ладонях голенях.

Геморрагические высыпания представлены в виде пятен красного цвета с фиолетовым или желтым оттенком. Они подобны высыпаниям при геморрагическом аллергическом васкулите. Геморрагические высыпания могут сочетаться с изъязвлениями слизистых оболочек полости рта и пищевода и выраженной дисфагией. Геморрагическая сыпь на коже обычно существует от нескольких дней до 3-х недель, затем исчезает бесследно.

Эти клинические признаки (эритематозные пятна, телеангиэктазии и геморрагические высыпания) проявляются в первые два месяца инфицирования ВИЧ, когда антитела еще отсутствуют и анализ крови в это время дает отрицательный результат. Серологические реакции на ВИЧ у этих больных становятся положительными позже, примерно через 6 – 12 недель

после начала острой фазы болезни, вот только тогда и можно установить истинный диагноз.

По истечению острой стадии ВИЧ-инфекции все симптомы болезни исчезают и заболевание переходит в бессимптомную форму, которая может продолжаться неопределенно долго. При этом у ряда больных может сохраняться персистирующая генерализованная лимфоаденопатия, не оказывающая отрицательного влияния на самочувствие пациентов и их половую активность.

В дальнейшем под влиянием ВИЧ усугубляются нарушения иммунной системы, снижаются защитные свойства организма – носителя, которые в свою очередь, приводят к возникновению следующей стадии – вторичных заболеваний кожи и слизистых оболочек (СПИД-ассоциированного комплекса).

Для этой стадии характерны 3 основные группы заболеваний кожи:

- 1) инфекционные поражения кожи,
- 2) неинфекционные заболевания кожи,
- 3) опухолевые поражения кожи.

Развитие инфекционных и опухолевых поражений кожи обусловлено тяжелой иммунодепрессией. Патогенез неинфекционных заболеваний кожи связан, возможно, с непосредственным воздействием ВИЧ на кожу.

Поражения кожи и слизистых оболочек у лиц, инфицированных ВИЧ, характеризуется рядом особенностей:

- 1) возникают в необычных возрастных группах,
- 2) имеют тяжелое течение,
- 3) проявляются атипично,
- 4) плохо поддаются терапии.

Инфекционные поражения кожи. Они включают вирусные, грибковые, бактериальные и паразитарные заболевания кожи.

Из вирусных дерматозов наиболее часто встречаются герпес простой и опоясывающий, контагиозный моллюск, остроконечные кондиломы, вульгарные бородавки и "волосатая" лейкоплакия.

Герпес простой (пузырьковый лишай).

При ВИЧ-инфекции пузырьковый лишай поражает обычно полость рта, гениталии и перианальную область. Отличается обилием пузырьковых элементов, вплоть до диссеминации процесса, частыми рецидивами, длительным без ремиссий течением. Пузырьковые высыпания быстро трансформируются в крупные болезненные длительно незаживающие язвы. В отпечатках с эрозивной поверхности удается обнаружить клетки Тцанка.

Наличие язв у гомосексуалистов в перианальной области всегда требует исключения ВИЧ-инфекции.

Опоясывающий лишай служит, как-бы, индикатором ВИЧ-инфекции, особенно при условии возникновения его у лиц молодого возраста из группы риска, отсутствии провоцирующих заболеваний и иммуносупрессивной терапии.

Клиника. Пузырьковые высыпания располагаются по ходу черепно-мозговых нервов и в области крестца, сопровождаются сильными болями, оставляют рубцы, дают рецидивы, которых не бывает у лиц без иммунного дефицита.

Контагиозный моллюск как признак ВИЧ-инфекции отличается:

1) локализацией у взрослых на лице (обычная локализация – аногенитальная область),

2) быстрой диссеминацией с распространением на шею и волосистую часть головы,

3) увеличением высыпаний в размерах и их слиянием. После удаления моллюска неизбежны рецидивы. Клиника обычная.

Вульгарные бородавки. У больных ВИЧ-инфекцией наблюдается повышенная склонность к появлению вульгарных бородавок. Они покрывают в первую очередь кисти, стопы и лицо; отличаются резистентностью к терапии.

Остроконечные кондиломы. У больных, инфицированных ВИЧ, они быстро увеличиваются в размерах, достигают обширных конгломератов, доставляя больному не только чувство дискомфорта, но и более тяжкие страдания. Лечение хирургическое или с помощью луча лазера. После удаления имеют место рецидивы.

"Волосатая" лейкоплакия. Она встречается только у больных, зараженных ВИЧ; проявляется в виде белых бородавчатых высыпаний в основном на боковых сторонах языка и щеках. Высыпания безболезненны. Возникновение "волосатой" лейкоплакии связывают с вирусом Эпштейна-Барр и папилломавируса, а в последнее время и с грибами рода Кандида.

Грибковые поражения кожи при ВИЧ-инфекции представлены чаще всего кандидозом, руброфитией, разноцветным лишаем; другие микозы встречаются значительно реже.

Общими особенностями грибковых заболеваний при ВИЧ-инфекции являются:

а) быстрая генерализация с образованием обширных очагов, расположенных по всему кожному покрову,

б) упорное течение,

в) стойкость к проводимому лечению.

Кандидоз.

При ВИЧ-инфекции ему присущи следующие особенности:

- 1) поражение лиц молодого возраста, особенно мужчин,
- 2) преимущественное вовлечение в процесс слизистых оболочек полости рта, гениталий, перианальной области,
- 3) тенденция к образованию обширных очагов, сопровождающихся болезненностью,
- 4) склонность к эрозированию и изъязвлению.

Клиника. На коже туловища, особенно в крупных складках, волосистой части головы, конечностях появляются множественные пятна красноватого цвета, инфильтрированные и шелушащиеся, которые постепенно превращаются в гранулематозные очаги. Больных беспокоит зуд.

На слизистой оболочке полости рта, гениталий появляются налеты белого цвета, напоминающие зерна манной крупы. При снятии налета, который удаляется с трудом, образуются кровоточащие эрозии. Могут возникать висцеральные формы кандидоза – в частности поражения кишечника, трахеи, бронхов, легких.

Руброфития.

У инфицированных ВИЧ она имеет несколько форм поражений:

А) Поверхностная форма руброфитии представлена в виде красных шелушащихся пятен с отечным прерывистым валиком по периферии. Данные высыпания располагаются на любых участках кожного покрова, сопровождаются выраженным зудом. Течение процесса хроническое.

Б) Глубокая форма руброфитии сопровождается фолликулярно-узловатыми высыпаниями, которые располагаются чаще на голених, ягодицах и предплечьях. На месте очагов остаются рубчики.

В) Эритродермическая форма руброфитии. При ней очаги поражения насыщенно-красного цвета с синюшным оттенком, сливаются между собой, захватывая большие поверхности кожи.

Разноцветный лишай.

Очаги поражения представлены пятнами разного цвета от желто-розового до темно-коричневого с едва заметным отрубевидным шелушением, располагающимися на туловище, лице. В области пятен развивается инфильтрация, они трансформируются в бляшки. В очагах поражения обнаруживают грибок *Pityrosporum ovale*, который локализуется в роговом слое и устьях волосяных фолликулов.

Бактериальные поражения кожи.

Из них чаще встречаются фолликулиты, импетиго, эктимы, вегетирующая, диффузная и шанкриформная пиодермия.

Фолликулит – гнойное воспаление волосяного фолликула. Фолликулит характеризуется наличием мелких гнойничков, окруженных узкой воспалительной каемкой. Через несколько дней они разрешаются. При ВИЧ-инфекции регрессирование процесса происходит медленно, в очагах длительно сохраняется остаточная инфильтрация, имеющая синюшно-красную окраску. Некоторые фолликулиты трансформируются в фурункулы, отдельные из них стерильные.

Импетиго – это поверхностный нефолликулярный полостной элемент с вялой крышкой и серозным содержимым, расположенный на красном неотечном основании. Отличительными особенностями импетиго у больных ВИЧ-инфекцией являются: немолодой возраст пациентов, значительная распространенность процесса, агрессивность течения и выраженное упорство болезни в лечении.

Эктима – глубокая нефолликулярная дермальная пустула. Заболевание начинается с появления небольших пузырьков или гнойничков с серозным или гнойным содержимым. Они быстро сосыхаются в желтую корку. После отпадения или удаления ее обнаруживается язва с кровоточащим дном, покрытым грязно-серым налетом. По периферии язвы – ярко-красный ободок. У больных ВИЧ-инфекцией эктимы небольших размеров, многочисленные, располагаются на голенях, бедрах, ягодицах, пояснице.

Вегетирующая пиодермия – поражает преимущественно крупные складки, клинически напоминает широкие кондиломы, имеет упорное течение и плохо поддается лечению: антибиотики дают временный эффект.

Диффузная форма пиодермии зафиксирована у детей раннего возраста. Она проявляется крупными очагами инфильтрации, кожа над которыми имеет синюшно-розовую окраску, покрыта чешуйками, серозно-кровянистыми корочками, эрозиями и фликтенами. В лечении эффективно назначение кортикостероидных мазей с антибиотиками.

Шанкриформная пиодермия, обычная локализация которой – половые органы. У ВИЧ-инфицированных она может наблюдаться на нижней губе и ягодицах. Клинически это эрозивно-язвенный дефект диаметром 1,0-1,5 см, округлый, с резкими границами. На его розово-красной поверхности видны телеангиэктазии и петехии. При пальпации в основании дефекта выявляют плотноэластический инфильтрат, далеко выходящий за его пределы.

Из паразитарных заболеваний кожи следует отметить чесотку, которая протекает атипично в виде генерализованных сильно зудящих папулосквамозных очагов, не имеющих характерной для чесотки локализации. Очень часто поражаются лицо и волосистая часть головы.

Неинфекционные поражения кожи.

В эту группу заболеваний включают себорейный дерматит, папулезную сыпь, кожный зуд и др.

Себорейный дерматит – наиболее частый дерматоз при ВИЧ-инфекции. Возникновение и развитие его у инфицированных ВИЧ связывают с активизацией грибка *Pityrosporum ovale*. Заболевание начинается гиперемией кожи лица и волосистой части головы, сопровождающейся шелушением. Больных беспокоит зуд. Проявления себорейного дерматита приобретают иногда форму волчаночной "бабочки", сопровождаются выпадением волос и бровей. При тяжелом течении проявления себорейного дерматита распространяются на кожу туловища и конечностей.

Папулезная сыпь – своеобразное поражение кожи у инфицированных ВИЧ. Эта сыпь до сих пор не получила определенного нозологического статуса. Папулы небольших размеров, полушаровидной формы, цветом нормальной кожи или красной окраски, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, отличаются изолированным расположением. Локализация сыпи разнообразная. Высыпания обычно сопровождаются зудом. Папулезную сыпь рассматривают как проявление морфологической реакции кожи на инфицирование.

Опухолевые (неопластические) поражения кожи.

Из этой группы заболеваний чаще встречаются саркома Капоши, реже В – клеточная лимфома, плоскоклеточный рак, базалиома, меланома.

Саркома Капоши – злокачественное опухолевое заболевание ретикулоэпителиальной системы с преимущественным поражением кожи. Наиболее часто саркома Капоши возникает у гомосексуалистов.

Основными клиническими особенностями саркомы Капоши у больных ВИЧ-инфекцией является:

- 1) развитие заболевания в молодом возрасте (30 – 35 лет),
- 2) распространенный характер очагов поражения,
- 3) склонность к быстрой генерализации с поражением слизистых оболочек полости рта, верхних дыхательных путей, лимфатических узлов, внутренних органов,
- 4) высокая смертность уже в ранние сроки после возникновения начальных проявлений заболевания.

У больных ВИЧ-инфекцией саркома Капоши начинается с появления пятен и папул, которые постепенно увеличиваются в размерах и приобретают фиолетовый или коричневый цвет. Очаги поражения могут появляться на любом участке кожного покрова. Особенно подозрительными на ВИЧ-инфекцию являются локализация кожных высыпаний на голове и туловище.

Другие бластоматозные поражения кожи встречаются редко.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. –Режим доступа : <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2014.
2. Рахматулина М.Р., Большенко Н.В. Особенности клинического течения папилломавирусной инфекции в зависимости от генотипа и количественных показателей вирусов папилломы человека высокого онкогенного риска. Вестник дерматологии и венерологии. - 2014. - №3. - С.95-105.
3. Рахматулина М.Р., Кицак В.Я., Большенко Н.В.Современные методы профилактики развития онкологических заболеваний шейки матки у больных папилломавирусной инфекцией. Вестник дерматологии и венерологии. - 2013. - №6. – С.40-49.
4. Прохоренков, В. И. Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем : учеб. пособие для врачей / В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, В. Г. Максименко ; Красноярский медицинский университет. Красноярск : КрасГМУ. – 2013.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова

Рецензия <проф., Д.М.Н кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф. В.И. Прохоренкова Карачевой Юлии Викторовны> на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология <Чангы Лимы Борисовны> по теме <Дерматологические аспекты ВИЧ-инфекции>.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	полож.
2. Наличие орфографических ошибок	полож.
3. Соответствие текста реферата по его теме	полож.
4. Владение терминологией	полож.
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	полож.
6. Логичность доказательной базы	полож.
7. Умение аргументировать основные положительные выводы	полож.
8. Круг использования известных научных источников	полож.
9. Умение сделать общий вывод	полож.

Итоговая оценка: положительная/отрицательная
Комментарии рецензента:

Дата: 17.10.2018

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:


