**Вирусные заболевания кожи У БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИЕЙ**

*Дащук А.М.1, Куцевляк Л.О2., Литвин Е.С.1*

*Харьковский национальный медицинский университет1*

*Харьковская академия последипломного образования2*

*Ключевые слова:* ВИЧ/СПИД-инфекция, вирусные заболевания кожи, диагностика, лечение.

Эпидемическое развитие ВИЧ/СПИД-инфекции, с преимущественным поражением лиц молодого возраста, а также разнообразие клинических проявлений обусловливает необходимость детального изучения поражений кожи на фоне ВИЧ/СПИД-инфекции [1,2].

Целью данной работы явилось изучение особенностей течения вирусных заболеваний кожи на фоне ВИЧ/СПИД-инфекции.

Вирусные заболевания кожи и слизистых у больных ВИЧ-инфекцией встречаются часто. Известно, что у больных СПИДом эти заболевания кожи имеют свои особенности.

*ПУЗЫРЬКОВЫЙ ЛИШАЙ (Herpes simplex)*. Герпес - это широко распространенная вирусная инфекция, пора­жающая кожу и слизистые. Вызывается вирусом герпеса Ι и ΙΙ типа [4].

У больных с ослабленным иммунитетом ВПГ вызывает как локализованные, так и генерализованные инфекции. К локализованным инфекциям относится xpoнический язвенный герпес. Генерализованный герпес характеризуется распространенными высыпаниями на коже и слизистых (везикулы, пустулы, эрозии и язвы) в сочетании с пневмонией, энцефалитом, гепатитом или поражениями др. органов.

ВПГ характеризуется высокой цитопатогенной активностью, коротким циклом репродукции, термостабильностью, сложной антигенной структурой, наличием двух серотипов вируса (1-го и 2-го типа), имеющих общие и типовые специфические антигены.

Заражение происходит контактным путем - при соприкосновении кожи или слизистой с пораженной кожей или пораженной слизистой.

В ходе первичной инфекции вирус простого герпеса размножается в коже, проникает в окончания чувствительных нервов. Останется ли ин­фекция локализованной в месте проникновения вируса или станет диссеминированной, зависит от функции моноцитов и макрофагов и продукции интерферона. В дальнейшем реактивации вируса препятствуют анти­тела, NК-лимфоциты и сенсибилизированные Т-лимфоциты. Вслед за виремией развивается диссеминированное поражение кожи, висцеральные формы герпеса или генерализованный герпес.

Заболеваемость герпесом среди ВИЧ-инфицированных США составляет 25%. У большинства ВИЧ-инфицированных частота, продолжительность и тяжесть рецидивов герпеса не отличается от ана­логичных показателей для больных с нормальным иммунитетом. Частота и продолжительность рецидивов резко возрастает, когда количество CD4-лимфоцитов становится ниже 50мкл-1. Висцеральные форма герпеса и генерализованный герпес возникают реже, чем при других иммунодефицитах.

Согласно диагностическим критериям СПИДа Центра по контролю заболеваемости США такие заболевания, как хронический язвенный герпес (язва на коже и слизистой, сохраняющаяся дольше 1 месяца); герпетический бронхит, герпетическая пневмония и герпетический эзофагит (любой продолжительности у больного старше 1 мес) входят в официаль­ный перечень оппортунистических инфекций при СПИДе [4].

Герпетические поражения кожи нередко являются первыми симптомом СПИДа или СПИД-ассоциированного комплекса. Классическая форма простого герпеса характеризуется быстро регрессирующей группой пузырьков на отечно-эритематозном фоне. У ВИЧ-инфицированных высыпания чаще локализуются в полости рта, на гениталиях и в перианальной области, отличаются обилием вплоть до диссеминации, склонны к эрозированию и изъязвлению и сопровождаются болью. Характерны частые рецидивы, порой перманентное, без ремиссий течение. Частые рецидивы пузырькового лишая в полости рта приводят к образованию незаживающих эрозий, болезненность которых усиливается при приеме пищи. Заболева­ние может распространяться на область зева, пищевод и бронхи. Высыпания захватывают иногда периоральную область с образованием обшир­ных очагов поражения, поверхность которых покрывается массивными корками, возможно, в результате вторичной кокковой инфекции. Особенно склонны к изъязвлению герпетические высыпания на гениталиях и в перианальной области. Образующиеся здесь язвы растут на протяжении многих недель и месяцев и могут достигать больших размеров. Диаметр язв достигает 10-20 см. Края их не полициклические, а валикообразные, утолщенные; дно мокнущее или покрытое коркой. Язвы не склонны к за­живлению, вызывают сильную боль. Незаживающие язвы перианальной области у гомосексуалистов принято считать герпетическими, если не дока­зана их иная природа. Крайне болезнен герпетический проктит, прояв­ляющийся клинически лишь легким отеком и гиперемией слизистой оболоч­ки прямой кишки, переходящими на кожу перианальной области. Мучитель­ные боли в области прямой кишки, кровотечения, тенезмы, патологичес­кие выделения побуждают пациентов обращаться к врачу. Возможны необычные локализации простого герпеса, в том числе и первоначальные: подкрыльцовые впадины, кисти, особенно подушечки пальцев, голени, где они обусловливают хронические язвы. Описан тяжело протекающий герпетический панариций.

Таким образом, реактивация ВПГ на фоне иммунодефицита приводит к возникновению у ВИЧ-инфицированных хронического язвенного герпеса - обшир­ным язвам, сохраняющимся неделями, месяцами, годами. Хронический язвенный герпес может быть обусловлен появлением устойчивых штаммов вируса простого герпеса. Если язва не заживает или продолжает увеличиваться на фоне лечения ацикловиром (в/в или внутрь), значит возбудитель устойчив к ацикловиру. Такие язвы достигают в размерах 20-50 см и чрезвычайно болезненны [4].

Диссеминированная форма характеризуется диссеминированными высыпаниями в виде везикул и пустул, часто с геморрагическим компонентом, окруженные ободком гиперемии. Отсутствует характерное герпетиформное расположение элементов. Высыпания распространяются на всю кожу и слизистые. Везикулы и пустулы быстро вскрываются, образуя эрозии с отвесными краями. Возможны некрозы кожи с последующим изъязвлением. Язвы нередко сливаются в обширные полициклические очаги со слегка приподнятыми, валикообразными краями.

При тяжелом иммунодефиците возможна диссеминация инфекции с поражением внутренних органов: пищевода (язвенный эзофагит), ЦНС (энцефалит), глаз (кератит, кератоконъюнктивит, увеит) и дыхательных путей (пневмония).

Таким образом, у ВИЧ-инфицированных больных инфекция, обуслов­ленная вирусом простого гepпеса, протекает в виде следующих клиничес­ких форм:

* рецидивирующий герпес (с частой локализацией в полости рта, на гениталиях и перианальной области);
* хронический язвенный герпес (с частой локализацией в полости рта, на гениталиях и перианальной области);
* герпетический панариций;
* герпетический стоматит и гингивит;
* герпетический фарингит;
* герпетический эзофагит;
* герпетический проктит;
* диссеминированный герпес (при выраженном иммунодефиците).

Дифференциальный диагноз хронического язвенного герпеса прово­дят с опоясывающем лишаем, импетиго, эктимой, пролежнями, сифилисом, грибковыми инфекциями (криптококкоз, кокцидиоидоз, гистоплазмоз, североамериканский бластомикоз), фиксированной токсикодермией [3].

Герпетический панариций дифференцируют с паронихией, экстрагенитальным твердым шанкром. Генерализованный герпес необходимо отличать от ветряной оспы, опоясывающего лишая с диссеминированным поражением кожи, герпетической экземы Капоши.

Диагностика.

Диагностика герпетической инфекции основана на обнаружении в соскобах или мазках, взятых из основания свежих герпетических поражений кожи или слизистых оболочек мочеиспускательного канала, канала шейки матки, глаз, многоядерных гигантских клеток и внутрик­леточных включений. Препараты предварительно окрашиваются по Романовскому-Гимзе. Однако такие включения обнаруживаются лишь у 60% больных герпетической инфекцией, кроме того их трудно дифференцирова­ть от аналогичных включений при ветряной оспе (опоясывающем лишае).

Наиболее чувствительным и достоверным методом является изоляция возбудителя в развивающихся куриных эмбрионах и в чувствительных клеточных культурах. Широкое применение находят иммунофлюоресцентные, иммуноферментные и серологические методы. Перспективны современ­ные молекулярно-биологические методы (ПЦР, дотгибридизация), которые позволяют диагностировать всю группу герпес-вирусов. Наиболее часто используют несколько методов:

• выявление антигенов вирусов путем иммунофлюоресцентного, иммуноферментного или иммунопероксидазного исследования

• обнаружение вирусного генома (ПЦР, дотгибридизация)

• цитологические

• электронно-микроскопические

• серологические методы диагностики

Таким образом, диагноз герпетической инфекции, вызванной ВПГ, основывается на клинической картине, подтвержденной результатами лабораторных исследований (проба Тцанка, определение вирусных антигенов или выделение вируса в культуре клеток).

Лечение. Для терапии локализованных форм герпеса назначают ацикловир внутрь по 200 мг 5 раз в сутки или по 400 мг 3 раза в сутки в течение 10 сут. Если через 10 суток высыпания не заживают, показано в/в введение ацикловира. Хронический язвенный герпес, осложненный стафилококковой инфекцией, требует назначения антибиотиков.

Для лечения генерализованного герпеса назначают ацикловир в дозе 10 мг/кг в/в каждые 8 час в течение 7-14 сут, или до исчезновения клинических симптомов.

Вместо ацикловира можно использовать фамцикловир по 250 мг 3 раза в день внутрь или валацикловир(валтрекс по 1 гр 2 раза в день внутрь 7-10 дней). Местно назначают 5% крем зовиракс 5 раз в сутки (за исключением ночного времени). Крем наносят на очаги поражения или при рецидивах заболевания во время продромального периода, или сразу после, появления эрозий, язв. Лечение продолжают 7-10 дней. Крем зовиракс не следует наносить на слизистые оболочки.

*Опоясывающий лишай.*

Возбудителем является вирус герпеса 3 типа [4]. Который может вызывать опоясывающий лишай или ветряную оспу.

Заражение происходит воздушно-капельным путем. Заражение через пpедметы обихода маловероятно. Больной становится опасным за несколько суток до появления сыпи и остается заразным до исчезновения последней везикулы. Возможно заражение воздушно-пылевым путем от больного опоясывающим лишаем. Инкубационный период составляет 14 суток (от 10 до 23 сут). По сравнению с ветряной оспой контагиозность опоясывающего лишая примерно в 3 раза ниже.

При ветряной оспе вирус Varicella Zoster проникает в организм через слизистую верхних дыхательных путей и размножается, по-види­мому, в слизистой ротоглотки, после чего развивается первичная виремия. Гематогенным путем вирус попадает в кожу и слизистые, где оседает в клетках базального слоя эпителия. Как и все герпесвирусы, вирус Varicella Zoster переходит в латентную форму и сохраняется в черепно-спинномозговых ганглиях. Иммунитет к вирусу Varicella Zoster у переболевших ветряной оспой (как клеточный, так и гуморальный) довольно слабый. Поэтому даже незначительного его снижения доста­точно для реактивацин вируса. При реактивации вируса развивается опоясывающий лишай. При этом вирус вновь транспортируется по чувст­вительным нервам, но на этот раз в обратную сторону. Его передвижения сопровождаются невритом, поэтому заболевание начинается с боли, и только затем в соответствующем дерматоме появляются болезненные высыпания. Локализация боли зависит от того, в каком ганглии произошла реактивация вируса. Опоясывающий лишай поражает зону иннервации тройничного нерва, шейные, грудные, поясничные или крестцовые дерматомы. Постгерпетическая невралгия обусловлена скорее рубцовой деформацией нерва, чем его воспалением.

У 90% взрослого населения США в крови присутствуют антитела к вирусу Varicella Zoster. Это значит, что каждый из них может забо­леть опоясывающим лишаем. В тоже время постоянно растет число боль­ных с иммунодефицитом. Вирус Varicella Zoster реактивируется у 25% ВИЧ-инфицированных, что в 8 раз превышает средний показа­тель для взрослой группы 20-50 лет. Рецидивы опоясывающего лишая встречаются, как правило, только на фоне иммунодефицита, протекают дольше и тяжелее [4].

Клинико-морфологические проявления кожных поражений при ВГЗ практически не отличаются от таковых при ВИЧ. Кожные проявления соответствуют уровню поражения определенных вегетативных образований, неврологические расстройства обусловлены развитием специфического ганглионита (гассерова, коленчатого, шейных, грудных, пояснично-крестцовых ганглиев).

Поражения, обусловленные вирусом герпес-зостер, могут развиваться на различных этапах эволюции инфекции ВИЧ, но чаще всего при СПИД-ассоциированном комплексе и персистирующей генерализованной лимфаденопатии. Опоясывающий лишай часто бывает самым первым симптомом ВИЧ-инфекции; он появляется на год раньше кандидоза и «волосатой лейкоплакии» рта. Рецидивы герпес-зостер свидетельствуют о переходе заболевания в завершающую фазу - фазу СПИДа.

Клиническая картина опоясывающего лишая у больного СПИДом вариабельна: от легких локализованных форм до весьма тяжелых, язвенно-некротических и диссеминированных высыпаний. В процесс вовлекаются обычно два и более дерматома с образованием, как правило, диффузных очагов поражения. Помимо основного очага, нередко возникают дочерние (до нескольких десятков). Высыпания часто располагаются по ходу черепных нервов и в облас­ти крестца, сопровождаются болью. Причем, болевой синдром чаще всего возникает за 2 недели до появления высыпаний. Боль, как правило, носит интенсивный жгучий характер, распространяется по корешку пораженного ганглия. Исходом высыпаний являются рубцы, подчас обшир­ные при язвенно-некротических формах опоясывающего лишая.

При рецидивах опоясывающего лишая могут поражаться одни и те же либо новые дерматомы.

Постгерпетическая невралгия, часто обнаруживаемая у пожилых людей после перенесенного опоясывающего лишая, для больных СПИДом не характерна, так как большинство больных СПИДом являются лица моложе 40-летнего возраста. По данным Фицпатрика T., [4] постгерпетическая невралгия у ВИЧ-инфицированных встречается не чаще, чем у больных с нормальным иммунитетом.

Ветряная оспа у ВИЧ-инфицированных часто носит тяжелый, затяж­ной характер, осложняется поражением внутренних органов или вторичными бактериальными инфекциями и сопровождается высокой летальностью. Высыпания появляются волнами. У детей элементы сыпи немногочисленные, одиночные. У взрослых сыпь, как правило, обильная. Высыпания появля­ются на лице и волосистой части головы и постепенно распространяются на туловище и конечности. Самая обильная сыпь наблюдается между лопатками, по бокам живота, в подмышечных впадинах, подколенных и локтевых ямках. На туловище и лице высыпания гуще, чем на конечнос­тях. Ладони и подошвы, как правило, не поражены. Сначала появляются папулы или волдыри. Они быстро превращаются в поверхностные везику­лы бледно-желтого цвета, окруженные красным венчиком. Затем везику­лы превращаются в пустулы, заполненные гноем кремового цвета, а затем в красно-бурые корки. Так как высыпания появляются волнами, на одном и том же участке кожи можно одновременно видеть все стадии развития - папулы, везикулы, пустулы и корки. Корки отпадают через 1-3 недели оставляя розовые, слегка запавшие пятна, иногда остаются стойкие рубцы. Высыпания в виде везикул могут быть на слизистых, после вскрытия которых образуются эрозии диаметром 2-5 мм. Обычно поражается небо, реже слизистая носа, конъюнктива, глотка, гортань и трахея, ЖКТ, мочевые пути, влагалище, при стафилококковой или стреп­тококковой суперинфекции возможны импетиго, фурункулы, флегмона и гангрена. У ВИЧ-инфицированных детей встречается также хроническая форма ветряной оспы. Высыпания отличаются болезненностью и глубиной. Ветряная оспа и опоясывающий лишай с хроническим диссеминированным поражением сопровождается везикулами и пузырями (на ладонях и подошвах). Новые высыпания появляются постепенно. Они могут быть генерализованными либо ограничены пределами одного или несколь­ких дерматомов. Везикулы и пузыри оставляют после себя узлы, язвы и элементы, похожие на эктиму. Высыпания при гематогенной диссеминации вируса Varicella Zoster напоминают базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи. Без лечения эти высыпания держатся месяцами, иногда до конца жизни больного.

Диагностика.

• Проба Тцанка. В содержимом и соскобах со дна везикул и пустул определяют гигантские многоядерные кератиноциты (как и при герпесе).

• Определение вирусных антигенов. Методом прямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител можно выявить антиге­ны вируса простого герпеса ΙΙΙ типа в мазке, приготовленном из содержимого или соскоба со дна везикул.

• Выделение вируса в культуре клеток. Для вирусологического исследования используют содержимое или соскобы со дна везикул и однослойные культуры фибробластов человека. Вирус простого герпеса ΙΙΙ типа размножается в культуре клеток очень медленно, поэтому цитопатогенный эффект проявляется только через 3-10 суток. Это сложный и трудоемкий метод.

• Определение генетического материала вируса в крови методом ПЦР для диагностики герпетического энцефалита.

• Патоморфология. В пораженной коже и внутренних органах обнаруживают гигантские многоядерные клетки эпителиального происхождения. Появление таких клеток вызывает как вирус простого герпеса, так и вирус простого герпеса ΙΙΙ типа.

Лечение и профилактика.

Профилактика.

Для профилактики проводится иммунизация и профилактический прием противовирусных препаратов. Иммунизация осуществляется с помощью вакцины против вируса простого герпеса ΙΙΙ типа. Вакцинация обязательна для взрослых, не болевших ветряной оспой, для новорожденных и для ВИЧ-инфицированных больных.

Вакцина "Варивакс" формирует гуморальный и клеточный иммунитет и предупреждает опоясывающий лишай у больных с ослабленным иммуните­том.

При высоком риске реактивации вируса назначают ацикловир внутрь 2 раза в день в течение 4-6 недель.

*Лечение.*

Целью лечения является устранить боль, ускорить заживление высыпаний, облегчить физические и душевные страдания, предотвращать диссеминацию, частоту и тяжесть постгерпетической невралгии, предуп­редить распространение инфекции.

Противовирусные препараты.

Для больных, у которых определяется легкий или умеренный иммунодефицит, назначают ацикловир, 800 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 7- 14 суток. Если лечение начато не позднее 48 часов после появления сыпи, заживление идет быстрее и уменьшается длительность болевого синдрома. Хорошие результаты получены при в/в введении ацикловира. Препарат в дозе 10 мг/кг каждые 8 часов в течение 7 сут снижал час­тоту возникновения постгерпетической невралгии, если лечение начинали в первые 4 сут после появления боли либо не позднее 48 час после появления сыпи.

* Валацикловир: 1000 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7-14 сут.
* Фамцикловир: 500 мг внутрь 2 раза в сут в течение 7-14 суток.
* Фоскарнет: назначают по 60 мг/кг каждые 8 часов в течение 7-14 сут при устойчивости возбудителя к ацикловиру

Больным с тяжелым иммунодефицитом для предотвращения диссеминированной инфекции назначают ацикловир в/в и альфа-интерферон-рекомбинантный 2а.

*Бородавки*

Вирус папилломы человека (ВПЧ) относится к семейству паповавирусов, содержит двухцепочную ДНК. Заражение происходит контактным путем (при соприкосновении кожи с пораженной кожей). Проникновению инфекции способствуют мелкие травмы с нарушением целости рогового слоя эпидермиса. Факторами риска является иммунодефицит: ВИЧ-инфекция и иммуносупрессивная терапия после трансплантации органов.

Различают бородавки простые (verruca vulgaris) вызываются ВПЧ 1,2,4,26,27 типа, подош­венные (verruca plantaris) вызываются ВПЧ 1,2,4,63 типа и плоские (verruca plana) вызываются ВПЧ 3, 10, 27, 28 типа.

Элементами сыпи бородавок являются плотные папулы диаметром 1-10 мм и больше, чаще округлой формы. Цвет их не отличается от цвета окружающей кожи. Поверхность покрыта роговыми наслоениями. Под лупой видны черно-коричневые точки, представляющие собой затромбированные капилляры. Это - патогномоничный признак бородавок.

Простые бородавки располагаются в виде одиночных или множествен­ных обособленных элементов, расположенных беспорядочно. Возле удален­ной бородавки могут появиться новые папулы, расположенные по кругу. Излюбленной локализацией являются легко травмируемые участки: кисти, пальцы рук, колени.

Подошвенные бородавки представляют собой ороговевающую бляшку с грубой неровной поверхностью. Чтобы выявить характерные черно-коричневые точки, нужно скальпелем удалить с поверхности бородавки роговые массы. Чаще всего эти бородавки локализуются в проекции головок плюсневых костей, в области пятки, в области подушечек паль­цев и др. опорных участков стопы. Подошвенные бородавки - это обыч­но одиночное образование, однако встречаются 3-6 и более бородавок.

Плоские или юношеские бородавки - это плоские, четко отграни­ченные папулы с гладкой поверхностью в диаметре 1-5 мм. Они возвы­шаются над поверхностью кожи на 1-2 мм, обычно круглой, овальной или многоугольной формы светло-коричневого, розового или цвета нормальной кожи. Характерной особенностью плоских бородавок являются наличие множественных обособленных элементов, расположенных скучено.

В местах травм возможно линейное расположение элементов. Излюбленной локализацией их является лицо, особенно подбородок, тыльная поверхность кистей, голени.

Дифференциальный диагноз простых бородавок проводят с контагиозным моллюском, старческой кератомой. Подошвенные бородавки отли­чаются от мозоли, омозолелости, экзостоза, плоские - от сирингомы (при локализации на лице), контагиозного моллюска [3].

Для постановки диагноза обычно достаточно клинической картины. При патоморфологическом исследовании кожи определяется акантоз, папилломатоз, гиперкератоз. Характерные признаки - койлоцитоз (оби­лие эпителиальных клеток, иногда двуядерных, с характерной зоной просветления вокруг ядра), скопление гранул кератогиалина, вертикальные очаги паракератоза.

У больных с нормальным иммунитетом бородавки как правило проходят самостоятельно. Для больных ВИЧ-инфекцией характерен распространенный характер высыпаний на коже рук, ног, особенно на лице, в полости рта, на половых органах, в перианальной области.

По мере нарастания имму­нодефицита бородавки могут быть очень большими, множественными, быстро расти, поражать обширные участки кожи. Они с трудом поддаются лечению. Обычно применяют местно кератолитики, электрокоагуляцию, криотерапию, лазеротерапию, но рецидивы почти неминуемы.

*Остроконечные кондиломы* (condilomata acuminata, вирусные папилломы, остроконечные бородавки, генитальные бородавки).

Остроконечные кондиломы представляют собой мягкие мясистые бородавки телесного цвета, которые появляются на коже и слизистых половых органов, рта и перианальной области.

Этим заболеванием обычно болеют молодые люди, ведущие, беспорядочную половую жизнь.

Остроконечные кондиломы чаще всего бывают вызваны ВПЧ типом 6 и 11, реже - типов 6,11,30. Заражение происходит контактным путем, в том числе и половым. Контагиозность высока в периоды обострения, когда появляются остроконечные кондиломы.

Инкубационный период заболевания составляет от нескольких недель до нескольких лет.

Высыпания представлены папулами величиной от булавочной головки до опухолевидных образований, напоминающих цветную капусту. На половом члене, вульве и коже других половых органов высыпания могут быть незаметны. Чтобы их выявить, проводят пробу с 5% уксусной кислотой, после чего появляются мелкие белые папулы. Обычно кондиломы мягкой консистенции розового, красного или цвета нормальной кожи. Форма их может быть бородавчатая, нитевидная или сидячая (особенно на половом члене). Одиночные кондиломы встре­чаются редко. Обычно они множественные и располагаются группами. Группы напоминают гроздья винограда или цветную капусту. Перианальные остроконечные кондиломы иногда образуют разрастания размером с грецкий орех или яблоко.

У мужчин кондиломы чаще располагаются в области уздечки крайней плоти, головки полового члена, крайней плоти, тела полового члена, мошонки. У женщин - в области половых губ, клитора, вокруг наружного отверстии мочеиспускательного канала, влагалища, шейки матки. Одина­ково часто и у мужчин и у женщин остроконечные кондиломы встречаются в области промежности, перианальной области, области заднепроходного канала, прямой кишки, наружного отверстия мочеиспускательного ка­нала, мочевого пузыря, ротоглотки.

Дифференциальную диагностику остроконечных кондилом проводят с вторичным сифилисом (широкие кондиломы), контагиозным моллюском, бовеноидным папулезом, плоскоклеточным раком, красным плоским лишаем, множественными мелкими ангиофибромами на венце головки, волосяной кистой, чесоточной лимфоплазией [3].

Каждому больному с остроконечными кондиломами проводят реакции на сифилис и предлагают пройти обследование на ВИЧ-инфекцию.

При подозрении на предраковые заболевания и плоскоклеточный рак показана биопсия. Больным женщинам с остроконечными кондиломами показано еже­годное цитологическое исследование мазков с шейки матки, т.к. ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 40, 51, 52, 56, 58, 66, 68 и 70 типы вызывают рак шейки матки. Идентификацию вирусной ДНК и определение типа вируса папилломы человека проводят с помощью флюоресцентной гибридизации в мазке или в биопсийном материале.

Для постановки диагноза достаточно клинической картины, а при необходимости диагноз подтверждают с помощью биопсии. Лечение остроконечных кондилом аналогично лечению бородавок: химическая деструкция, электрокоагуляция, криодеструкция, лазеротерапия. В качестве иммунокорректора используется ликопид внутрь по 20 мг ежедневно в течение 10 дней после удаления кондилом. Даже при правильном лечении остроконечные кондиломы часто рецидивируют. Это связано с сохранением вируса во внешне здоровой коже вокруг высыпаний. Рецидив связан не с повторным заражением от полового партнера, а с реактивацией вируса. Генитальные бородавки характерны для больных ВИЧ-инфекцией, особенно заразившихся, половым путем.

По мере нарастания иммунодефицита остроконечные кондиломы стано­вятся множественными, поражаются обширные участки кожи и слизистой и с трудом поддаются лечению.

*ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА*

Вирус контагиозного моллюска относится к семейству поксивирусов. Известно два типа вируса. Однако до настоящего времени выделить вирус в культуре клеток не удалось [4].

Инкубационный период длится от нескольких недель до нескольких месяцев. Обычно болеют дети и взрослые, ведущие половую жизнь. Чаще болеют мужчины.

Заражение происходит контактным путем - при тесном контакте с телом больного, ношении общей одежды, использовании общего постельного белья и полотенец. Вирус передается через эрозивно-язвенные дефекты на коже и слизистых оболочках, в том числе при половых контактах.

Элементами сыпи при контагиозном моллюске являются папулы (диаметром 1-2 мм), узлы (5-10 мм), изредка - гигантские узлы. В центре крупных элементов имеется пупковидное вдавление, заполненное роговыми массами. При надавливании из центрального углубления выде­ляется белесая кашицеобразная масса. Рассасывающиеся элементы окружены ободком гиперемии. Элементы сыпи обычно круглой, овальной или полусферической формы жемчужно-белого, розового или цвета нормальной кожи. Высыпания обычно обособленные, одиночные или множественные, располагаются беспорядочно. При аутоинокуляции появляются группы элементов на соприкасающихся поверхностях тела (например, в подмышечных впадинах). Высыпания контагиозного моллюска располагается на лице, в том числе на веках, шее, туловище, в подмышечных впадинах, промежности, наружных половых органах, перианальной области.

Контагиозный моллюск встречается у 18% ВИЧ-инфицированных, протекает тяжелее, труднее поддается лечению. Тяжесть его проявления зависит от степени иммунодефицита. Характер­ны длительно персистирующие множественные элементы - папулы, узлы и одиночные опухолевидные элементы диаметром более 1см. Излюбленная 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.

Дифференциальный диагноз множественных мелких элементов проводят с плоскими бородавками, остроконечными бородавками, сирингомой, гиперплазией сальных желез. Одиночный крупный элемент необходимо отличать от кератоакантомы, плоскоклеточного рака кожи. Множественные мелкие элементы на лице у ВИЧ-инфицированных необходимо диф­ференцировать от криптококкоза, гистоплазмоза, кокцидиоидоза.

Для постановки диагноза обычно достаточно клинической картины. При ВИЧ-инфекции для исключения глубоких микозов показана биопсия. При микроскопическом исследовании мазка из отделяемой роговой массы, окрашенного по Гимзе, видны внутриклеточные цитоплазматические включения - моллюсковые тельца.

Патоморфологическое исследование кожи выявляет грушевидные выросты эпидермиса, вклинивающиеся в дерму. В кератиноцитах содержатся крупные цитоплазматические включения - моллюсковые тельца. В клетках базального и шиповатого слоев эти включения одиночные, представляют собой мелкие овальные эозинофильные структуры. Иногда поражаются волосяные фолликулы.

При нормальном иммунитете заболевание проходит самостоятельно. У ВИЧ-инфицированных высыпания нередко прогрессируют даже в ходе лечения, приводя к косметическим дефектам (особенно при локализации на лице). Лечение направлено не на искоренение контагиозного моллюска, а скорее на ликвидацию косметических дефектов. Используют криодеструкцию, кюретаж, электрокоагуляцию и лазерную терапию.

У ВИЧ-инфицированных после удаления моллюска рецидивы, как правило, неизбежны.

*"Волосатая" лейкоплакия*

Одним из ранних маркеров ВИЧ-инфекции является "волосатая" (ворсинчатая) лейкоплакия (ВЛ). Это заболевание встречается только у ВИЧ-инфицированных и является неблагоприятным прогностическим признаком. Если “волосатую” лейкоплакию рта выявляют до постановки диагноза СПИДа, вероятность развития СПИДа в течение 16 месяцев составляет 48%, в течение 31 мес - 83% [4].

"Волосатая" лейкоплакия представляет собой доброкачественную гиперплазию слизистой полости рта, вызванную вирусом Эпштейн-Барра (вирус простого герпеса 4 типа).

Жалоб обычно больные не предъявляют, их беспокоит косметический дефект. Иногда отмечается слабая болезненность или жжение.

Клинически ВЛ представляет собой белесые или сероватые бородавчатые бляшки с четкими границами. Эти разрастания имеют длину от нескольких миллиметров до 2-3 см. Поверхность слизистой шеро­ховатая, "лохматая" или "гофрированная". Типичной локализацией ВЛ является краевая зона языка, реже процесс занимает всю его по­верхность и распространяется на слизистые оболочки щек. ВЛ может сочетаться и с другими симптомами поражения слизистой оболочки по­лости рта (изъязвлениями вирусной или бактериальной этиологии, кандидозным стоматитом, абсцессами, гингивитом, афтами).

Дифференциальный диагноз проводят с гиперпластическим кандидозом (кандидозная лейкоплакия), остроконечными кондиломами, геогра­фическим языком, красным плоским лишаем, никотиновой лейкоплакией рта, вторичным сифилисом, плоскоклеточным раком языка и слизистой рта (in situ или инвазивным), хронической механической травмой [3].

Диагностика.

Гистологически в эпителии кожи определяются акантоз и гипер­кератоз, нитевидные отложения кератина, койлоцитоз.

Посев неинформативен. Часто выявляется Candida albicans.

Электронная микроскопия позволяет в эпителиальных клетках най­ти включения, характерные для герпесвирусов и маркеры вируса Эпштейн-Барра.

В целом, для постановки диагноза ВЛ достаточно клинической картины. Бляшки ВЛ нельзя ни соскаблить, ни устранить с помощью противогрибковых средств.

Лечение.

Для общего лечения используют зидовудин, ацикловир (местно и внутрь), ганцикловир, фоскарнет. Местно в большинстве случаев достаточно 5-минутных аппликаций подофиллина (25% р-р в бензоине) с помощью ватного тампона. Однако, спустя недели и месяцы, как правило, возникает рецидив. Возможно использование криотерапии с помощью аппарата КД-3.

У больных, которые получают АРВТ контагиозный моллюск либо не возникает вообще, либо регрессирует через несколько месяцев.

**Литература**

1.Дащук А.М. ВИЧ/СПИД-инфекция / А.М.Дащук, Л.И.Черникова. - Х.: «С.А.М.». –2015.- 246с.

2. Дерматология и венерология / Под ред. проф. В.И.Степаненко. – Киев: КИМ, 2012. – 904с.

3. Кожные болезни. Диагностика и лечение./ П.Хэбиф.- М., 2007. – 672 с.

4. Дерматология по Т.Фицпатрику. Атлас-справочник./Вульф К., Джонсон Р. Сюрмонд Д.// Второе русское издание. Пер. с англ. - М.: Практика, 2007 - С. 1248.

**ВІРУСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ У ХВОРИХ НА НА ТЛІ ВІЛ / СНІД-ІНФЕКЦІЇ**

*Дащук А.М., Куцевляк Л.О., Літвін О.С.*

У статті розглядаються питання, присвячені вірусним ураженням шкіри у хворих з ВІЛ / СНІД-інфекцією. Детально розглянуто клініка, діагностика та лікування даної патології

*Ключові слова*: ВІЛ / СНІД-інфекція, вірусні захворювання шкіри, діагностика, лікування.

**VIRAL SKIN DISEASE PATIENTS ON THE BACKGROUND OF HIV / AIDS INFECTION**

*Daschuk AM, Kutsevlyak L.O., Litvin E.S.*

This article discusses the dedicated viral skin lesions in patients with HIV / AIDS infection. We discuss the clinical features, diagnosis and treatment of this disease

*Keywords*: HIV / AIDS infection, viral skin diseases, diagnosis, treatment.