

BMJ Best Practice

დერმატოლოგიური დაავადებების შეფასება აივ-ის დროს

უშუალოდ პაციენტის მოვლის ადგილას



სარჩევი

მიმოხილვა	3
შეჯამება	3
თეორია	4
ეტიოლოგია	4
გადაუდებელი მდგომარეობები	41
ურგენტული საკითხები	41
დიაგნოზი	43
მიდგომა	43
დიფ. დიაგნოზის მიმოხილვა	64
დიფერენციული დიაგნოზები	67
გაიდლაინები	100
წყაროები	101
სურათები	111
განმარტება	147

შეჯამება

აივ ეპიდემიის აღრეულ ეტაპზე კანის დაავადებები ხშირად იყო ინფექციის გამოვლინება.^[1] კანის მანიფესტაციები ხშირად ასახავს იმუნურ სტატუსს და შესაძლოა მოგვცეს ინფორმაცია გრძელვადიანი პროგნოზის შესახებ. მიუხედავად იმისა, რომ ანტირეტროვირუსული მკურნალობის შედეგად ოპორტუნიტული ინფექციებით კანის მხრივ ავადობამ იკლო, ჯერ კიდევ არსებობს მნიშვნელოვანი დერმატოლოგიური პრობლემების რისკი. აივ-ის დროს დერმატოლოგიური დაავადებები შესაძლოა დავყოთ შემდეგ კატეგორიებად: ინფექციური, ანთებითი, ნეოპლასტიკური, მედიკამენტოზური და მეტაბოლური.

ეთიოლოგია

კანისა და აივ ინფექციასთან ასოცირებული სხვადასხვა დაავადებების ეთიოლოგია ცვალებადია. კანის ზოგიერთი დაავადება აივ-ინფექციისთვის საკმაოდ სპეციფიკურია. კანის სხვა დაავადებები შეიძლება შეგვხვდეს არა-აივ ინფიცირებულთა პოპულაციებში, მაგრამ აქვთ განსხვავებული გამოვლინებები აივ ინფიცირებულებში.

უნდა გავითვალისწინოთ ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიური ფაქტორები. სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მიდგომა შესაძლოა განსხვავდებოდეს ადგილობრივი ხელმისაწვდომობის მიხედვით; გაიდლაინები მწირია.[2] [3] ანტირეტროვირუსულმა თერაპიამ შეიძლება შეამციროს გარკვეული დერმატოზების გავრცელება და პროგრესირება აივ-ით დაავადებულ პაციენტებში; შეიძლება გაიზარდოს კანის წამლის რეაქციების პრევალენტობა.

აივ-სპეციფიკური დერმატოზები

ამ დაავადებებს მიეკუთვნება აივ-თან დაკავშირებული ლიპოდისტროფია, ეოზინოფილური ფოლიკულიტი (EF), ორალური თმისანი ლეიკოპლაკია, აივ პაპულარული ქავილი (PPE), აივ ფოტოდერმატიტი, პურიგო კვანძოვანი, კაპოშის სარკომა, იმუნური ალდგენის ანთებითი სინდრომი და აფთოზური წყლულები. ისინი იშვიათად ჩნდება იმუნოკომპრომისის ან აივ-ის გარეშე.

- აივ-დაკავშირებული ლიპოდისტროფია მეტაბოლური დარღვევაა, რაც უმეტესად გამოწვეულია ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების ქრონიკული გამოყენების არასასურველი ეფექტებით. დისლიპიდემიური მეტაბოლური დარღვევები, ცხიმოვანი დალექვის დარღვევები და სხვა სიმპტომები და ნიშნები, რომლებიც დაკავშირებულია აივ-დაკავშირებულ ლიპოდისტროფიასთან, კარგადაა ცნობილი ნუკლეოზიდების რევერსტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორებთან მიმართებაში, მიტოქონდრიების დისფუნქციის და პროტეაზების ინჰიბიტორების მეშვეობით, ცხიმოვანი მუცლის მეტაბოლური დარღვევის მეშვეობით.[4] [5]



აივ-დაკავშირებული ლიპოდისტროფია, რომელიც ავლენს სახის ატროფიას კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით

- ეოზინოფილური ფოლიკულიტის პათოგენები არ არის კარგად შესწავლილი. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგი მიიჩნევს, რომ ეოზინოფილური ფოლიკულიტის პათოგენები მოიცავს იმუნური დარღვევისა და ჰიპერმგრძნობელობის რეაქციის კომბინაციას *Demodex folliculorum* ტკიპასთან კონტაქტის გამო, რომელიც ხშირად ბინადრობს ადამიანის კანში, ლიტერატურა დაავადების ეტიოლოგიის შესახებ არათანმიმდევრულია და საჭიროებს დაზუსტებას.[6] [7]



ეოზინოფილური ფოლიკულიტი ლოყაზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ეოზინოფილური ფოლიკულიტი მკერდზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

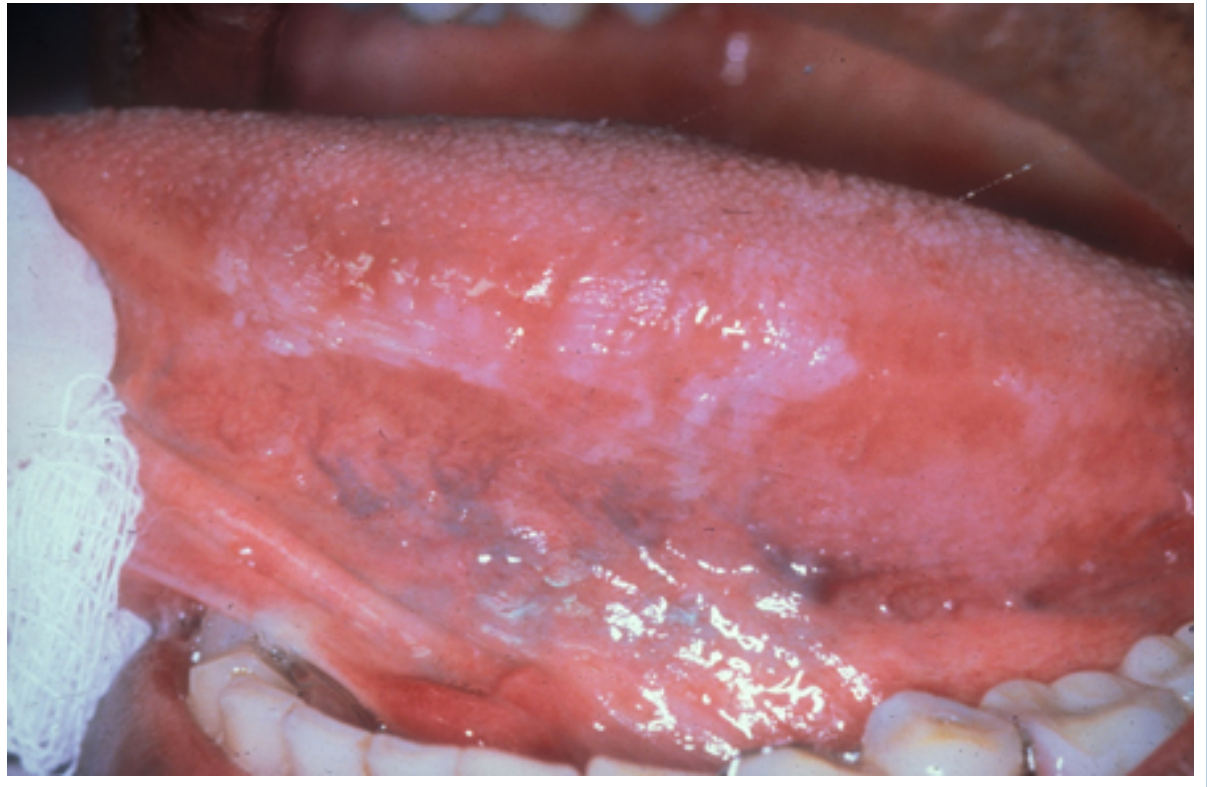
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- პირის ღრუს "თმისანი" ლეიკოპლაკია უმეტესად განპირობებულია ებშტეინ-ბარის ვირუსით.



პირის ღრუს თმოვანი ლეიკოპლაკია

ტიმ ბერგერის კოლექციიდან, MD, კალიფორნიის სან ფრანცისკოს
უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის დეპარტამენტი; გამოიყენება ნებართვით



პირის ღრუს თმოვანი ლეიკოპლაკია

ტიმ ბერგერის კოლექციიდან, MD, კალიფორნიის სან ფრანცისკოს
უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის დეპარტამენტი; გამოიყენება ნებართვით



პირის ღრუს თმოვანი ლეიკოპლაკია

ტიმ ბერგერის კოლექციიდან, MD, კალიფორნიის სან ფრანცისკოს

უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის დეპარტამენტი; გამოიყენება ნებართვით

- აივ პაპულარული ქავილი განპირობებულია ფეხსახსრიან მწერების ნაკბენზე რეაქციით და აივ-თან დაკავშირებული იმუნური დარღვევით.^[8]



პაპულარული მქაფანა გამონაყარი წინამხარზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- აივ ფოტოდერმატიტის უცნობი ეტიოლოგია აქვს. თუ ნაწიბურები და თეთრი ფერიჭამიები გამოვლინდა სახესა და/ან ხელებზე, უნდა ვიფიქროთ კანის გვიან პორფირიაზე.



ფოტოდერმატიტი მზისადმი ექსპოზირებულ ადგილებზე - მკლავი
კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



ფოტოდერმატიტი მზისადმი ექსპოზირებულ ადგილებზე - ხელის ზურგი
კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



ფოტოდერმატიტი მზისადმი ექსპოზირებულ ადგილებზე - სახის ქვედა ნაწილი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ თერაპიაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- კვანძოვანი პრურიგო: მნიშვნელოვნად ასოცირდება აივ ინფექციასთან.[9] [10] ზოგჯერ ასოცირდება C ან B ჰეპატიტების კონინფექციასთან.

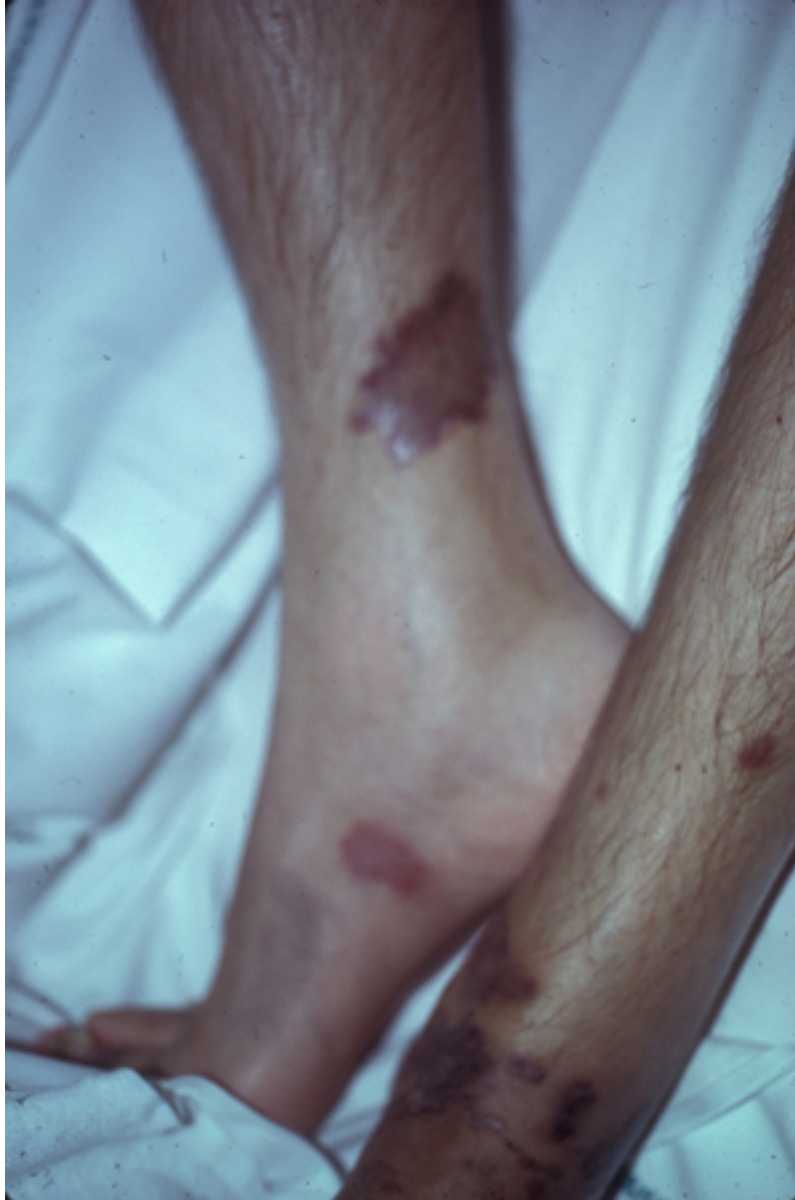


კვანძოვანი პრურიგოზ ავლენს კვანძებს და წინამხრის ჰიპერპირგმენტაციას

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- კაპოშის სარკომა: ყველაზე ხშირი აივ-დაკავშირებული ავთვისებიანი მდგომარეობაა მოზრდილებსა და ბავშვებში.[11] [12]



კაპოშის სარკომა ქვედა კიდურებზე
კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ თერაპიაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



კაპოშის სარკომა სასაზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

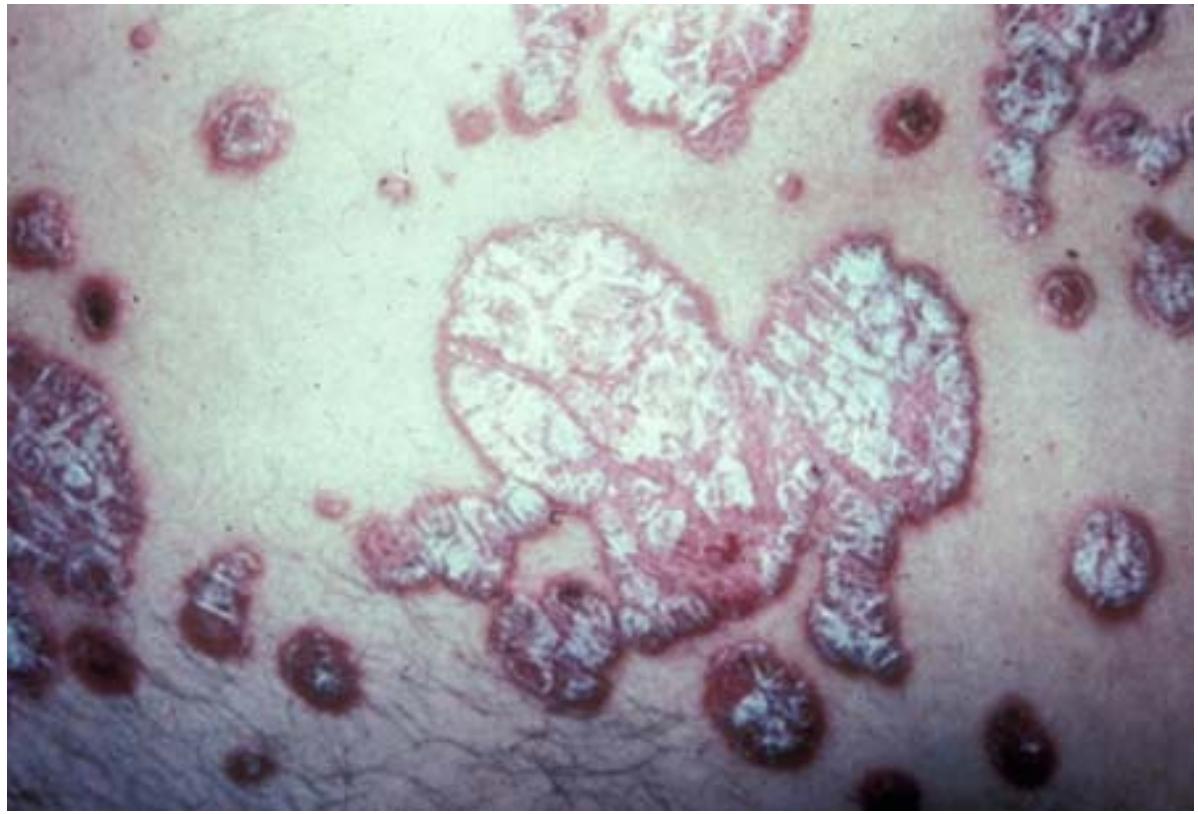
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- იმუნური რეგულაციის ანთებითი სინდრომი ვლინდება პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებით ან ახალი ოპორტუნიტული ინფექციის გამოვლინებით ანტირეტროვირუსული კომბინაციის დაწყების შემდეგ. პაციენტები, რომლებსაც აქვთ <50 უჯრედი/მიკროლიტრი CD4 რაოდენობა, უფრო მარალი რისკის ქვეშ არიან.[13]
- აფთოზური წყლულები ხშირად ვლინდება მწვავე აივ ინფექციის დროს. ისინი ასევე პირდაპირაა დაკავშირებული იმუნურ მდგომარეობასთან. პაციენტებს განმეორებით აფთოზური სტომატიტით ხშირად აქვთ ნუტრიციული დეფიციტები.[14]

არა-აივ-სპეციფიკური დერმატოზები, რომლებიც ცვლის აივ გამოვლინებას

კანის დაავადებები, რომლებიც გვხვდება როგორც იმუნოკომპეტენტურ, ასევე აივ ინფიცირებულ პოპულაციებში, რომლებიც შეიძლება უფრო ხშირად ან უფრო მძიმე ფორმით გამოვლინდეს აივ ინფიცირებულ ადამიანებში.

- ფსორიაზი: აივ პაციენტებში, სიხშირით მსგავსია ზოგადი პოპულაციისა (1-3%-ში).[15] [16]



ფსორიაზული ფოლადები აჩვენებს კარგად შემოფარგლულ ვერცხლის ქერცლებს ერიოთმატოზულ ფუძეზე კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



ინვერსიული ფსორიაზი ფეხის გულებზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ინვერსიული ფსორიაზი ხელის გულებზე

კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით

- სეზონური დერმატიტი: გავრცელებული დერმატოზი ზოგად პოპულაციაში (1%-დან 3%-მდე); ანტირეტროვირუსული თერაპიის ეპოქაში აივ ინფიცირებულ ადამიანებში დაფიქსირდა სეზონური დერმატიტის პრევალენტობა 1%-დან 25%-მდე.[17] [18]



სებორეული დერმატიტი, რომელიც აჩვენებს ტიპურ განაწილებას სახეზე
კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- ატოპიური დერმატიტი: მაღალი გავრცელება მოზრდილებში და პედიატრიულ პოპულაციაში; ერთი დიაგრამის მიმოხილვაში აივ-ინფიცირებული ბავშვებისა და მოზარდების 20%-ს ჰქონდა ატოპიური დერმატიტი.[19]

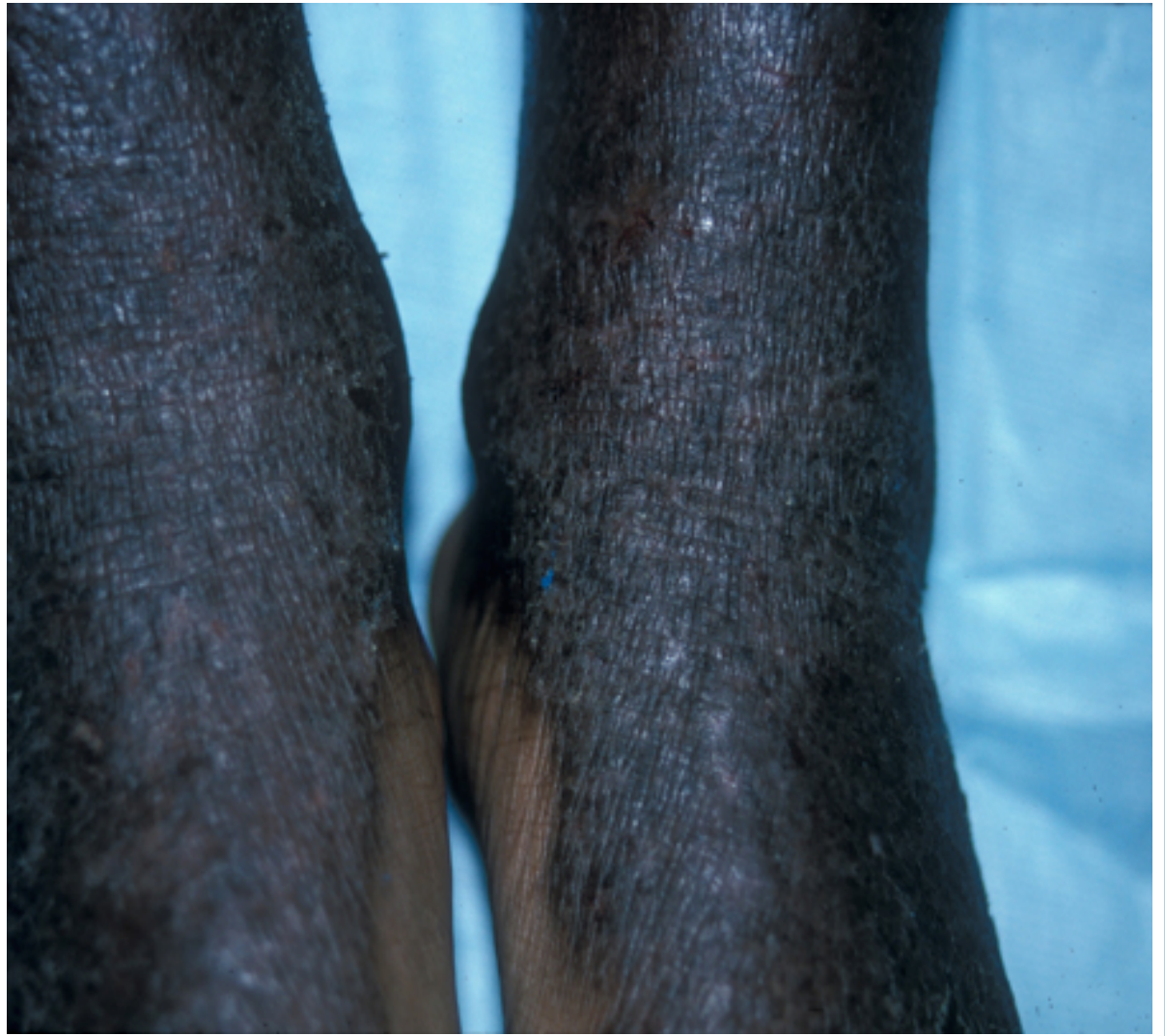


ატოპიური დერმატიტი იდაყვის ფოსოზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ თერაპია. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- ქსეროზი: მაღალი გავრცელება აივ ინფიცირებულ პაციენტებში (23% - 52%).^{[20] [21]} შესაძლოა ოფლის გამოყოფის და ცხიმოვანი ჯირკვლების სეკრეციის დაქვეითება და შეუცვლელი ცხიმოვანი მუცლების მალაბსორბცია მათში, ვისაც აქვს კახექსია.



ქსეროზი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- პერიორალური დერმატიტი: უფრო ხშირია ქალებში.



პერიორალური დერმატიტი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ თერაპიით. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- Acne vulgaris: ანთებები ხშირია აივ-ინფიცირებულ ადამიანებში, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც ანტირეტროვირუსული თერაპიით მკურნალობა პაციენტების იმუნიტეტზე ახდენს ზეგავლენას. CD4 უჯრედების დაბალი რაოდენობის მქონე პაციენტებში ვულგარული აკნე იშვიათია.[22]



სახეზე ვულგარული აკნე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- რეტროვირუსული ართრიტის კანის გამოვლინებები (რეტერის სინდრომი): მოიცავს ჰიპერკერატოზულ კანს და ერითემატოზულ დერმატიტს. ძირითადად გვხვდება ადამიანის ლეიკოციტების ანტიგენ-B27-დადებით მამაკაცებში და შეიძლება იყოს დადებითი ოჯახური ანამნეზი. ასევე აღინიშნება აივ ინფექციის თანაგამოვლინება. აივ-ინფექციური სიმპტომები შესაძლოა გამოვლინდეს რეტროვირუსული ართრიტის სიმპტომებთან ერთად ან რეტროვირუსული ართრიტის დაწყება შესაძლოა გამოვლინდეს აივ ინფექციის სიმპტომების გამოვლენიდან მოკლე დროში.[15] [23]
- კონტაგიოზური მოლუსკის ვირუსი (MCV): მძიმე MCV ინფექციით ავადდებოდა აივ-ით ინფიცირებულთა დაახლოებით 5%-დან 18%-მდე, ანტირეტროვირუსული თერაპიის გამოგონებამდე.[24] ექსტენსიური/გავრცობილი დაავადება, როგორც წესი, გვხვდება ადამიანებში, რომლებსაც აქვთ CD4 რაოდენობა 200 უჯრედ/მიკროლიტრზე მნიშვნელოვნად დაბალი.[24] დიფერენციალური დიაგნოსტიკის დროს მნიშვნელოვანი იმუნოდეფიციტის შემთხვევაში გასათვალისწინებელია Histoplasma, Cryptococcus, and Talaromyces marneffe (წარსულში პენიცილიუმი) ინფექციები. ტალარომიკოზი (წარსულში პენიცილიოზი) მეტად გავრცელებულია სამხრეთ აზიაში; კრიპტოკოკული ინფექცია მთელ მსოფლიოშია გავრცელებული; ჰისტოპლაზმოზი ჩნდება მდინარის ხეობების გარშემო და დაფიქსირებულია ჩრდილოეთ და სამხრეთ ამერიკაში, სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიასა და ცენტრალურ აფრიკაში.



კონტაგიოზური მოლუსკი ლოყაზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- ადამიანის პაპილომავირუსი (HPV): აივ ინფიცირებულ ადამიანებში ხშირია პაპილომები და აივ-ის პროგრესირებასთან ერთად ისინი შესაძლოა უფრო რთული სამკურნალო იყოს; ბოუენის დაავადება, ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომის ფორმა ინ სიტუ, რომელსაც აქვს ბოუენოიდური პაპულოზის ვარიანტი, რომლის დროსაც ვითარდება ბრტყელი, მუქი პაპულები მენჯის არეში; ვერუციფორმული ეპიდერმოლისპლაზია HPV-ის უჩვეულო გამოვლინებაა ექსტენსიური ბრტყელი მეჭეჭებით კანზე, ხელის მტევნის ზურგზე, სახეზე და კიდურებზე.



ადამიანის პაპილომაგირუსი ფეხის გულებზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- მარტივი ჰერპესის ვირუსი: დისემინირება იშვიათია მძიმედ იმუნოკომპრომისულ პაციენტებში.



მარტივი ჰერპეს ვირუსი ღუნდულებზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



მარტივი ჰერპეს ვირუსი, რომელიც გავს სტაფილოკოკურ ინფექციას
კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- ვარიცელა ზოსტერ ვირუსი: აივ-ინფიცირებული პაციენტების უმეტესობას ქონდა ჯერ ვარიცელა, რომელიც ვლინდებოდა ზოსტერის სახით შედარებით ნორმალური CD4-ის რაოდენობაზე. ჰერპეს ზოსტერის სიხშირე შემცირდა აივ ინფიცირებულ ბავშვებში.[25]



ვარიცელა ზოსტერ ვირუსი ზურგზე

ტიმ ბერგერის კოლეჯიდან, MD, კალიფორნიის სან ფრანცისკოს

უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის დეპარტამენტი; გამოიყენება ნებართვით

- სტაფილოკოკური ინფექცია: შესაძლოა გამოიწვიოს ბულოზური იმპეტიგო, ექთიმა, ფოლიკულიტი და ბოტრიომიკოზი.



სტაფილოკოკური ფოლიკულიტი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



სტაფილოკოკური წყლულები

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ თერაპიაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ბოტრიომიკოზი ილიაში

კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით

- ბაცილარული ანგიომატოზი: აღრიცხულია სამხრეთ ამერიკაში, ევროპაში, ინდოეთში და აფრიკაში.[26] [27] [28] [29] [30] უნდა გავითვალისწინოთ აივ-დადებით პაციენტებში, რომელსაც უცნობი ეტიოლოგიის ცხელება აქვთ; გავს კაპომის სარკომას, კანის ლიმფომას ან პიოგენურ გრანულომას; შესაძლოა აგრეთვე დაკავშირებული იყოს თავის ტვინის, ღვიძლის, ლიმფური სადინრების და ფილტვის დაზიანებასთან.



ბაცილარული ანგიომატოზი

- კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით
- სიფილისი: გაზრდილი პრევალენტობა აივ-ინფიცირებულ პოპულაციაში და მსოფლიოში აღრიცხული შემთხვევების ზრდა.[31] [32] [33] [34] ურბანულ ადგილებში შემთხვევების უმრავლესობა აღინიშნება მამაკაცებში, რომლებსაც მამაკაცებთან აქვთ სქესობრივი კავშირი.[35] [36] მეთამფეტამინის გამოყენება აღინიშნება ზოგიერთ მოხსენებაში, რომელშიც ნაჩვენებია ინციდენტობის მომატება აშშ-სა და ევროპაში.[37] [38] კვლევები აღწერს, რომ აივ-ინფიცირებულ ქალთა შორის რისკფაქტორს წარმოადგენს სექს-მუშაობა კონდომების შეზღუდული გამოყენებით ან მათი გამოყენებლობით და აგრეთვე ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება.[31] [39] კანის პირველადი, მეორეული და მესამეული გამოვლინებები აივ-დადებით და აივ-უარყოფით პაციენტებში მსგავსია, თუმცა გამოვლინება აივ-დადებით პაციენტებში შეიძლება ატიპური იყოს. მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს ნეიროსიფილისი.



სიფილისი ფეხის გულებზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



სიფილისური გამონაყარი მკერდზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ თერაპიაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- გონორეა: გაზრდილი პრევალენტობა აივ-ინფიცირებულ პოპულაციაში (უმეტესად მამაკაცებში, რომლებსაც მამაკაცებთან აქვთ სქესობრივი კავშირი). უსიმტპომო ინფექციები ხშირია ხახასა და ანუსის მიდამოში. რეზისტენტობა ანტიბიოტიკების მიმართ მზარდი პრობლემაა.[40]
- ქლამიდია/ვენერიული ლიმფოგრანულომა (LGV): ქლამიდია იწვევს ტრაქომას (სეროვარები A, B, Ba ან C), ურეთრიტი (სეროვარები D-K) და ვენერიული ლიმფოგრანულომა (LGV; სეროვარები L1, 2 და 3). აივ-დადებითი მამაკაცები, რომლებსაც სქესობრივი კავშირი აქვთ მამაკაცებთან, არაპროპორციულად ხშირად ავადდებიან LGV-ით. LGV-ს კლინიკური ნიშნები ისტორიულად იყოფა 3 სტადიად: წყლული, ლოკალური დაზიანება ლიმფური კვანძების და ნეკროზული არეები და ქრონიკული შეშუპება სკლეროზული ფიბროზით. ანალური ინფექციები ვლინდება წყლულოვანი პროქტიტის ან პროქტოკოლიტის სახით. მაღალი სიხშირით ვლინდება კონკურენტული STD-ები C ჰეპატიტის ჩათვლით.[41]
- შანკროიდი: სქესობრივად შეძენილი დაავადება, რომელიც გამოწვეულია *Haemophilus ducreyi*-ით. ტიპური გამოვლინებაა რბილი და მტკივნეული წყლულები რეგიონული ლიმფადენიტით. წარუმატებელი მკურნალობა უფრო ხშირია აივ ინფექციის მქონე პაციენტებში.[42]
- მუნი: აივ ინფექციის არმქონეთაგან განსხვავებით, აივ-ინფექციის მქონე პაციენტებს შესაძლოა ქონდეთ დაზიანება კისრის ზევით.



მენისთვის დამახასიათებელი ღრმულები

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ქერქიანი მუნი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- ლეიშმანიოზი: გვხვდება პაციენტებში, რომლებიც ანამნეზში აღნიშნავენ რომ იმოგზაურეს ან ცხოვრობდნენ ენდემურ რაიონებში და ქონდათ კონტაქტი მოსკიტებთან აღინიშნა ვისცერული, კანლორწოვანის და კანის კოინფექცია აივ-ით.[43] [44] [45] აღინიშნა, რომ ხმელთაშუა ზღვის აუზის ქვეყანა ესპანეთი წარმოადგენს ვისცერული ლეიშმანიოზის აივ კოინფექციით მაღალი გავრცელების

- რეგიონს.; ადგილები, სადაც რეგისტრირებულია ლეიშმანიოზი ა მოიცავს ხმელთაშუა ზღვის ქვეყნებს, თურქეთს, ირანს და საუდის არაბეთს.[46] [47]
- დერმატოფიტოზი: პრევალენტობა ერთნაირია აივ ინფიცირებულებსა და აივ არაინფიცირებულ პაციენტებში, მაგრამ გამოვლინება და დაავადების სიმძიმე მეტად ვარიაბელურია აივინფიცირებულებში პირებში ფრჩხილების დაზიანება ხშირია აივ პაციენტებში, დაფიქსირებული პრევალენტობით 41%-მდე.[48] თუ კანის დაზიანება რეფრაქტორულია ტრადიციული მკურნალობის მიმართ, უნდა განვიხილოთ სხვა დიფერენციალური დიაგნოზები, როგორცაა ფსორიაზი ან სეპორეულ დერმატიტი.
 - კანდიდა: ორალური კანდიდიოზი ხშირია აივ-ის დროს.
 - ბაზალურუჯრედოვანი კარცინომა: პრევენტაცია იგივეა, რაც აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში, თუმცა რისკი იზრდება აივ ინფიცირებულ პირებში, საერთო პოპულაციასთან შედარებით.[49] [50]

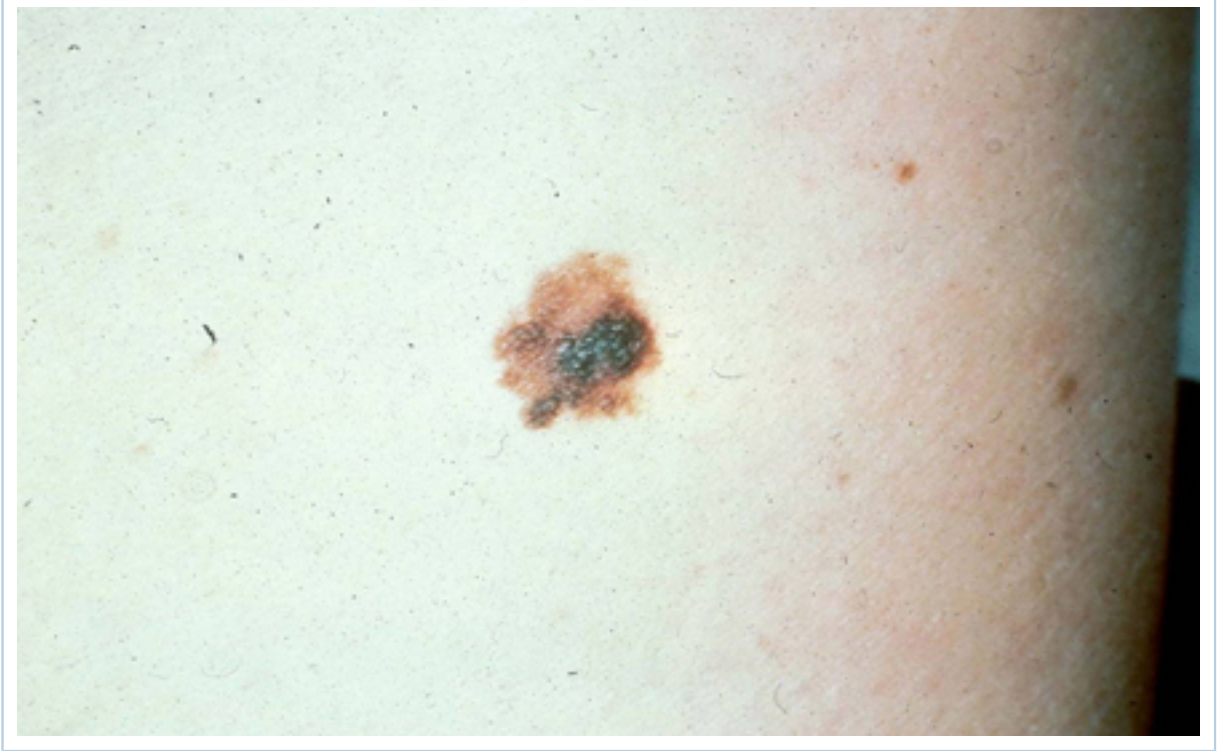


ბაზალურ უჯრედოვანი კარცინომა

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- მელანომა: აივ ინფიცირებულ პირებს შეიძლება ჰქონდეთ მელანომის განვითარების მომატებული რისკი, მაგრამ ეს ყარ იყო შესაბამისად დემონსტრირებული.[49] [51] [52] [53] აკრალური ლენტინოზური მელანომა შესაძლოა გამოვლინდეს აზიაში ან მუქი კანის მქონე პოპულაციაში.



მელანომა

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- ბაზალურუტრედოვანი კარცინომა: პრეზენტაცია იგივეა, რაც აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში, თუმცა რისკი იზრდება აივ ინფიცირებულ პირებში, საერთო პოპულაციასთან შედარებით.[49] [50]



ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- მერკელის უჯრედის კარცინომა (MCC): კანის აგრესიული არამელანომის სიმსივნე, შემთხვევების უმეტესობა ასოცირდება მერკელის უჯრედულ პოლიომავირუსთან.[54] [55] იმუნოკომპრომისულ ინდივიდებს, მაგალითად აივ-ინფიცირებულ პაციენტებს, აქვთ MCC-ის განვითარების მომატებული რისკი.[54]
- ლეიომიოსარკომა: დაფიქსირებულია აივ-ინფიცირებულ ბავშვებში; ნეოპლაზმების უმეტესობა აღმოჩენილია ვისცერალურ ორგანოებში, თუმცა ლეიომიოსარკომა შეიძლება აღმოცენდეს კანშიც ან კანქვეშ.[56] განვითარება დაკავშირებულია ეპშტეინ-ბარის ვირუსთან.[57]
- სტივენ-ჯონსონის სინდრომი/ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზისი: გაცილებით უფრო პრევალენტურია პრეპარატისადმი თითოეულ ექსპოზიციაზე აივ-ინფიცირებულ ადამიანებში, ვიდრე ზოგად პოპულაციაში.[58]

**ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი**

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

(იხ. [დიფერენციული დიაგნოზები](#) მეტი დეტალებისთვის)**ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი(TEN)/სტივენს-ჯონსონის სინდრომი (SJS)**

ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი/სტივენს ჯონსონის სინდრომი დაუყოვნებლივ უნდა ამოვიცნოთ, რადგანაც ეს პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობაა. ყველაზე ხშირად ის დაკავშირებულია სულფანილამიდებთან, ნევირაპინთან, ანტიკონვულსანტებთან, ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ მედიკამენტებთან (NSAID) და ალოპურინოლთან.[59] [60]

გრიპისმაგვარი სიმპტომები ჩვეულებრივ რამდენიმე დღით წინ უსწრებს გამონაყარს. ადრეული ფაზები მოიცავს დიფუზურ სინითლეს ან მაკულარულ გამონაყარს პურპურული ცენტრებით, რომლებიც შესაძლოა ერთმანეთს შეერწყას, წარმოიქმნას ბუშტუკები და შემდეგ აიფუცქვას. კანის ეს დაზიანებები ჩვეულებრივ იწყება ტანზე ან სახეზე და შემდეგ ვრცელდება გარეთ და ხშირად მოიცავს ლორწოვან ზედაპირებს.

დეტალური ანამნეზი და ობიექტური გასინჯვა, მათ შორის დროის გარკვეულ პერიოდში გამოყენებული მედიკამენტების ჩამონათვალი, ხშირად გვეხმარება დიაგნოზის დასმაში.[59] სტანდარტული ლაბორატორიული კვლევები მოიცავს სისხლის საერთო ანალიზს ლეიკოციტური ფორმულით, ღვიძლის ფუნქციებს, ბაზისურ მეტაბოლურ პანელს (სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი) და კანის ბიოფსიას. თვალის დაზიანების შემთხვევაში საჭიროა გადაუდებელი ოფთალმოლოგიური კონსულტაცია და შეფასება. პოტენციური გამომწვევი მედიკამენტების შეწყვეტა ძალიან მნიშვნელოვანია.



ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

მიდგომა

აივ-ის დერმატოლოგიური გამოვლინებები ცვალებადია და ხშირად მრავალფეროვანია აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში. ამიტომ აუცილებელია დეტალური ანამნეზის შეგროვება და სხეულის სრული გასინჯვა.

ანამნეზი.

საწყისი მიდგომა არის სტანდარტული დერმატოლოგიური ანამნეზის შეკრება. თუ პაციენტს აქვს გამონაყარი, ხანგრძლივობა, საწყისი გამოვლინება და შემდგომი პროგრესი უნდა გავითვალისწინოთ. თითოეული ინდივიდუალური დაზიანების ხანგრძლივობა ნებისმიერ გართულების ან შემამსუხუქებელ ფაქტორთან ერთად, ასევე გავითვალისწინოთ. ნებისმიერი დაკავშირებული ქავილი, წვა ან ტკივილი და გადიდებული ან მტკივნეული ლიმფური კვანძები უნდა გავითვალისწინოთ. თუ პაციენტს აქვს სიმსივნე ან სიმსივნეები, უნდა განისაზღვროს ხანგრძლივობა, ნებისმიერი ცვლილება ზომაში, ფორმის და ფერის, უნდა განისაზღვროს. პერსონალურ ან ოჯახის ანამნეზში ატოპიური დაავადება და ფსორიაზი უნდა გამოვავლინოთ.

აივ ინფექციის ანამნეზი

- ხანგრძლივობა და სეროკონვერსიის თარიღი ან პირველი დადებითი აივ ტესტი, თუ ცნობილია.
- CD4-ის რაოდენობა გამოვლინებისას, CD4 nadir, და CD4-ის მიმდინარე რაოდენობა და აივ ვირუსული დატვირთვა. CD-ის დაბალი რაოდენობა მნიშვნელოვანი პროგნოზული ფაქტორია შორს წასული იმუნოსუპრესიული დაავადებისთვის ის, როგორიცაა ოპორტუნიტული ინფექციები.
- B და C ჰეპატიტის კონფირმაცია მნიშვნელოვანია, რადგანაც პაციენტებს უფრო მეტად აქვთ ქავილი და/ან კვანძოვანი პრურიგო. C ჰეპატიტის ვირუსის მქონე პაციენტებს შესაძლოა ქონდეთ კრიოგლობულინემიური ვასკულიტი.[61] [62]



კვანძოვანი პრურიგო ავლენს კვანძებს და წინამხრის ჰიპერპირგმენტაციას

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

- ანამნეზში ოპორტუნიტული ინფექციების არსებობა შეასძლოა მიუთთებდეს ადრე არსებულ გამოხატულ იმუნოსუპრესიაზე, რომლის შედეგებიც შესაძლოა არ იყოს სრულად შექცევადი, მაშინაც კი, როცა CD4-ის რაოდენობა უბრუნდება ნორმას და აივ ვირუსული დატვირთვა სუპრესირებულია.

სრული მედიკამენტური ანამნეზი

- უნდა შეგროვდეს და ყურადღება გამახვილდეს რაიმე ტიპის მიმდინარე წამალთაშორის ურთიერთქმედებაზე.
- მკურნალობის დანაწევების დროის ზუსტი დადგენა შეიძლება დაგვეხმაროს იმის განსაზღვრაში, არის თუ არა გამონაყარი წამლისმიერი და რომელი მედიკამენტი მისი გამომწვევი. მძიმე იმუნოკომპრომეტირებულ პაციენტებში (CD4 <50 უჯრედი/მიკროლიტრი) რეაქციები შეიძლება განვითარდეს თითქმის ნებისმიერ მიღებულ პრეპარატზე, მათ შორის ანტირეტროვირუსულ თერაპიაზე (მაგ. აბაკავირი, ეფავირენცი ან ნევირაპინი).^[63]

- აუცილებელია გარკვეული დეტალების ცოდნა ანტირეტროვირუსული თერაპიის ანამნეზის, წარსულში ჩატარებული ანტირეტროვირუსული მკურნალობის და მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზების შესახებ. თუ პაციენტმა ახლახან დაიწყო ანტირეტროვირუსული თერაპია, უნდა ვივარაუდოთ იმუნური რეკონსტიტუციის სინდრომის დაავადება, როგორცაა ეოზინოფილური ფოლიკულიტი ან ბრტყელი მეჭეჭები.[64] [65]
- პაციენტები, აკნეს მსგავსი გამონაყარით, გულდასმით უნდა შემოწმდეს ხომ არმიიღო კორტიკოსტეროიდები ისეთი როგორცაა ტესტოსტერონი ან ანაბოლური სტეროიდები.
- ტრიმეტოპრიმ-სულფამეტოქსაზოლს და სხვა ანტიბიოტიკებს ახასიათებს წითელასმაგვარი რეაქციის მაღალი პრევალენტობა აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში; წითელას მაგვარი რეაქციები უნდა განვასხვავოთ უფრო მძიმე ფორმის ჰიპერმგრძნობელობის რეაქციებისგან, რომლებიც გამოწვეულია ნევირაპინით, როდესაც გამოიყენებოდა თან ახლავს გრიპისმაგვარი სიმპტომები, ბუშტუკები, პირხახის წყლულები, სახის შეშუპება და კონიუქტივითი.
- ანამნეზში ალერგია, განსაკუთრებით მედიკამენტური ალერგია.
- მხედველობაში უნდა მივიღოთ მეტამფეტამინის (კრისტალი) ან კოკაინის (კრეკი) მოხმარება, რადგანაც ისინი ხშირად იწვევენ ქავილს. ხშირად ამ მედიკამენტების გამოყენება მაღალი რისკის სქესობრივ ქცევაზე მიუთითებს, შესაბამისად სხვა სქესობრივად გადამდები დაავადებებიც უნდა გავითვალისწინოთ.



ეოზინოფილური ფოლიკულიტი ლოყაზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ეოზინოფილური ფოლიკულიტი მკერდზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

სქესობრივი ანამნეზი

- მამაკაცებს, რომლებსაც მამაკაცებთან აქვთ სქესობრივი ურთერთობა, პერიანალური ნაოჭებისა და დისპლაზიის მაღალი რისკი ქვეშ არიან.^[66] ხშირად მხედველობაშია მისაღები ასიმპტომური ფარინგეული ან ანალური სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები.
- რუტინულად უნდა შეფასდეს ყველა აივ-ით ინფიცირებული პაციენტის სქესობრივი აქტივობა და სქესობრივად გადამდები დაავადებების რისკი.

კაპოშის სარკომა

- პაციენტებს ხშირად შეიძლება აღენიშნებოდეთ უფრო პატარა, მილიმეტრის ზომის დაზიანებები, რომლებიც მათ შესაძლოა ვერ შეამჩნიეს მოცემულ დროის ინტერვალში.
- ენდემური კაპოშის სარკომა (დაფიქსირებული სუბ-საჰარის აფრიკაში), რომელსაც შეიძლება ჰქონდეს აგრესიული მიმდინარეობა, შეიძლება გავლენა იქონიოს პაციენტებზე, რომლებიც

წარმოდგენილი არიან შედარებით მძიმე სიმსივნური ტვிரთით, მათ შორის დიდი ზომის განვრცობადი სიმსივნეებით.[67]

ფიზიკური გამოკვლევა

სხეულის კანის სრული გასინჯვა საკმაოდ სარგებელიანია საწყისი კვლევისას. პაციენტებში, რომლებსაც აღენიშნებათ გენერალიზებული გამონაყარი, მხედველობაში უნდა მივიღოთ წამლისმიერი გამონაყარი, ვირუსული ეგზანთემა, სიფილისი, თსორიაზი და მუნი.



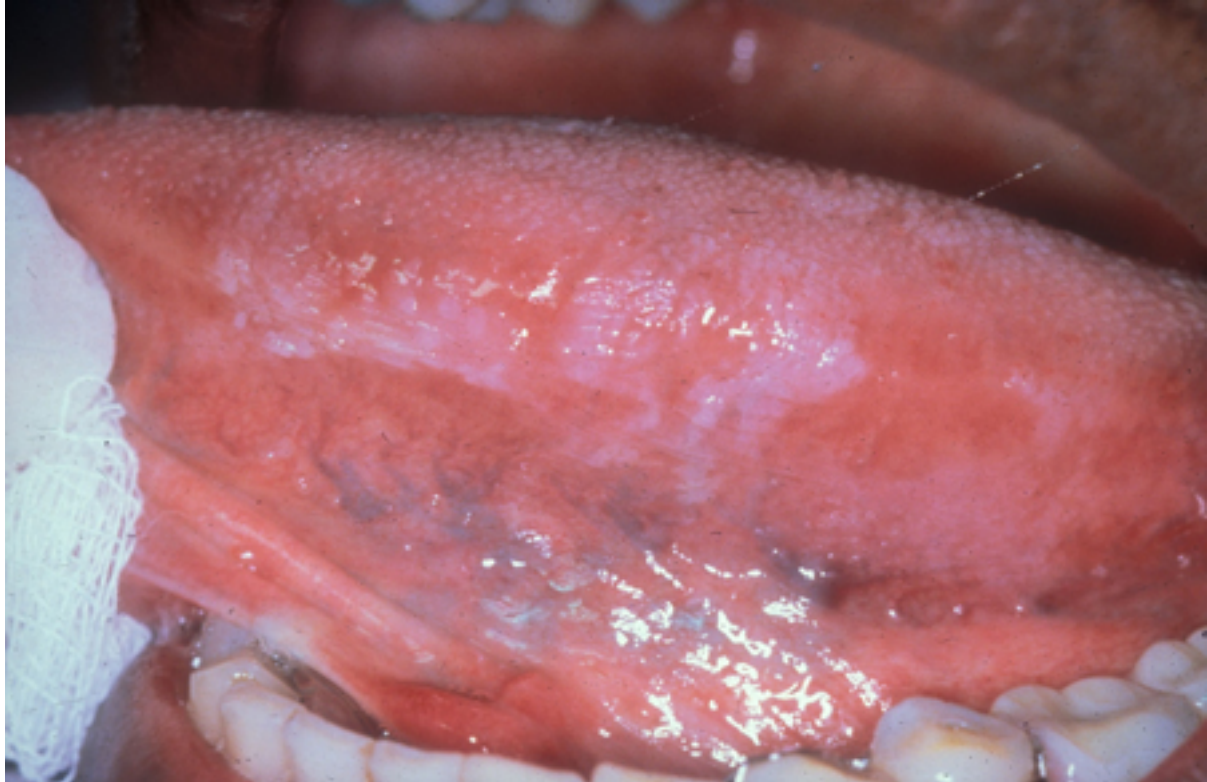
ეოზინოფილური ფოლიკულიტი მკერდზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



პირის ღრუს თმოვანი ლეიკოპლაკია

ტიმ ბერგერის კოლექციიდან, MD, კალიფორნიის სან ფრანცისკოს
უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის დეპარტამენტი; გამოიყენება ნებართვით



პირის ღრუს თმოვანი ლეიკოპლაკია

ტიმ ბერგერის კოლექციიდან, MD, კალიფორნიის სან ფრანცისკოს
უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის დეპარტამენტი; გამოიყენება ნებართვით



პირის ღრუს თმოვანი ლეიკოპლაკია

ტიმ ბერგერის კოლექციიდან, MD, კალიფორნიის სან ფრანცისკოს
უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის დეპარტამენტი; გამოიყენება ნებართვით



პაპულარული მქაფანა გამონაყარი წინამხარზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფოტოდერმატიტი მზისადმი ექსპოზირებულ ადგილებზე - სახის ქვედა ნაწილი
კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

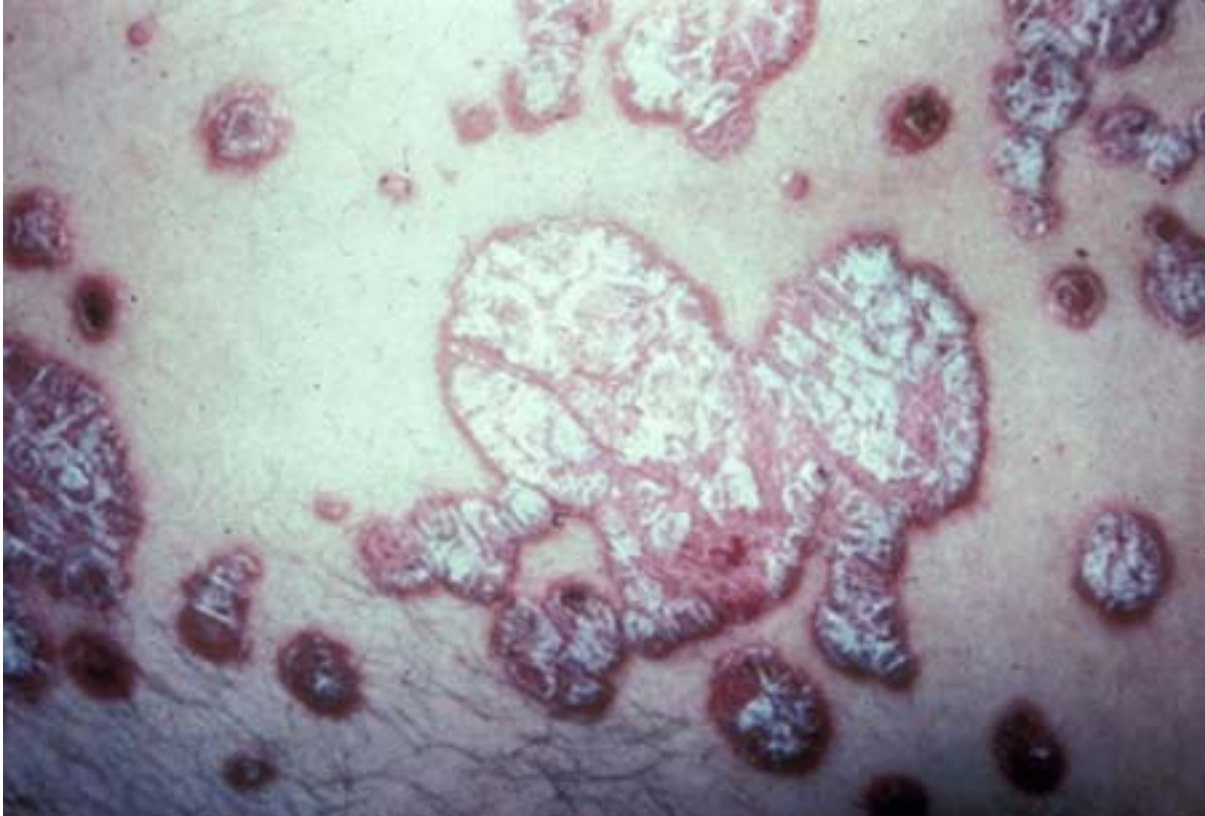


კვანძოვანი პრურიგო ავლენს კვანძებს და წინამხრის ჰიპერპირგმენტაციას
კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



კაპოშის სარკომა სასაზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფსორიაზული ფოლაქები აჩვენებს კარგად შემოფარგლულ ვერცხლის ქერცლებს ერითემატოზულ ფუძეზე კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



ინვერსიული ფსორიაზი ფეხის გულებზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ინვერსიული ფსორიაზი ხელის გულებზე

კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



სებორეული დერმატიტი, რომელიც აჩვენებს ტიპურ განაწილებას სახეზე
კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



მარტივი ჰერპეს ვირუსი დუნდულებზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



სიფილისი ფეხის გულზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



სიფილისური გამონაყარი მკერდზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



მუნისთვის დამახასიათებელი ღრმულები

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ქერქიანი მუნი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში
ანტირეტროვირუსულ თერაპიაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიენიჭოს შემდეგ მიმართულებებს.

- თავი და სკალპი: ქერცლოვანი ლაქები და ფოლაქები მიუთითებს ფსორიაზზე ან სეზორეულ დერმატიტზე; "ჩრჩილის ნაჭამის" მსგავსი ალოპეცია გვხვდება მეორეული სიფილისის დროს.
- სახე და პირი: აქერცვლა ხშირია სეზორეული დერმატიტის დროს, ძირითადად წარბებზე, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭზე და ლოყებზე. მომატებული პიგმენტაციისას უნდა გავითვალისწინოთ ფოტოდერმატიტი. პირის არეში შეიძლება გამოვლინდეს პირის თმიანი ლეიკოპლაკია, კანდიდა და/ან KS. აფტოზურმა სტომატიტმა და მარტივმა ჰერპესმა შესაძლოა გამოიწვიოს პირის ღრუს წყლულები. დაგრძელებული წამწამები (მაგ: ტრიქომეგალია) დაკავშირებულია აივ ინფექციასთან.[68]
- ტანი: შესაძლოა იყოს ფოლიკულური ფუძის მქონე პაპულები ან პუსტულები. თუ ისინი ძალიან მქაფანაა, ეოზინოფილურ ფოლიკულიტზე უნდა ვიფიქროთ.
- კიდურები: ექსკორიაციული პაპულების და კვანძების შემთხვევაში უნდა გავითვალისწინოთ გაიდის კვანძოვანი ქავილი ან აივ-ის კვანძოვანი ქავილიანი გამონაყარი.
- მტევნები და ტერფები: ქერცლიანი გამონაყარის სავარაუდო მიზეზია ფსორიაზი, ეგზემა ან ლიქენი. თითებს შორის შეიძლება აღინიშნებოდეს მუნის ნაპრალები; თუ ისინი ჰიპერკერატოზულია, შესაძლოა ეს იყოს ქერქიანი მუნი. ფრჩხილების გაყვითლება და გასქელება ხშირია აივ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ დერმატოფიტი. ფრჩხილების უსწორმასწორობა აღინიშნება სხვადასხვა ნეკლეოზიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორების და პროტეაზას ინჰიბიტორების გამოყენების შემთხვევაში და ხშირია ფსორიაზის დროს.

- გენიტალიები: ადამიანის პაპილომა ვირუსთან დაკავშირებული ცვლილებები, უნდა ვიფიქროთ როგორც კეთილთვისებიან, ასევე ავთვისებიან განვითარებაზე წყლულები ან ნაპრალები ანორექტულ მიდამოში უნდა იყოს მარტივი ჰერპეს ვირუსით (HSV) დაზიანების ნიშანი. სქესობრივად გადამდები დაავადებების ანალური გამოვლინებები უნდა გავითვალისწინოთ გენიტალური წყლულების არსებობის შემთხვევაში. ცენტრალური ჩარღმავების მქონე პაპულები საზარდულის ან ანორექტულ მიდამოებში მოძლეა იყოს კონტაგიოზური მოლუსკის შედეგი. ღუნდულების ნაპრალის ადგილას აქერცვლა შესაძლოა ფსორიაზის ნიშანი იყოს.
- გენერალიზებული: ლიმფადენოპათიაზე შემოწმებამ შესაძლოა გამოავლინოს პერსისტენტული გენერალიზებული ლიმფადენოპათია.

აივ დაკავშირებული კანის დაავადების გამოკვლევა

მრავალი მდგომარეობა არ საჭიროებს გამოკვლევას, რადგანაც დიაგნოზი ნათელია ანამნეზიდან და გასინჯვიდან.

პაციენტებს უნდა ჰქონდეთ ჩატარებული CD4 რაოდენობის ტესტი, აივ ვირუსული დატვირთვა და სიფილისის სეროლოგია.

სპეციფიკურ პაციენტებში მომდევნო ანალიზები უნდა ჩატარდეს:

- კულტურები და გრამის წესით შეღებვა: თუ არსებობს ინფექციაზე ეჭვი.
- კანის ბიოფსია: გვეხმარება, როდესაც საჭიროა ჰისტოპათოლოგიური გზით ავთვისებიანობის დადასტურება, ან როდესაც შემდგომი შეფასება დიაგნოზის დადგენისთვის მნიშვნელოვანია.
- კალიუმის ჰიდროქსიდის ქვეშ კანის ანაფიქსის მიკროსკოპული შეფასება: როდესაც არსებობს მიკოზზე ეჭვი.
- პორფირიის სკრინინგი გამოორიცხავს ფოტომგრძნობელობის სხვა მიზეზებს.
- ჰეპატიტის სეროლოგია: ქავილის ან კვანძოვანი ქავილის შესაფასებლად.
- ნუკლეინის მუავას ამპლიფიკაციის ტესტები (მაგ., პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია): როდესაც არსებობს ეჭვი ადამიანის მარტივ ჰერპესვირუსზე ან ვარიცელა-ზოსტერის ვირუსზე.
- ლიპიდები უმზოდ: აივ ლიპოდისტროფიაზე ეჭვის დროს.
- პლაზმის გლუკოზა უმზომე იზომება, როდესაც აივ ლიპოდისტროფიაზე არსებობს ეჭვი.
- სკრინინგი (უსიმპტომო) სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებზე (გონორეა, ქლამიდია, ადამიანის პაპილომა ვირუსი).

დიფ. დიაგნოზის მიმოხილვა

სპირი
ფსორიაზი
სებორეული დერმატიტი
ატოპური დერმატიტი
ქსეროზი
პერიორალური დერმატიტი
კლასიკური აკნე
ადამიანის პაპილომავირუსი (HPV) - მეჭეჭები ან წვეტიანი კონდილომები
მარტივი ჰერპესის ვირუსული ინფექცია
ვარიკელა ზოსტერ ვირუსი
ფოლიკულიტი
სიფილისი (Treponema pallidum)
მუნი
მწერების კბენა
კანდიდა
ბაზალური-უტრედოვანი კარცინომა (BCC)
აივ-დაკავშირებული ლიპოდისტროფია
ფრჩხილების დაზიანებები
გონორეა
ქლამიდია/ვენერიული ლიმფოგრანულომა
აფთოზური წყლულები

იშვიათია

ფოტოდერმატიტი

კვანძოვანი პრურიგო

აივ პაპულური მქაფანა გამონაყარი (PPE)

ეოზინოფილური ფოლიკულიტი

რეაქტიული ართრიტის კანის გამოვლინებები (რეიტერის სინდრომი)

კონტაგიოზური მოლუსკის ვირუსი

პირის ღრუს "თმიანი" ლეიკოპლაკია (OHL) (ეპტეინ-ბარის ვირუსი)

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (პირველადი ან მწვავე ინფექცია)

ბულოზური იმპეტიგო

ექთიმა

ბოტრიომიკოზი

ბაცილარული ანგიომატოზი

ლეიშმანიოზი

დერმატოფიტოზი

კაპოშის სარკომა

მელანომა

ბრტყელუჭრედოვანი კარცინომა

წითელასმაგვარი გამონაყარი

მედიკამენტური გამონაყარი ეოზინოფილიითა და სისტემური სიმპტომებით (DRESS)

ტოქსიკური ეზიდერმული ნეკროლიზი(TEN)/სტივენს-ჯონსონის სინდრომი (SJS)

იმუნური რეკონსტიტუციის ანთებითი სინდრომი (IRIS)

შანკროიდი

იშვიათია

მერკელის უჯრედული კარცინომა

ლეიომიოსარკომა

დიფერენციული დიაგნოზები

ხშირი

◇ ფსორიაზი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ხშირია ოჯახური ანამნეზი, რომელიც მოიცავს პირველი რიგის ნათესავებს, ფოლაქები შესაძლოა მქავენა იყოს, ანამნეზში კანზე მზის სხივების ზემოქმედების შედეგად აღინიშნება გაუმჯობესება აღინიშნება, უმეტეს შემთხვევაში აივ-ინფექცია ვლინდება აივ დაინფიცირებიდან მოკლე დროში	მკვეთრად შემოფარგლული მშრალი, წითელი ფოლაქები სქელი, ფირფიტისებრი, ვერცხლისფერი ქერცლი გამშლელ ზედაპირებზე ან მომხრელ ზედაპირებზე; CD4-ის დაბალი რაოდენობით შესაძლოა უფრო გავრცობილი და მძიმე იყოს; ^[69] ფრჩხილის შესაძლოა ჩღრმაგება, დისტროფია და ართრიტი	»არ არის: დიაგნოზი კლინიკურია	»CD4-ის რაოდენობა: შესაძლოა დაბალი იყოს (მაგ: <200 უჯრედი/მმ ³ , თუ ფსორიაზი მძიმე ფორმისაა) ფსორიაზი უცებ უარესდება, უნდა ვიფიქროთ იმუნოსუპრესიის შესაძლო გაუარესებაზე ინფექციის აივ მარკერების მონიტორინგით.

◇ სეზორეული დერმატიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ვლინდება ძირითადად სკალპზე (ქერცლიანი სკალპი), ხშირად ქრონიკული, შესაძლოა მსუბუქად ან საშუალოდ მქავენა იყოს	ცუდად გამოხატული ნარინჯისფერი, ვარდისფერი ან წითელი ქერცლიანი კერები სკალპზე, წარბებზე, ულვაშებზე, წვერზე, ცხვირზე, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭებზე, ლოყებზე, საზარდულში, ღუნდულების მწვერვალზე; ნაკლებად ხშირად, გულ-მკერდის ცენტრსა და გენიტალიებზე; ცხიმოვანი შეხედულება და შეგრძნება	»არ არის: დიაგნოზი კლინიკურია	»CD4-ის რაოდენობა: შესაძლოა დაბალი იყოს თუ გამონაყარი გავრცობილია ან რემისტენტული სტანდარტული ტოპიკური მკურნალობის მიმართ, CD4-ის რაოდენობა შესაძლოა იყოს დაბალი და დასჭირდეს მონიტორინგი. »კალიუმის ჰიდროქსიდი (KOH) მიკროსკოპია: ჰიფები არსებობს დერმატომიკოზის ადგილას ან ჰიფები არ არის, თუ

სშირი

◇ სეზორეული დერმატიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			დერმატომიკოზი არ გამოვლინდა KOH-ის ანალიზი შესაძლოა ჩატარდეს დერმატომიკოზური დაზიანების გამოსარიცხად. ეს ანალიზი შესაძლოა სასარგებლო იყოს, განსაკუთრებით, როდესაც დაზიანება განთავსებულია მკერდისა საზარდულის მიდამოში ან პაციენტებში, რომლებსაც მნიშვნელოვანი იმუნოკომპრომისი აქვთ.

◇ ატოპური დერმატიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მქავანა კანი; წითელი დაზიანებები უმეტესწილად მკლავებსა და ფეხებზე; შესაძლოა იყოს ქრონიკული; აივ ინფექციამ შესაძლოა განაპირობოს გამწვავება ან გამოვლინებები; აივ-ის შორს წასული დაავადების დროს ატოპიის წინა ანამნეზის მქონე ზრდასრულებში დაავადება შეიძლება განმეორდეს ^[70]	იზოლირებული, ექსკორიაციული 2-4 მმ პაპულები, ქრონიკული შემთხვევები შესაძლოა დააზიანოს გასქელებული კანის (ლიქენიფიკაცია) ინდურირებული ფოლაქები, რაც აზიანებს მომხრელ მიდამოებს, სახეს, კისერს და ხელებს; გენერალიზებული ქსეროზი; შესაძლოა ანთების შემდგომი პიგმენტური ცვლილებები	»არ არის: დიაგნოზი კლინიკურია	»CD4-ის რაოდენობა: <200 უჯრედი/მიკროლიტრი დაზიანებები შესაძლოა დარჩეს ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ოპტიმიზაციის და CD4+ უჯრედების რაოდენობის გაუმჯობესების შემდეგ.

ხშირი

◇ ქსეროზი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
შესაძლოა ჭარბი დაბანა ან დეოდორანტების ან ანტიბაქტერიული საპნების გამოყენება; შესაძლებელია ზამთარში უფრო მძიმე იყოს და უკავშირდებოდეს დერმატიტს; ხშირად არის გენერალიზებული ქავილი; ^[71] ადამიანები, რომლებსაც ადრე ქონდათ ალერგიული რინიტი, ასთმა ან ატოპიური დერმატიტი, უფრო განწყობილი არიან; დაკავშირებულია აივ კახეცხიურ სინდრომთან; მძიმე ფორმის ქსეროზი ხშირად ვლინდება ქრონიკული ფაღარათით ან მალაბსორბციით	გაუხეშებული ზედაპირი, მსუბუქი აქერცვლა, იშვიათად მცირე ნახეთქები; ხშირად უკანა კიდურებსა და ფეხის ქვედა ნაწილებზე; ხშირად წვივებზე ტიპური ნახეთქებით; ხელის გულებისა და ფეხის გულების გასქელება, განსაკუთრებით ქრონიკულ შემთხვევებში	»არ არის: დიაგნოზი კლინიკურია	»CD4-ის რაოდენობა: <200 უჯრედი/მიკროლიტრი პაციენტებს, რომლებსაც უტარდებათ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა, ნაკლებად უვითარდებათ ქსეროზი, ვიდრე მათ, ვინც ამ მკურნალობას არ იტარებს. ქსეროზის მაღალი პრევალენტობა აღინიშნება იმ პირებში, ვისაც CD4-ის რაოდენობა აქვთ <200 უჯრედი/მიკროლიტრი. ^[17]

◇ პერიორალური დერმატიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
წითელი გამონაყარი პირის გარშემო, უფრო ხშირად ქალებში, ჩვეულებრივ არ არის მქაფანა, მაგრამ შესაძლოა დაკავშირებული იყოს მსუბუქი წვის შეგრძნებასთან; ხშირად ანამნეზში ახლო წარსულში სახეზე ტოპიკური კორტიკოსტეროიდების გამოყენება	ერითემატოზული პაპულები და პუსტულები ზოგჯერ აქერცვლილ ფუძეზე; ჩვეულებრივ წარმოქმნის სუფთა არეოლა ტუჩების გარშემო, 3-5 მმ დიამეტრის; მსგავსი გამონაყარი (პერიორბიტალური დერმატიტი) აღწერილია თვალის გარშემო	»არ არის: დიაგნოზი კლინიკურია ანალიზები რუტინულად არ არის რეკომენდებული.	

ხშირი

◇ კლასიკური აკნე

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
გამწვავებები ხშირია ანტირეტროვირუსული თერაპიის დაწყების შემდეგ, რადგან მკურნალობა პაციენტების იმუნიტეტზე ახდენს ზეგავლენას; ^[22] მნიშვნელოვანია, განვასხვავოთ ეოზინოფილური ფოლიკულიტისგან (EF); ეოზინოფილური ფოლიკულიტი უფრო ხშირად დასოცირებული ძლიერ ქავილთან	პაპულოპუსტულური წითელი გამონაყარი ძირითადად სახესა და ზურგზე; შავი ფერიჭამიების არსებობს შესაძლოა დაგვეხმაროს ვულგარული აკნესა და EF-ის დიფერენცირებაში	»არ არის: დიაგნოზი კლინიკურია ანალიზები რუტინულად არ არის რეკომენდებული.	»CD4-ის რაოდენობა: ჩვეულებრივ > 200 უტრედი/მიკროლიტრი გამწვავებები ხშირია აივ დაინფიცირებულ ადამიანებში, განსაკუთრებით ანტირეტროვირუსული თერაპიით ნამკურნალებ ადამიანებს უვითარდებათ იმუნიტეტი და სხეულმა შესაძლოა გააძლიეროს ანთებითი პასუხი და შესაბამისად უჩვეულოა ვულგარული აკნე პაციენტებში, რომლებსაც CD4-ის დაბალი რაოდენობა აქვთ.

◇ ადამიანის პაპილომავირუსი (HPV) - მეჭეჭები ან წვეტიანი კონდილომები

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ხშირია აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში და შესაძლოა უფრო რთული სამკურნალო იყოს აივ-ის პროგრესირების შემთხვევაში	ვერუკოზული პაპულები (verruccous papules) განსაკუთრებით ხელებზე, გენიტალიების მიდამოში, სახეზე ან ტერფებზე; ბოვენოიდური პაპულოზი მოიცავს ბრტყელ უფეხო ჰიპერპიგმენტირებულ პაპულებს, რომელთა ზომა ცვალებადობს მილიმეტრებიდან სანტიმეტრებამდე დიამეტრში გენიტალიების	»არ არის: დიაგნოზი კლინიკურია თითქმის ყველა შემთხვევაში ანამნეზის შეგროვება და გასინჯვა საკმარისია ჩვეულებრივი მეჭეჭების დიაგნოზის დასასმელად.	»საშვილოსნოს ყელის/ ანალური ციტოლოგია: დისპლაზიაზე სკრინინგის ციტოლოგიური შედეგები მაღალი ანალური HPV პრევალენტობა დაფიქსირდა ახალგაზრდა აივ-დადებით და აივ-უარყოფით მამაკაცებში, რომლებსაც აქვთ სექსი მამაკაცებთან. ^[72]

სშირი

◇ ადამიანის პაპილომავირუსი (HPV) - მეჭეჭები ან წვეტიანი კონდილომები

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
	მიდამოში; მეჭეჭისებრი ეპიდერმოლისპლაზია ვლინდება ძლიერ გამოხატული დაზიანებებით, რომლებიც გავს ბრტყელ მეჭეჭებს, ტიპურად კისერზე, ხელის ზურგზე, სახეზე და კიდურებზე; დაზიანება შესაძლოა უფრო ექსტენსიური გახდეს და შეერწყას ერთმანეთს		»ბიოფსიის: უტრედულმა ატოპიამ შესაძლოა აჩვენოს ბულენოიდული პაპულოზი უფესო ან ბრტყელი გენიტალური დაზიანებების ბიოფსიის დაბალი ზღვარი

◇ მარტივი ჰერპესის ვირუსული ინფექცია

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
განმეორებითი მტკივნეული ცივი წყლულები ძირითადად ოროგენიტალურ და ცხვირის მიდამოებში; დაზიანებები შესაძლოა გასკდეს, გაიკეთოს ქერქი, და შეხორცდეს 7-10 დღეში; არანამკურნალები დაზიანებები შესაძლოა ნელ-ნელა გადიდდეს; შიდასის გაუარესებასთან ერთად წყლულები შესაძლოა გახდეს ქრონიკული და პერსისტენტული[73]	დაჭეუვებული ბუშტულები ან იმპეტიგიზირებულიეროზი დაზიანებები; აივ-ის გაუარესების დროს დაზიანებები შესაძლოა იყოს რამდენიმე სანტიმეტრის დიამეტრში, HSV უნდა გავითვალისწინოთ აივ-დადებით პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ანოგენიტალური მიდამოს დაწყლულება	»HSV პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია ან უტრედულის მუავის გაძლიერების სხვა ტესტი (NAAT): დადებითი ნუკლეინის მუავის გაძლიერების სხვა ტესტი არის ყველაზე მგრძნობიარე დამადასტურებელი ტესტი. ამპლიკონები უნდა იყოს ტიპირებული იმის დასადგენად, არის თუ არა HSV-1 ან HSV-2 პასუხისმგებელი ინფექციაზე.[74]	»HSV ვირუსული კულტურა: განისაზღვრება ვირუსი განიხილება, თუ NAAT არ არის ხელმისაწვდომი. თუ ვირუსული კულტურა ერთადერთი ხელმისაწვდომი ვირუსოლოგიური ტესტია, კულტურის იზოლატები უნდა დაიბეჭდოს, რათა დადგინდეს, არის თუ არა HSV-1 ან HSV-2 პასუხისმგებელი ინფექციაზე.[74] »კანის ბიოფსია: ვირუსის ცვლილებები უნდა გავითვალისწინოთ დაზიანებები, რომლებიც არ ემორჩილება მკურნალობას

ხშირი

 ვარიცელა ზოსტერ ვირუსი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
აივ-ინფიცირებული პაციენტების უმრავლესობას ქონდა ვარიცელა ზოსტერი ადრე და შესაძლოა გამოუვლინდეს ზოსტერი CD4-ის შედარებით ნორმალურ დონეზე; მგრძნობელობის პრობლემა პარესთეზიის ან დერმატომატი ტკივილის ჩათვლით, რომელიც შესაძლოა გაგრძელდეს 2-7 დღემდე, რასაც მოსდევს დაზოგუებული ვეზიკულოზური გამონაყარი; თვალის დაზიანება სერიოზულია, რადგანაც ამან შესაძლოა გამოიწვიოს მხედველობის სიმახვილის დროებითი ან პერმანენტული დაქვეითება ან სიბრმავეც კი, რასაც ოფთალმოლოგიური გამოკვლევა და მკურნალობა სჭირდება; ვეზიკულები გრძელდება დაახლოებით 2-3 კვირის განმავლობაში; დაზიანებებთან დაკავშირებული ტკივილი შესაძლოა გაგრძელდეს 2-3 კვირა; თუ დაზიანებები მოიცავს ნეკროზულ მიდამოებს, დრო შესაძლოა გაგრძელდეს ≥ 6 კვირამდე და მოიცავდეს დანაწიბურებას მძიმე ტკივილებთან ერთად, რაც შესაძლოა თვეების მანძილზე	დერმატომატი გამონაყარი ერთემატოზული ფუძის მქონე ვეზიკულოპუსტულებით ან უფრო მძიმე ბულოზური, ჰემორაგიული, ნეკროზული და მტკივნეული დისემინაციით იშვიათია, მაგრამ უფრო ხშირია, ვიდრე დისემინირებული HSV.[75] თუ მიმდინარეობა იყო ქრონიკული, დაზიანებები შეიძლება გამოჩნდეს ჰიპერკერატოზული, მეჭეჭის მსგავსი ან ექტიმატოზური;[76] [77] [78] პირველადი ინფექციის დროს ვეზიკულები შესაძლოა განთავსებული იყოს მთელს სხეულზე მზესთან ექსპოზირებული ადგილების, ტანის, სახის და პირის ლორწოვანის ჩათვლით	»არ არის: დიაგნოზი უპირატესად კლინიკურია	»პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია: დადებითია ვირუსის დნმ-ზე »ვირუსული კულტურა: დადებითია VZV-ზე კულტურაში დადებითია ნიმუშების $<50\%$-ში, მაგრამ შესაძლოა დაგვეხმაროს ვირუსული პათოგენების ერთმანეთისგან გარჩევაში.[79] შესაძლოა დასჭირდეს 21 დღე დადებითი შედეგისთვის. »ანტისხეულების პირდაპირი ფლუორესცენტული ანალიზი: ადასტურებს ინფექციას და ვირუსის ტიპს »VZV IgA, IgM და IgG ანტისხეულები: დადებითი

სშირი

❏ ვარიცელა ზოსტერ ვირუსი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
გაგრძელდეს; პირველადი ვარიცელა ზოსტერ ინფექციის დროს, განსხვავებით ტიპური ჩუტყვაგვილასგან, ვარიცელური დაზიანება შესაძლოა საკმაოდ მძიმე იყოს შინაგანი ორგანოების ჩათრევით, განსაკუთრებით ბავშვებში			

❖ ფოლიკულიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ფოლიკულური გამონაყარი თმოვან ადგილას; შესაძლოა იყოს მქაფანა	ფოლიკულური პუსტულები ტანზე, ილიაში, სახეზე, საზარდულში; იმეფათად ფოლიკულების დაზიანება შესაძლოა გავრცელდეს აბსცესებში; როდესაც დიდი ადგილები ზიანდება, შესაძლოა ზოგჯერ იისფერი ფოლაქები გამოვლინდეს	»კულტურა და გრამის ნესით შეღებვა: ჩვეულებრივ, დადებითია ოქროსფერ სტაფილოკოკზე; შეიძლება დადებითი იყოს MRSA-ზე თუ უარყოფითია, გაითვალისწინეთ pityrosporum ფოლიკულიტი ან ეგზოგენურ კორტიკოსტეროიდებზე მეორეულად განვითარებული ფოლიკულიტი.	

❖ სიფილისი (Treponema pallidum)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მეტამფეტამინის გამოყენება, სექს-მუშაკობა, პრეზერვატივის არგამოყენება და ნარკოტიკების	უმტკივნეულო ოდნავ ამონეული წყლული (პირველადი შანკრი) გენიტალიებზე ან კანლორწოვანზე; კეროვანი ალოპეცია;	»სწრაფი პლაზმის რეაგინის ტესტი (RPR): დადებითია ადამიანებში, ვისაც სიფილისი აქვს	»ვენერიული დაავადებების კვლევითი ლაბორატორია (VDRL): დადებითია ადამიანებში

სშირი

◇ სიფილისი (*Treponema pallidum*)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
გამოყენება; მამაკაცებში, სექსი სხვა მამაკაცებთან	სტერნალური ოპსტეოართრიტი; პაპულოსქვამოზური დაზიანებები ტანზე, ხელისგულებზე, ფეხისგულებზე, ლორწოვან ზედაპირებზე (მეორადი); უვეიტი; მეჭვების მსგავსი ან ჰიპერკერატოზული კვანძები და კვანძოვანწყულოვანი lues maligna; ლიმფადენოპათია	სიფილისის ტესტირება და სეროლოგია უნდა იყოს ნაკარნახევი ადგილობრივი გაიდლაინებისა და ლაბორატორიების მიხედვით.[86] [87]	პირველადი და ადრეული სიფილისით; ტიტრი მცირდება ადექვატური მკურნალობის შედეგად; არ აქვს სენსიტიურობა სიფილისის გვიან სტადიაზე სიფილისის ტესტირება და სეროლოგია უნდა იყოს ნაკარნახევი ადგილობრივი გაიდლაინებისა და ლაბორატორიების მიხედვით.[86] [87]

◇ მუნი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მძიმე ქავილი თითებს შორის, ქამრის ადგილას და გენიტალიების მიდამოებში; ხშირად ქავილი არღვევს ძილს; ინფექციის რისკი საწოლის პარტნიორებისთვის, ოჯახის წევრებისთვის ან სხვა აღამაინებსითვის, ვისთანაც პაციენტს აქვს კონტაქტი; უფრო აქტიურია აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში; პაციენტებს CD4-ის დაბალი რაოდენობით შესაძლოა ქონდეს ქერქიანი მუნი, რომელიც მინიმალურად მქავანაა და ძიერ ინფექციური	ფართოდ გავრცელებული ექსკორიაციული პაპულები გენიტალურ მიდამოში, თითების მოხრის ადგილებში, ილიასა და ძუძუს დვრილებზე; დეტალური ინსპექციით შესაძლოა გამოვლინდეს დაინფიცირებული ადგილების ხვრელები; შესაძლოა გამოვლინდეს ქერქიანი მუნის სახით ჰიპერკერატოზული ფოლაქებით, რომლებიც ნაკლებად მქავანაა და ხშირად მოიცავს დიდი რაოდენობით ტკიპებს; აივ ინფიცირებულ პაციენტებში შესაძლებელია კისრის ზემოთ არეების იყოს ჩართული	»კანის ანაფხეკების მიკროსკოპული კვლევა: მუნის ტკიპების, კვერცხების ან ფეკალიების ვიზუალიზაცია თუ უარყოფითია, მაგრამ ძიერი ეჭვი არსებობს, პაციენტებს ხშირად ემპირულად მკურნალობენ.	»კანის ბიოფსია: შესაძლოა გამოვლინოს ტკიპა ან დერმული ჰიპერმგრძნობელობა

სშირი

◇ მწერების კბენა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მჭავანა პაპულები; ანამნეზში გარემოსთან, ცხოველებთან ან რწყილებთან ექსპოზიცია; სამხრეთ აშშ-ში, კოლოებთან ექსპოზიცია შესაძლოა ყველაზე პრევალენტური ეთიოლოგია იყოს	ურტიკარიული ექსკორიაციული პაპულები	»არ არის: დიაგნოზი კლინიკურია ანალიზები რუტინულად არ არის რეკომენდებული.	

◇ კანდიდა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
წითელი გამონაყარი, რომელიც აზიანებს კანს ნაკვეთის ადგილებს, საზარდულს, ილღიებს, ანოგენიტალურ ან ძუძუს ქვედა არეებს; ორალური კანდიდოზი ხშირია აივ ინფექციის დროს; შესაძლოა აგრეთვე დააზიანოს ფრჩხილები; ანამნეზში ხშირი ექსპოზიცია წყალთან, ან დაავადება ვითარდება სხეულის სველ ნაწილებში; ჩვეულებრივ არ არის მჭავანა, რაც შესაძლოა დაგვეხმაროს გავარჩიოთ კანდიდას ინფექციები ლიქენისგან	ერითემატოზული, ზედაპირული გამონაყარი სატელიტური პუსტულებით, ზოგჯერ თეთრად დაფარული და დაღარული. პირის ღრუში ვლინდება, როგორც ერითემატოზული ან თეთრი ყველისებრი ფოლაქები, რომლებიც შეიძლება ეროზიული იყოს და მოიცავდეს საყლაპავსაც. კანდიდოზი შესაძლოა განვასხვავოთ პირის ღრუს "თმიანი" ლოყ კოპლაკიისგან, რადგანაც კანდიდოზისთვის დამახასიათებელი ფოლაქები უფრო ადვილად იფხიკება ენის საფხეკით; შესაძლოა აგრეთვე გამოვლინდეს დანაპრალება და ქერქების წარმოქმნა პირის კუთხეებში (კუთხოვანი ქელიტი); ფრჩხილის დაზიანებით, ხშირად ვლინდება გარშემომყოფი	»ნაცხი მიკროსკოპული კვლევისთვის: შედეგი დადებითია Candida-ს ბოჭკოებზე	»კულტურა: Candida glabrata-ს და C. krusei- ის გამორიცხვა »CD4-ის რაოდენობა: შესაძლოა დაბალი იყოს

სშირი

◇ კანდიდა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
	ქსოვილის ანთებით და დაზიანებით (პარონიხია), სინითლით და ფრჩხილის პროქსიმალური ნაოჭის სინითლით და ტკივილით; შესაძლოა გამოვლინდეს ონიხოლიზისი, თმცა ფრჩხილის ფირფიტა ჩვეულებრივ რჩება დაუზიანებელი; არ არის იშვიათი მომწვანო შეფერილობა ფრჩხილებზე, რაც თანამდევ ფსევდომონურ ინფექციაზე მიუთითებს		

✚ ბაზალური-უჯრედოვანი კარცინომა (BCC)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
შეუხორცებელი სიმსივნე მზისაღმი ექსპოზირებულ ადგილებში; რისკფაქტორებს მიეკუთვნება ღია ფერის კანი, მნიშვნელოვანი ექსპოზიცია მზესთან, ასაკი და აივ ინფექციის უფრო მეტი ხანგრძლივობა.	ხშირად ვლინდება ზურგსა ან მკერდზე ქერუკლიანი კერების სახით, რომელიც შესაძლოა არ შეხორცდეს და შესაძლოა ქონდეს სისხლდენა ან ეროზია; კენადოვანი: უფრო ხშირად ერთი ან მცირე რაოდენობის ცვილისებრი კვანძები ცენტრალური ჩაღრმავების გარშემო, შესაძლოა სისხლდენით, ქერქის წარმოქმნით ან დანაწყოლებით ტელანგიექტაზიებთან ერთად; სკლეროდერმული: თეთრი სკლეროზული ფოლაქი ტელანგიექტაზიით; ზედაპირული:	»კანის ბიოფსია: შესაძლოა მოიცავდეს აპოფთოზურ უჯრედებს და ინდივიდუალური სიმსივნური უჯრედების ნეკროზს; შესაძლოა ქონდეს ეპიდერმისის დანაწყოება და მზის ელასტოზი სასარგებლოა საბოლოო მკურნალობის დაგეგმვისას. პანჩ-ბიოფსია საუკეთესოდ გამოიყენება კოსმეტიკურად არართულ ადგილებში. ზედაპირული ბიოფსია განიხილება კოსმეტიკურად	»CD4-ის რაოდენობა: და დონე სიმსივნე ვითარდება CD4-ის სპექტრში.

ხშირი

ზაზალოური-უტრედოვანი კარცინომა (BCC)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
	განსხვავებით სხვა ფორმის BCC-გან, შესაძლოა ტანზე ან კიდურებზე, ასევე თავზე ან კისერზე გამოვლინდეს ფსორიაზისებრი დაზიანებები ქერცლითა და ტელანგიექტაზიით, ხშირად არასწორად ღიაგნოსტირდება როგორც ეგზემა ან ფსორიაზი; პიგმენტირებული: ყავისფერი- ან შავ-პიგმენტიანი კვანძები BCC; BCC-ის ბევრ ქვეტიპს აქვს ამონეული კიდეები, რაც შესაძლოა დაგვეხმაროს BCC-ის სხვა დაზიანებებისგან განსხვავებაში	რთული უბნებისთვის, როგორიცაა სახე.	

♦ აივ-დაკავშირებული ლიპოდისტროფია

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დაკავშირებული ნუკლეოზიდ რევერსტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორის და პროტეაზას ინჰიბიტორის გამოყენებასთან; კანქვეშა ცხიმის თანდათანობით დაკარგვა და ვისცერული ცხიმის შეძენა; მეტაბოლური დეფექტების განვითარება ინსულინისადმი რეზისტენტობის და დისლიპიდემიის ჩათვლით; კარდიოვასკულარული	ცხიმის დაკარგვა ზედა ყბაზე, ღუნდულებზე და პერიფერიიდან; ცხიმის მომატება ტანის ცენტრალურ ნაწილში, კისერზე და ზედა ღუნდულებზე; გამოხატული ვენები კიდურებზე	»უმჯობესე ლიპიდების სპექტრი: დისლიპიდემიის დროს LDL-ის მომატება, HDL-ის დაქვეითება და ტრიგლიცერიდების მომატებაც ხშირად აღინიშნება ორივე ლიპიდები და გლუკოზა შესაძლოა დაირღვეს და საჭიროებდეს მკურნალობას.[94] »უმჯობესე პლაზმაში გლუკოზის განსაზღვრა: უმჯობესე პლაზმაში გლუკოზის მოამტება ხშირია აივ დაკავშირებული	

სშირი

◇ აივ-დაკავშირებული ლიპოდისტროფია

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
რისკფაქტორები უნდა დადასტურდეს ^[93]		ლიპოდისტროფიის დროს	

◇ ფრჩხილების დაზიანებები

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ონიხომიკოლიზისი ხშირად აღინიშნება ათლეტებში; ინდინავირმა შესაძლოა გამოიწვიოს პარონიქია, მაგრამ ხშირად აღარ გამოიყენება; ფრჩხილის მუქი პიგმენტაცია ხშირია აზიდოთიმიდინის გამოყენების შემთხვევაში	ფრჩხილების გაყვითლება და გასქელება; მტკივნეული სინითლე და შეშუპება ფრჩხილის მხარეს; მუქი პიგმენტაცია	»კალიუმის ჰიდროქსიდის ნაცხი: ჰიფები (განტოტება, ერთნაირი სიგანის ჩხირისებრი ფილამენტები ტიხრით)	»კულტურა: დერმატოფიტების სახეობების ზრდა

◇ გონორეა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობა ბოლო 2 კვირის განმავლობაში, წვა შარდვის დროს, გამონადენი ასოდან ან ვაგინიდან, მენჯის ტკივილი	გამონადენი ასოდან ან ვაგინიდან, პროქტიტი, გაითვალისწინეთ უსიმპტომო ხახის ან ანალური ინფექციები; გართულებები: ართრიტი, ბლევარიტი, სეფსისი	»გრამის წესით შეღებვა: უჯრედშიდა გრამუარყოფითი დიპლოკოკები პოლიმორფონუკლეარ ლეიკოციტებში »კულტურა: დადებითი კულტურა შოკოლადის აგარზე »ნუკლეინის მჟავების ამპლიფიკაციის ტესტები: დადებითია გონორეაზე	»ვენერიული დაავადებების კვლევითი ლაბორატორია (VDRL): შესაძლოა იყოს დადებითი ჩვეულებრივი პროცედურა სიფილისის გამოსარიცხად. VDRL ან პლაზმის რეაგენის სწრაფს ტესტს (RPR) შესაძლოა დასჭირდეს 3 თვე რომ გახდეს დადებითი. »შრატში სწრაფი პლაზმის რეაგენის (RPR) ტესტი: შესაძლოა იყოს დადებითი

სშირი

◇ გონორეა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			რუტინა სიფილისის გამოსარიცხად. RPR ან VDRL ანალიზს შესაძლოა დასჭირდეს 3 თვე, რომ დადებითი გახდეს.

◇ ქლამიდია/ვენერიული ლიმფოგრანულომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დაუცველი სქესობრივი კავშირი, უმტკივნეულო მარდვა, პროქტიტი, საზარდული ლიმფური კვანძების შეშუპება, სერვისიტი, მენჯის ტკივილი, უნაყოფოობა; ხშირად უსიმპტომო	გამონადენი ასოდან, გენიტალური წყლულები; პროქტოსკოპიამ შესაძლოა გამოავლინოს პროქტიტი	»ნუკლეინმაჟაგების მაპლიფიკაციის ანალიზი (NAAT) ხახის, ანალურ ან სამგილოსნოს ნაცხებზე ან dilis Sardi: დადებითი	»ვენერიული დაავადებების კვლევითი ლაბორატორია (VDRL): შესაძლოა იყოს დადებითი ჩვეულებრივი პროცედურა სიფილისის გამოსარიცხად. VDRL ან პლაზმის რეაგენის სწრაფს ტესტს (RPR) შესაძლოა დასჭირდეს 3 თვე რომ გახდეს დადებითი. »შრატში სწრაფი პლაზმის რეაგენის (RPR) ტესტი: შესაძლოა იყოს დადებითი რუტინა სიფილისის გამოსარიცხად. RPR ან VDRL ანალიზს შესაძლოა დასჭირდეს 3 თვე, რომ დადებითი გახდეს. »HSV პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია (PCR) ან სხვა NAAT: ჩვეულებრივ უარყოფითია;

სშირი

◇ ქლამიდია/ვენერიული ლიმფოგრანულომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			დადებითია ჰერპეს კოინფექციის დროს HSV-ს გამოსარიცხად დიფერენციალური დიაგნოზისთვის ან კოინფექციისთვის. HSV ვირუსული კულტურა შეიძლება განიხილებოდეს, თუ NAAT არ არის ხელმისაწვდომი.

◇ ავთოზური წყლულები

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
CD4-ის დაბალი რაოდენობა და მაღალი ვირუსული დატვირთვა რისკფაქტორებია ორალური წყლულების განვითარებისთვის	მცირე ზომის წყლულები ყველაზე ხშირია, ზომები <10მმ-ია და საშუალოდ გრძელდება 10-14 დღე; ძირითადი წყლულები (10-30 მმ) გრძელდება კვირების და თვეების მანძილზე; ჰერპესის ფორმის ტიპები (1-3 მმ) შესაძლოა იყოს მრავლობითი (100 წყლულამდე თითოეულ ეპიზოდზე)	»არ არის: დიაგნოზი უპირატესად კლინიკურია	»HSV პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია ან ნუკლეინის მუავის გაძლიერების სხვა ტესტი (NAAT): ნეგატიური გამოირიცხავს მარტივ ჰერპესს. HSV ვირუსული კულტურა შეიძლება განიხილებოდეს, თუ NAAT არ არის ხელმისაწვდომი. »კანის ბიოფსია: ანთებითი ინფილტრატი ავთვისებიანი მდგომარეობის მტკიცებულებით უკვეთავთ, თუ არსებობს ეჭვი ავთვისებიან წყლულზე. ერთი წყლულის არსებობა, რომელიც გრძელდება 3 კვირაზე მეტ ხანს, შესაძლოა ავთვისებიან

სშირი

◇ ავთოზური წყლულები

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			მდგომარეობაზე მიუთითებდეს.

იშვიათია

◇ ფოტოდერმატიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
კანის ექსპოზიცია მზესთან; უფრო მეტად აღინიშნება პაციენტებში, რომლებსაც ფონური პიგმენტი აქვს; შესაძლოა განვითარდეს აივ ინფექციის ან წამლების შედეგად, როგორცაა ტრიმეტოპრიმ/სულფამეთოქსაზოლი, ანთების ანინალმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები, დოქსიციკლინი; ფოტოსენსიტიურობის გამომწვევის შეწყვეტამ შესაძლოა გამოიწვიოს მდგომარეობის აღაგება	ერთემატოზური ან მუქი კერები და ფოლაქები მზისადმი ექსპოზირებულ ხელის მტევნის ზურგზე, წინამხრების გამშლელზე, კისრის მხარეს და სახეზე; შესაძლოა იყოს შეშუპება; შესაძლოა გამოვლინდეს მქავანა კვანძების ან ბლისტერების სახით	»ფეკალური პორფირინები: ნორმის ფარგლებში პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ფოტოდერმატიტი, კანის პორფირიაზე უნდა ვიფიქროთ დიფერენციალური დიაგნოზის დროს. PCT-ს დროს პორფირინები მომატებულია. PCT აღინიშნება პაციენტებში, რომლებსაც ღვიძლის ქრონიკული დაავადება აქვთ.	»პლაზმაში ტოტალური პორფირინები: ნორმის ფარგლებში პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ფოტოდერმატიტი, PCT უდნა გავითვალისწინოთ დიფერენციალური დიაგნოზის დროს. PCT-ს დროს პორფირინები მომატებულია. PCT აღინიშნება პაციენტებში, რომლებსაც ღვიძლის ქრონიკული დაავადება აქვთ. »შარდში ტოტალური პორფირინები: ნორმის ფარგლებში პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ფოტოდერმატიტი, PCT უდნა გავითვალისწინოთ დიფერენციალური დიაგნოზის დროს. PCT-ს დროს პორფირინები მომატებულია. PCT აღინიშნება

იშვიათია

◇ ფოტოდერმატიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			პაციენტებში, რომლებსაც ღვიძლის ქრონიკული დაავადება აქვთ. »CD4-ის რაოდენობა: შესაძლოა დაბალი იყოს თუ გამონაყარი გავრცობილია ან რემისტენტული სტანდარტული ტოპიკური მკურნალობის მიმართ, CD4-ის რაოდენობა შესაძლოა იყოს დაბალი და დასჭირდეს მონიტორინგი.

◇ კვანძოვანი პრურიგო

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
საშუალო სიმძიმის ან მძიმე ფორმის ქავილი, ქავილი ხშირად რთული გასაკონტროლებელია, ზოგჯერ დაკავშირებულია B ან C ჰეპატიტის კოინფექციასთან, პაციენტი შესაძლოა მოიხმარდეს მეთამფეტამინს (კრისტალი) ან კოკაინი (კრეკი)	გუმბათის ფორმის გამოყოფილი კვანძები კიდურების ძირითადად ფოტოექსპოზირებულ ადგილებში, შესაძლოა, პროგრესირდეს და დააზიანოს ტანი უფრო ნაკლები ინტენსივობით, განლაგებული შუა ზურგის მიდამოში, კვანძები ჩვეულებრივ ორმხრივია და სიმეტრიული, ჰიპერპიგმენტაცია და/ან ჰიპოპიგმენტაცია (ნანიბურები)	»B ჰეპატიტის ზედაპირული ანტიგენის დონე შრატში: დადებითი B ჰეპატიტის კოინფექციის დროს. ქავილი და PN ხშირად აღინიშნება აივ და ჰეპატიტის კოინფექციის დროს. »C ჰეპატიტის ვირუსის ანტისხეულები შრატში: დადებითი C ჰეპატიტის კოინფექციის დროს. ქავილი და PN ხშირად აღინიშნება აივ და ჰეპატიტის კოინფექციის დროს.	

იშვიათია

◇ კვანძოვანი პრურიგო

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
		»CD4-ის რაოდენობა: შესაძლოა დაბალი იყოს კვანძოვანი პრურიგო ჩვეულებრივ ვლინდება პაციენტებში, რომლებშიც CD4-ის რაოდენობა <100 უჯრედი/მიკროლიტრი.[61]	

◇ აივ პაპულური მქავანა გამონაყარი (PPE)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მრავლობითი მქავანა დაზიანებები. მწერის ნაკბენი ანამნეზში. პაციენტები შესაძლოა წარმოშობით იყვნენ აფრიკიდან, ჰაიტიდან, ბრაზილიიდან ან ტაილანდიდან, სადაც დაავადება გვხვდება უფრო ხშირად; შესაძლოა გამოვლინდეს აივ ნიშნები	პაპულები შესაძლოა იყოს ერიოთემატოზული და ექსკორიაციული და უფრო პატარა ზომისაა, ვიდრე კვანძოვანი პრურიგოს დროს; ჩვეულებრივ თავიდან კიდურების გამშვლ ზედაპირზე; შესაძლოა ზოგჯერ მოიცავდეს ტანს და სახეს	»CD4-ის რაოდენობა: ვარიანტებს PPE შესაძლოა გამოვლინდეს CD4-ის ნებისმიერ დონეზე, მაგრამ მდგომარეობა უარესდება CD4-ის რაოდენობის დაქვეითების დროს.	»კანის ბიოფსია: შესაძლოა აჩვენოს მწერის ნაკბენზე რეაქცია შესაძლოა სასარგებლო იყოს, როდესაც გვინდა PPE-ის დიფერენცირება კანის მქავანა მდგომარეობებისგან. ნორმალური PPE გავლენას ახდენს პაციენტებზე მწირე რესურსების მქონე პირობებში, სადაც ბიოფსიის ჩატარება შეზღუდულია.

◇ ეოზინოფილური ფოლიკულიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
გამონაყარი შეიძლება ემოხვეოდეს ანტირეტროვირუსული თერაპიის დაწყებას[64]	ედემატოზური ურტიკარიული ფოლიკულიური პაპულები და კვანძები სახეზე, სკალპზე, კისერზე და ტანის ზედა ნაწილზე; მინიმალური	»კანის ბიოფსია: მონონუკლეარული უჯრედებით და ეოზინოფილებით ინფილტრაცია ცხიმოვანი ჯირკვლების დონეზე	»FBC: ლეიკოციტოზი და ეოზინოფილია »CD4-ის რაოდენობა: <250 უჯრედი/მიკროლიტრი

იშვიათია

◇ ეოზინოფილური ფოლიკულიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
	ან საერთოდ არ არის ერითემა; ძლიერი ქავილი; პირველად დაზიანებებზე შესაძლოა განვითარდეს ექსკორიაცია; პუსტულები იშვიათად არსებობს; მნიშვნელოვანია განვასხვავოთ ველგარული აკნესგან, რომელიც არ არის მქაფანა	ჩვეულებრივ დიაგნოსტიკა ხდება კლინიკურად, მაგრამ ათიპური შეხედულების შემთხვევაში ან ფოლიკულიტის სხვა მიზეზებისგან განსასხვავებლად, შესაძლოა კანის ბიოფსია დაგვეხმაროს.	აალინიზება, როცა CD4-ის რაოდენობა <250 უჯრედი/ მიკროლიტრია ან როდესაც სწრაფად იმატებს CD4- ის რაოდენობა პაციენტებში, რომლებიც იმუნიტეტის აღდგენას გადიან დაბალი ნეიტროფილების რაოდენობის დროს.

◇ რეაქტიული ართრიტის კანის გამოვლინებები (რეიტერის სინდრომი)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ტრიადა: ართრიტი, კონიუქტივიტი და ურეთრიტი, ნებისმიერი მათგანის პირველად გამოვლინებით; პაციენტი შესაძლოა იყოს HLA-B27- დადებითი; შესაძლოა ჰქონდეს დადებითი ოჯახური ანამნეზი; ართრიტი ხშირად ასიმეტრიულია, აზიანებს პერიფერიულ საყრდენ სახსრებს; ხშირად მოსდევს კუჭ-ნაწლავის ან შარდსასქესო ინფექციებს; შესაძლოა განვითარდეს აივ ინფექციასთან ერთად; რეაქტიული ართრიტის ნიშნები შესაძლოა აივ ინფექციის სიმპტომებთან ერთდროულად გამოვლინდეს ან აივ ინფექციიდან	ზედაპირული პუსტულები ხელის გულებზე და ფეხის გულებზე, რომლებიც შრება დაწარმოქმნის კერატოზულ პაპულებს (ბლენორაგიული კერატოდერმა); ფრჩხილების ჰორიზონტალური დარკალვა და ფრჩხილის კუთხეებში ჩამონაშალი; მძიმე გამწვავებების დროს, ფრჩხილის დისტროფია შესაძლოა გაუარესდეს ისე, რომ ფრჩხილის ფირფიტა შესაძლოა საერთოდ არ იყოს; მსგავსი შეხედულების და ჰისტოლოგიის ერითემატოზული ფოლაქები შესაძლოა გამოვლინდეს ილღიებსა და საზარდულოში; ჩუჩა შესაძლოა დაფარული იყოს მშრალი, კარგად	»ერიტროციტების დალექვის სიჩქარე: მოამტებულია »C-რეაქტიული ცილა: მოამტებულია	»კალიუმის ჰიდროქსიდი მიკროსკოპია (ჰენისის თავის ჩართულობისას): უარყოფითია კანდიდას ჰიფების დროს რგოლისებრი ბალანიტი წინდაუცვეთელ მამაკაცებში გავს კანდიდოზს, მაგრამ რგოლისებრი ბალანიტს ექნება საფუარების ანალიზის უარყოფითი შედეგი. »HLA-B27: დადებითია პაციენტების 75%-ში

იშვიათია

◇ რეაქტიული ართრიტის კანის გამოვლინებები (რეიტერის სინდრომი)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მოკლე ხანში გახდეს სიმპტომური[15] [23]	შემოფარგლული გამონაყარიტ მკვეთრი დაზიანებების კიდევით, რომელიც ცნობილია, როგორც რგოლისებრი ბალანიტი, წინდაუცვეთელ მამაკაცებში გავს კანდიდოზს; პირის ღრუს გამონაყარი, რომელიც სხვაგვარად უსიმპტომოა და ეფემერული გეოგრაფიულ ენასთან ერთად ზოგჯერ არის წარმოდგენილი თეთრი კერებით.		

◇ კონტაგიოზური მოლუსკის ვირუსი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დაზიანებები შესაძლოა იყოს მცირე ან მრავალრიცხოვანი; გავრცობილი (>100 დაზიანება) ან ლორწოვანის დაზიანება ხშირად მიუთითებს მძიმე იმუნოსუპრესიაზე; წვერის მიდამოში გაპარსვამ შესაძლოა განაპირობოს დაზიანებების გავრცელება; იმუნოსუპრესიის ფონზე განვითარებული დაზიანებები შეიძლება იყოს პერსისტენტული და ვრცელი. ტალარომიკოზი (წარსულში პენიცილიოზი) უფრო პრევალენტურია სამხრეთაღმოსავლეთ აზიაში	გლუვი, ბრჭყვიალა, მარგალიტისებრი, გუმბათისებრი ფორმის პაპულები ცენტრალური ჩაღრმავებით; დაზიანებების გაღიზიანების შემთხვევაში შესაძლოა განვითარდეს ქერქი ტიპურად სახეზე, გენიტალიებზე და ტანზე; პაპულები ჩვეულებრივ 3-5 მმ-ია დიამეტრში, მაგრამ სხვა დაზიანებები შესაძლოა უფრო გაიზარდოს 1-15 სმ-მდე დიამეტრში	»CD4-ის რაოდენობა: <100 უტრედ/მიკროლიტრი ძალიან უჩვეულოა პაციენტებში, რომლებსაც CD4 უტრედები დიდი რაოდენობით აქვთ. ექსტენსიური დაავადება, როგორც წესი, გვხვდება ადამიანებში, რომლებსაც აქვთ CD4 რაოდენობა 200 უტრედ/მიკროლიტრზე მნიშვნელოვნად დაბალი.[24]	»კანის ბიოფსია: დამახასიათებელი მოლუსკუმის სხეულაკები იშვიათადაა საჭირო, მაგრამ შეიძლება გამოსადეგარი იყოს ატიპური ინფექციების დროს.[24]

იშვიათია

◇ პირის ღრუს "თმიანი" ლეიკოპლაკია (OHL) (ეპტეინ-ბარის ვირუსი)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ჩვეულებრივ უსიმპტომო თეთრი დაზიანებები ენაზე	ცუდად დემარკირებული, დანაოჭებული, უმტკივნეულო თეთრი ფოლაქები, თმის კიდეები, ხშირად ენის ლატერალურ კიდეზე; განსხვავებით პირის კანდიდოზისგან, OHL-ს ვერ მოვაცილებთ აფხეკით	»არ არის: დიაგნოზი კლინიკურია	»CD4-ის რაოდენობა: შესაძლოა გამოვლინდეს CD4-ის ნებისმიერ რაოდენობაზე »ჯაგრისით ბიოფსია: ვარიაბელურია; შესაძლოა მიუთითებდეს ეპითელიურ დისპლაზიაზე; შესაძლებელია ცრუ-უარყოფითი შედეგები პირის ჯაგრისით ბიოფსია გამოიყენება დისპლაზიის დასადგენად ჩვეულებრივი უწყინარი შეხედულების დაზიანებების დროს, რომლებიც არ არის საკმარისი სკალპულით ბიოფსიითვის. ნიმუშის შეგროვება მარტივია, არ იწვევს ტკივილს ან სისხლდენას მსუბუქ ტკივილს იწვევს და არ საჭიროებს ანესთეტიკს. პათოლოგიის ამგარიშში რეკომენდებული იქნება ჩვეულებრივი პოსტოპერაციული ბიოფსია, თუ გამოვლინდა მნიშვნელოვანი ცვლილებები. »ცოცხლად შეღებვა: გვიჩვენებს დისპლაზიის უბნებს ბიოფსიური აღგებების შერჩევისთვის

იშვიათია

◇ პირის ღრუს "თმიანი" ლეიკოპლაკია (OHL) (ებშტეინ-ბარის ვირუსი)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			შესაძლოა განსაკუთრებით სასარგებო იყოს, სადაც ფართოდაა გავრცელებული "ველის ცვლილებები". »დაზიანების ზედაპირული ნაცხი მიკროსკოპული გამოკვლევისთვის: ცვალებადია; შეიძლება გამოჩნდეს კანდიდას ჰიფები, მიცელიუმის ძაფები სარგებლიანია დაკავშირებული კანდიდას იდენტიფიცირებისთვის.

◇ ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (პირველადი ან მწვავე ინფექცია)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
შესაძლოა უსიმპტომო იყოს ან გამოვლინდეს გრიპისმაგვარი სიმპტომები, ლიმფადენოპათია, ფარინგიტი და ეგზანტემა გულმკერდზე, ზურგზე, პირსა და გენიტალურ ადგილებში; გამონაყარის სიხშირემ შეიძლება 50%-ს მიაღწიოს; [80] [81] [82] [83] [84] [85] ჩვეულებრივ არ არის მქავანა	გამოყოფილი მაკულები და პაპულები ტანის ზედა ნაწილზე, ასევე პირისა და გენიტალური წყლულები; შეიძლება მოიცავდეს ხელის და ფეხისგულებს	»HIV-1 ნუკლეინის მუჟავების ამპლიფიკაციის ტესტი: დადებითი შეუძლია აივ-1 რნმ-ის აღმოჩენა მწვავე აივ ინფექციის დროს. »აივ ანტიგენის/ ანტისხეულის ანალიზი: დადებითი აღმოაჩენს აივ-1 და აივ-2 ანტისხეულებს და აივ-1 p24 ანტიგენს. აღგენს აივ-1 და აივ-2 ინფექციას და მწვავე აივ-1 ინფექციას, შესაბამისად. ძალიან ადრეული ინფექციის დროს შეიძლება მივიღოთ	»დამატებითი ანალიზი: დადებითი რათა მოხდეს აივ-1 ანტისხეულების დიფერენცირება აივ-2 ანტისხეულებისგან ანტიგენის/ ანტისხეულების იმუნოანალიზის დადებითი შედეგის შემდეგ.

იმუნიტეტი

◇ ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (პირველადი ან მწვავე ინფექცია)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
		არარეაქტიული საწყისი ანტიგენის/ ანტისხეულების იმუნოანალიზი.	

◇ ბულოზური იმპეტიგო

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
შესაძლოა უფრო პრევალენტური იყოს ცხელ ტენიან ამინდში; ბულები ყვითელი ქერქით ილლივსა ან საზარდულში	ზედაპირული, სუსტი ბლისტერები ან ეროზიები, რომლებსაც შესაძლოა ქონდეს ყვითელი ქერქი; მოიცავს ილლიას ან საზარდულს	»კულტურა და გრამის წესით შეღებვა: ყველაზე ხშირად დადებითია ოქროსფერ სტაფილოკოკზე	

◇ ექთიმა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დაკავშირებულია ანამნეზში ინტრავენურ ნარკომანიასთან, ცუდ ჰიგიენასთან	მსუბუქად დანაწელებული ან ეროზირებული კანი ქერქით ქვედა კიდურებზე, ხშირად წვივებზე ან ტერფების ზურგზე; ადრეულ ფაზაში შესაძლოა იყოს ვეზიკულები ან ვეზიკულოპუსტულები	»კულტურა და გრამის წესით შეღებვა: ყველაზე ხშირად დადებითია ოქროსფერ სტაფილოკოკზე	

◇ ბოტრიომიკოზი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ქრონიკული და ინდოლენტური; დაკავშირებულია აივ-თან და შაქრიან დიაბეტთან	ჩირქოვანი, ქერქიანი კვანძები სინუსებით, რომლებიც შესაძლოა მოიცავდეს გოგირდის გრანულებს; ქერქიანი კვანძები შესაძლოა გადიტირთოს ატროფიული ნაწიბურით	»კულტურა და გრამის წესით შეღებვა: ყველაზე ხშირად დადებითია ოქროსფერ სტაფილოკოკზე მგრძნობელობა წარმართავს მკურნალობას.	»კანის ბიოფსია: პათოლოგია ავლენს "დოლის ჩხირისებრ" ან 1-დან 3 მმ-მდე ზომის გრანულარულ სხეულებს ქრონიკული არასპეციფიკური ანთებითი რეაქციით, რომელიც შესაძლოა მოიცავდეს ფიბროზს

იშვიათია

◇ ბაცილარული ანგიომატოზი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
კატეტთან ან ტკიპებთან კონტაქტის ანამნეზი (<i>Bartonella henselae</i>), ან ცუდი ჰიგიენური პირობები; პაციენტები შესაძლოა წარმოშობით იყვნენ სამხრეთ ამერიკიდან, ევროპიდან, ინდოეთიდან ან აფრიკიდან; დაკავშირებულია ცხელებასთან, ღამე ოფლიანობასთან, წონის კლებასთან	ხორციანი, მენამული ან წითელი პაპულები, წყლულები ან კვანძები, რომლებიც ადვილად სისხლმდენია; დაზიანებები შესაძლოა გარშემორტყმული იყოს ქერცლის სარტყელით; დაზიანებები შესაძლოა იყოს ექსტენსიური; იშვიათად ასევე ვლინდება კანის ფერი კანქვეშა შემუშება	»ბიოფსიის: ედმატოზური სტრომა და ნეიტროფილების კლასტერები წილოვანი კაპილარული პროლიფერაციით, ბაქტერიის კოლონიებით, რომლებიც ჩანს ვართრინ სტარის წესით შეღებვისას შესაძლოა დაგვჭირდეს ვარტინ სტარის შეღებვის შეკვეთა პათოლოგიის ლაბორატორიაში.	»კულტურა და გრამის წესით შეღებვა: ბაცილური ანგიომატოზის (<i>Bartonella henselae</i> ან <i>Bartonella quintana</i>) არსებობა »სისხლის სეროლოგია: დადებითი ბარტონელას ტიტრი »პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია (PCR) დაზიანებაზე ან შრატში: დადებითი ბარტონელას ჰჯრ ანალიზი

◇ ლეიშმანიოზი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ანამნეზში მოგზაურობა ან ცხოვრება ენდემურ რეგიონებში კოლოებთან ექსპოზიციით: მაგალითად: ესპანეთში, ხმელთაშუაზღვისპირეთში, თურქეთში, ირანსა და საუდის არაბეთში	ვარიერებს მცირე დაზიანებებიდან, რომლებიც სპონტანურად უმჯობესდება დიფუზურ არაშეხორცებად გამოწყრამდე, რომლებიც შესაძლოა მოიცავდეს კანლორნოვანის ქსოვილს; დაზიანებები იწყება ნელა-მზარდი ინდოლენტური პაპულოკვანძებით, რომლებიც ვერიკოზული, ფურუნკულიანი ან დანწყლულებული გახდეს; კანლორნოვანის დაზიანებები შესაძლოა დაიწყოს წყლულების სახით, რომლებიც შემდეგ პროგრესირებს მშრალ ქერქებამდე შემდგომი	»კანის ბიოფსია: ამასტიგოტები დაზიანებებში	»CD4-ის რაოდენობა: <200 უჯრედი/მიკროლიტრი »ძვლის ტვინის ბიოფსია: შერეული ანთებითი ინფილტრატი; შესაძლოა ამასტიგოტების არსებობა მაკროფაგებში სრულდება, თუ არსებობს ეჭვი შინაგანი ორგანოების დაზიანებაზე[43] »ქსოვილოვანი კულტურის ბაქტერიული ანალიზი: ლეიშმანიის სახეობების იდენტიფიცირება ლეიშმანიის სახეობების იდენტიფიცირება

იშვიათია

◇ ლეიშმანიოზი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
	დანყოფილებით, რაც ხშირად ცხვირის ღრუს და ტიხარს აზინებს, მაგრამ ჩვეულებრივ ცხვირის ძვლებს არ აზიანებს; ექსპოზირებული ადგილების დაზიანების ტენდენცია; შესაძლოა ლოკალიზებული ან დიფუზური ჰიპერპიგმენტაცია		გავლენას ახდენს მკურნალობაზე.

◇ დერმატოფიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
აივ-დადებით პაციენტებში გამოვლინებისა და დაავადების სიმძიმის დიდი ვარიაციულობა	რგოლისებრი დაზიანებები პერიფერიული ქერცლებით და ცენტრალური გასუფთავებით განთქმულ ადგილებში, განსაკუთრებით ფეხის თითებს შორის და ილღიაში ან საზარდულოში, მაგრამ შესაძლოა გამოვლინდეს სხეულის ნებისმიერ ნაწილში; ატიპურ გამოვლინებებს მიეკუთვნება მონეტისებრი ქერცლიანი დაზიანებები ან პუსტულები ფოლაქებზე; საზარდულის დაზიანება შესაძლოა მოიცავდეს მსუბუქ ქავილს, მაგრამ ჩვეულებრივ არ აზიანებს სათესლე პარკს; ფრჩხილების დაზიანება მოიცავს ფრჩხილის გამუქებას	»კანის ანაფხევი კალიუმის ჰიდროქსიდის პრეპარატით და მიკროსკოპული ვიზუალიზაციით: სოკოს ჰიფების არსებობა სიფრთხილე გვამრთებს ქერცლების მოსაცილებლად დაზიანების აქტიური კიდეებიდან.	»CD4-ის რაოდენობა: მდგომარეობა აღინიშნება CD4-ის ნებისმიერ რაოდენობაზე »კულტურა სოკოზე: ზუსტი სახეობების დადგენა

იშვიათია

ღ დერმატოფიტოზი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
	ან გაყვითლებას ჰიპერკერატოზით		

კაპოშის სარკომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
უფრო გავრცელებულია აივ ინფიცირებულ მამაკაცებში, რომლებსაც აქვთ სექსი მამაკაცებთან; ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული აივ-თან ასოცირებული ავთვისებიანი სიმსივნე როგორც მოზრდილებში, ასევე ბავშვებში; ჰემოპტიზი, დისფაგია ან კუჭ-ნაწლავის სისხლდენა შეიძლება საჭიროებდეს ვისცერული ჩართულობის და სავარაუდო ქიმიოთერაპიული ჩარევის სწრაფ შეფასებას	მუქი მენამელი სისხლძარღვოვანი პაპულები, კვანძები ან ფოლაქები; შესაძლოა იყოს ცალკეული, ფართოდ გავრცელებული, დაჯგუფებული ან ზოსტერისებური იყოს; ზომები ცვალებადობს მილიმეტრებიდან რამოდენიმე სანტიმეტრებამდე; ხშირად არის კიდურებზე, ტანზე ან პირხახაზე, მაგრამ შესაძლოა დაზიანოს კანის ზედაპირის ნებისმიერი ნაწილი; ლიმფადენოზი ან ლიმფადენოპათია მიანიშნებს სისტემურ დაზიანებას	»კანის/ლორწოვანის ბიოფსია: თითოისტარისებრი უჯრედების არსებობა, რაც დამახასიათებელია სისხლძარღვოვანი დაზიანებისთვის. აუცილებელია ბიოფსია სხვა მდგომარეობებისგან განსასხვავებლად, ისეთი როგორიცაა ბაცილარული ანგიომატოზი და ქიმიოთერაპიული ჩარევის საჭიროების აუცილებლობის შემთხვევაში ქსოვილოვანი დიაგნოზის დასმაც. კაპოშის სარკომისთვის დამახასიათებელი უჯრედები ფლობენ ბირთვის ლატენტურ ანტიგენს-1 (LNA-1), რომელიც ადამიანის მე-8 ჰერპესვირუსის ეკუთვნის და მისი გამოვლენა შესაძლებელია იმუნოჰისტოქიმიურად, სისხლძარღვოვანი ენდოთელიუმის უჯრედული იმუნომარკერებით	»CD4-ის რაოდენობა: დაბალი ან ნორმის ფარგლებში შესაძლოა უფრო პრევალენტური იყოს CD4-ის დაბალი რაოდენობის დროს, მაგრამ ასევე დაფიქსირებულია უფრო ინდოლენტური გამონაყარი კარგად კონტროლირებადი აივ-ის მქონე პაციენტებშიც.[91]

იმუნიტა

კაპოშის სარკომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
		(მაგ. CD31, CD34) და ლიმფური უჯრედების იმუნომარკერებით (მაგ. D2-40). [88] [89] [90]	

მელანომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დადებითი ოჯახური ანამნეზი; კანის ღია fer, ღია ფერის თვალეები, ქერა ან ჟღერა თმა; ანამნეზში მზესთან ექსპოზიცია, ძლიერი ჭორფლიანობა და ადვილად გარუჯვა; აკრალური-ლენტიგინოზური მელანომა, აზიური ან მუქ-კანიანთა ეთნიკური ჯგუფი	დაზიანებები აკრალურ-ფორმებს: ABCD კრიტერიუმებს: ასიმეტრია, კიდეების უსწორობა, ფერის ცვალებადობა, დიამეტრი (>6მმ); შესაძლოა იყოს ფეხიანი, პოლიპოიდური, ჰიპერკერატოზული ან ამელანოზური; ყავისფერი მაკულა ჩართული კვანძით და შესაძლოა სისხლდენით და დანაწილებით მზისაღმის ექსპოზირებულ ადგილებში (შემოფარგლული კიბოსწინარე მელანოზი); ჭრელი დაზიანება ხშირად ზურგის ან ფეხების ზედა ნაწილზე (მელანომის ზედაპირული გავრცელება); დანაწილება, პოტენციურად კვანძოვანი დაზიანებები ტერფებზე და ხელის მტევნებზე (აკრალურ-ლენტიგინოზური მელანომა); ან სოკოვანი, მყიფე და დანაწილებული გუმბათისებრი დაზიანება მზისაღმის	»დერმოსკოპია: მელანოციტური დაზიანება პათოლოგიური სურათით, მელანომაზე ეჭვით »კანის ბიოფსია: არანორმალური მელანოციტური პროლიფერაცია ეპიდერმისში და/ან დერმისში, ტიპური მელანომისთვის ადასტურებს დიაგნოზს. ცუდი პროგნოზი დაკავშირებულია ინვაზიის უფრო დიდ სიღრმესთან, წყლულების წარმოქმნასთან, მიტოზების რაოდენობის გაზრდასთან, სისხლძარღვთა ინვაზიასთან, რეგრესიასთან და მიკროსკოპული სატელიტების არსებობასთან. აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში მელანომა შესაძლოა უფრო აგრესიული იყოს, ვიდრე ზოგად	»CD4-ის რაოდენობა: და დონე აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში მელანომა შესაძლოა უფრო აგრესიული იყოს, ვიდრე ზოგად

იშვიათია

მმელანომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
	ექსპოზირებულ ადგილებში (კვანძოვანი მელანომა)	პოპულაციაში, CD4-ის რაოდენობის მიუხედავად.	

◇ ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
რისკფაქტორებს მიეკუთვნება ღია ფერის კანი და მნიშვნელოვანია მზესთან ექსპოზიციის ისტორია, ასაკი და აივ ინფექციის ხანგრძლივობა	დისკრეტული, მკვრივი, შეუხორცებელი დაზიანება მზისადგ=ში ექსპოზირებულ ადგილებში; ინდურირებული წამოწეული ფუძე, რომელიც შესაძლოა გადავიდეს კვანძში და დაწყულდეს; უფრო ხშირად თავსა და კისერზე; თმსა, უფრო ხშირად ხელების ზურგზე, ვიდრე ბაზალური უჯრედების კარცინომა	»კანის ბიოფსია: მიტოზური სურათის არსებობა, ბირთვკვების ზომისა და რაოდენობის მატება, ბირთვის ჰიპერქრომატიზმი, ბირთვის გადიდება	»CD4-ის რაოდენობა: და დონე სიმსივნე ვითარდება CD4-ის სპექტრში.

◇ წითელასმაგვარი გამონაყარი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ძლიერ კავშირშია ტრიმეტოპრიმ/სულფამეთოქსაზოლის და სხვა ანტიბიოტიკების გამოყენებასთან აივ ინფექტირებულ პაციენტებში	დიფუზური წითელასებრი, მაკულოპაპულური გამონაყარი	»არ არის: დიაგნოზი კლინიკურია ანალიზები რუტინულად არ არის რეკომენდებული.	

მმედიკამენტური გამონაყარი ეოზინოფილიითა და სისტემური სიმპტომებით (DRESS)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
შესაძლოა ნახოთ აბაკავირის, ეფავირენცის	ფებრილური; სახის ედემა და ერითემა წითელასმაგვარი	»FBC: შესაძლოა გამოვლინდეს ეოზინოფილია	»HLA-B5701: შესაძლოა იყოს დადებითი პაციენტებში,

იშვიათია

მედიკამენტური გამონაყარი ეოზინოფილიითა და სისტემური სიმპტომებით (DRESS)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ან ნევირაპინის გამოყენებისას; კანზე გამონაყარი სულ ცოტა 1 სიმპტომი ქვევით ჩამოთვლილთაგან შემდეგი 2 თვის განმავლობაში წამლის დაწყებიდან ან 3 ჩამოთვლილთაგან გამონაყარის გარეშე; თავის ტკივილი, კუჭ-ნაწლავის სიმპტომები, რესპირატორული სიმპტომები, მიალგია, ცხელება; გამონაყარი შესაძლოა იყოს მტკივნეული და/ან მქავანა.	გამონაყარი თანზე; ლიმფადენოპათია	»ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: იშლება ტრანსამინიტით »თირკმლის ფუნქცია: მომატებული კრეატინინი	რომლებსაც რეაქცია აქვთ აბაკავირზე HLA-B5701-დადებითი შედეგები უნდა გამოირიცხოს აბაკავირის გამოყენებამდე. ^[92]

ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი(TEN)/სტივენს-ჯონსონის სინდრომი (SJS)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დაკავშირებულია სულფამიდურ პრეპარატებთან, ნევირაპინთან, ანტიკონვულსანტებთან, ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ პრეპარატებთან, ალოპურინოლთან; გრიპისმაგვარი სიმპტომები წინ უსწრებს გამონაყარს რამდენიმე დღით	ადრეული ფაზები მოიცავს დიფუზურ სინითლეს ან მაკულურ დაზიანებებს პურპურული ცენტრებით, რომლებიც შესაძლოა შეერწყას, წარმოიქმნას ბლისტერი და შემდეგ აიფუცქენას; დაზიანებები ჩვეულებრივ იწყება თანზე ან სახეზე, შემდეგ ვრცელდება გარეთ და ხშირად მოიცავს ლორწოვან მემბრანებს	»კანის ბიოფსია გაყინული ნაწილის ანალიზით: სრული სისქის ნეკროზი აღინიშნება TEN-ში გვეხმარება დათუთქული კანის სინდრომისგან დიფერენცირებაში.	»სისხლის კულტურები: უარყოფითია TEN/SJS-ში საჭიროა გამოირიცხოს ტოქსიკური შოკის სინდრომი და დათუთქული კანის სინდრომი, რომლის დროსაც დადებითია ულტურას სტაფილოკოკურ ან სტრეპტოკოკურ გამომწვევებზე. »FBC: შედეგები დამოკიდებულია სტადიაზე, რომელითაც პაციენტი შემოიყვანეს ანალიზისთვის და კანის დაკარგვის სიმძიმეზე; TEN პაციენტებს შესაძლოა

იშვიათია

F ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი(TEN)/სტივენს-ჯონსონის სინდრომი (SJS)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			ქონდეთ სეფსისი და სისხლის თეთრი უჯრედების მომატებული რაოდენობა თუ სისხლის საერთო ანალიზი აჩვენებს ეოზინოფილიას, ჰიპერმგრძნობელობის სინდრომზე უნდა ვიფიქროთ. ლეიკოციტების რაოდენობა შეიძლება გაზრდილი იყოს, თუკი არსებობს ჭრილობის ინფექცია ან სეფსისი. »ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ცვლადი დარღვევები LFT-ს ზუსტი დარღვევების შედეგები დამოკიდებულია სხეულის საერთო დაზიანების სიმძიმეზე და მედიკამენტის ტოქსიკურობაზე, რაც გამოწვეულია SJS ან TEN-ით. »არტერიული სისხლის აირები და ჟანგბადით გაჯერება (ჟანგბადის სატურაცია): ანოქსემია, აციდოზი არტერიული სისხლის აირები და ჟანგბადით გაჯერება გვეხმარება პაციენტის კლინიკური რესპირატორული მდგომარეობის განსაზღვრაში. SJS/ TEN-ის ერთ-ერთი

იშვიათია

ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი(TEN)/სტივენს-ჯონსონის სინდრომი (SJS)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			გართულებაა ზედა და ქვედა სასუნთქი გზების ლორწოვანის დაზიანება ვეზიკულების ფორმირებით, დანაწილებით და ლორწოვანის აშკარა ჩამოფცქვნით, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს ხორხისმიერი სტრიდორი, შესაძლო რეტრაქციები და ცხვირხახის შეშუპება.

ღიმუნური რეკონსტიტუციის ანთებითი სინდრომი (IRIS)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება ან ახალი ოპორტუნიტული ინფექცია კომბინაციური ანტირეტროვირუსული მკურნალობის დაწყების შემდეგ; პაციენტებს, რომელთაც CD4-ის რაოდენობა <50 უტრედი/მიკროლიტრი აქვთ, უფრო მაღალი რისკი აქვთ	შესაძლოა გამოავლინონ ციტომეგალოვირუსული რეტინიტის ან ტუბერკულოზის ნიშნები, ორივე მათგანი უნდა გამოირიცხოს შესაბამისი კვლევების მეშვეობით ანტირეტროვირუსული მკურნალობის დაწყებამდე; შესაძლოა გამოვლინდეს კრიპტოკოკული მენინგიტის, მულტიფოკალური ლეიკოენცეფალოპათიის, კაპოშის სარკომის ან ჰერპეს ზოსტერის ნიშნებით მკურნალობის პირველი კვირის განმავლობაში	»არ არსებობს სპეციფიკური ანალიზი IRIS-თვის; დიაგნოზი კლინიკურია	»CD4 უტრედების რაოდენობა: <50 უტრედი/მიკროლიტრი გვაძლევს IRIS-ის მაღალ რისკს »ოპორტუნიტული დაავადების გამომრიცხავი ანალიზები: რელევანტური ოპორტუნიტული დაავადების შესაბამისია ანალიზები ოპორტუნიტული დაავადებების გამოსარიცხად უნდა ჩატარდეს სიმპტომებისა და ნიშნების შესაბამისად (მაგ: pp65 და ოფთალმოლოგიური კვლევა CMV-

იშვიათია

◇ იმუნური რეკონსტიტუციის ანთებითი სინდრომი (IRIS)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			ზე; გულმკერდის რენტგენოგრაფია და ტუბერკულოზის მიკრობიოლოგიური კვლევა)

◇ შანკროიდი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
განვითარებადი ქვეყნები ბოლო 2 კვირის განმავლობაში, მტკივნეული გენიტალური წყლულები; აღინიშნება ძირითადად განვითარებად ქვეყნებში	მკვეთრად განსაზღვრული, გამოყოფილი კიდეებით, "მოცხნავი წყლულები" შესაძლოა განვითარდეს მოპირდაპირე ზედაპირებზე; საზარდულში ლიმფური კვანძები შეშუპება აღინიშნება პაციენტების ერთ მესამედში	»გრამის წესით შეღებვა: გრამ-უარყოფითი კოკობაცილა ან წვრილი ბაცილა ჯაჭვის სახით (განსხვავებული "თევზის ქერცლისებრი" წყობა) »კულტურა შოკოლადის აგარზე: <i>Haemophilus ducreyi</i> -ის იდენტიფიცირება	»ვენერიული დაავადებების კვლევითი ლაბორატორია (VDRL): შესაძლოა იყოს დადებითი ჩვეულებრივი პროცედურა სიფილისის გამოსარიცხად. VDRL ან პლაზმის რეაგინის სწრაფ ტესტს (RPR) შესაძლოა დასჭირდეს 3 თვე რომ გახდეს დადებითი. »სწრაფი პლაზმის რეაგინი (RPR): შესაძლოა იყოს დადებითი რუტინა სიფილისის გამოსარიცხად. RPR ან VDRL ანალიზს შესაძლოა დასჭირდეს 3 თვე, რომ დადებითი გახდეს. »HSV პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია ან ნუკლეინის მუავის გაძლიერების სხვა ტესტი (NAAT): ჩვეულებრივ უარყოფითია;

იშვიათია

◇ შანკროიდი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			დადებითია ჰერპეს კოინფექციის დროს HSV-ს გამოსარიცხად დიფერენციალური დაიგნოზისთვის ან კოინფექციისთვის. HSV ვირუსული კულტურა შეიძლება განიხილებოდეს, თუ NAAT არ არის ხელმისაწვდომი.

◇ მერკელის უჯრედული კარცინომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
აგრესიული სიმსივნე, რომელიც მეტასტაზირებს ლიმფურ კვანძებში, ცხიმში, კუნთების ფასციაში, ფილტვებში, ღვიძლში, თავის ტვინსა და ძვალში	უმტკივნეულო კვანძები ან სიმსივნე, ხშირად სინათლესთან ექსპოზირებულ ადგილებში	»კანის ბიოფსია: მერკელის უჯრედების კარცინომის ნიშნები	»სენტინელის ლიმფური კვანძის ამოჭრა: შესაძლოა აჩვენოს მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში »გულმკერდის რენტგენი: შესაძლოა აჩვენოს ფილტვის მეტასტაზები »მუცლისა და ლიმფური კვანძების ულტრაბგერითი კვლევა: შესაძლოა აჩვენოს მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში

◇ ლეიომიოსარკომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ეპუტეინ-ბარის ვირუსთან ასოცირებული სიმსივნე ბავშვებში	6 სხვადასხვა ტიპი: კანის ტიპი (კარგი პროგნოზი); ადგილობრივი კანის ტიპი (ცუდი პროგნოზი ადრეული გამოვლინებებით ლიმფურ კვანძებსა ან ფილტვებში); სისხლძარღვოვანი	»კანის ბიოფსია ან ამოკვეთა: ლეიომიოსარკომის ნიშნები	»სიმსივნის სტადიები: დამოკიდებულია სტადიაზე

იშვიათია			
◊ ლეიომიოსარკომა			
ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
	ან გენიტალური ტიპები (იშვიათი: თითოეული 5%); ინტრააბდომინური ლეიომიოსარკომა (ხშირი: 40%), ღრმა ლეიომიოსარკომა (20%)		

გაიდლაინები

გაერთიანებული სამეფო

HIV and AIDS - cutaneous features (<https://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/hiv>)

ავტორი Primary Care Dermatology Society

ბოლო გამოქვეყნება: 2021

საერთაშორისო

Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548915>)

ავტორი World Health Organization

ბოლო გამოქვეყნება: 2014

ძირითადი სტატიები

- World Health Organization. Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults. 2014 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136863/1/9789241548915_eng.pdf?ua=1\)](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136863/1/9789241548915_eng.pdf?ua=1)
- Maurer TA. Dermatologic manifestations of HIV infection. Top HIV Med. 2005;13(5):149-54. [აბსტრაქტი](#)

წყაროები

1. Leslie KS, Levell NJ. Dermatologists, beacons of epidemics; past, present and future! Int J Dermatol. 2004 Jun;43(6):468-70. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15186235?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15186235?tool=bestpractice.bmj.com)
2. World Health Organization. Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults. 2014 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136863/1/9789241548915_eng.pdf?ua=1\)](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136863/1/9789241548915_eng.pdf?ua=1)
3. Paul S, Evans R, Maurer T, et al. Treatment of dermatological conditions associated with HIV/AIDS: the scarcity of guidance on a global scale. AIDS Res Treat. 2016 May 3;2016:3272483. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868888\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868888) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27242923?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27242923?tool=bestpractice.bmj.com)
4. Mallon PW, Unemori P, Sedwell R, et al. In vivo, nucleoside reverse-transcriptase inhibitors alter expression of both mitochondrial and lipid metabolism genes in the absence of depletion of mitochondrial DNA. J Infect Dis. 2005 May 15;191(10):1686-96. [სრული ტექსტი \(http://jid.oxfordjournals.org/content/191/10/1686.full\)](http://jid.oxfordjournals.org/content/191/10/1686.full) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15838796?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15838796?tool=bestpractice.bmj.com)
5. Bastard JP, Caron M, Vidal H, et al. Association between altered expression of adipogenic factor SREBP1 in lipoatrophic adipose tissue from HIV-1-infected patients and abnormal adipocyte differentiation and insulin resistance. Lancet. 2002 Mar 23;359(9311):1026-31. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11937183?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11937183?tool=bestpractice.bmj.com)
6. Rosenthal D, LeBoit PE, Klumpp L, et al. Human immunodeficiency virus-associated eosinophilic folliculitis. A unique dermatosis associated with advanced human immunodeficiency virus infection. Arch Dermatol. 1991 Feb;127(2):206-9. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1671328?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1671328?tool=bestpractice.bmj.com)
7. Holmes RB, Martins C, Horn T. The histopathology of folliculitis in HIV-infected patients. J Cutan Pathol. 2002 Feb;29(2):93-5. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12150139?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12150139?tool=bestpractice.bmj.com)
8. Resneck JS Jr., Van Beek M, Furmanski L, et al. Etiology of pruritic papular eruption with HIV infection in Uganda. JAMA. 2004 Dec 1;292(21):2614-21. [სრული ტექსტი \(https://jamanetwork.com/\)](https://jamanetwork.com/)

journals/jama/fullarticle/199907) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15572719?tool=bestpractice.bmj.com>)

9. Huang AH, Canner JK, Khanna R, et al. Real-world prevalence of prurigo nodularis and burden of associated diseases. J Invest Dermatol. 2020 Feb;140(2):480-3;e4. სრული ტექსტი ([https://www.jidonline.org/article/S0022-202X\(19\)32690-9/fulltext](https://www.jidonline.org/article/S0022-202X(19)32690-9/fulltext)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31421126?tool=bestpractice.bmj.com>)
10. Boozalis E, Tang O, Patel S, et al. Ethnic differences and comorbidities of 909 prurigo nodularis patients. J Am Acad Dermatol. 2018 Oct;79(4):714-9;e3. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6518410>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29733939?tool=bestpractice.bmj.com>)
11. Hernández-Ramírez RU, Shiels MS, Dubrow R, et al. Cancer risk in HIV-infected people in the USA from 1996 to 2012: a population-based, registry-linkage study. Lancet HIV. 2017 Nov;4(11):e495-504. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5669995>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28803888?tool=bestpractice.bmj.com>)
12. Crum-Cianflone N, Hullsiek KH, Satter E, et al. Cutaneous malignancies among HIV-infected persons. Arch Intern Med. 2009 Jun 22;169(12):1130-8. სრული ტექსტი (<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/773525>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19546414?tool=bestpractice.bmj.com>)
13. Müller M, Wandel S, Colebunders R, et al; IeDEA Southern and Central Africa. Immune reconstitution inflammatory syndrome in patients starting antiretroviral therapy for HIV infection: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2010 Apr;10(4):251-61. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20334848?tool=bestpractice.bmj.com>)
14. Miziara ID, Araujo Filho BC, Weber R. AIDS and recurrent aphthous stomatitis. Rev Bras Otorhinolaryngol. 2005 Jul-Aug;71(4):517-20. სრული ტექსტი (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000400020&lng=en&nrm=iso&tlng=en) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16446970?tool=bestpractice.bmj.com>)
15. Duvic M, Johnson TM, Rapini RP, et al. Acquired immunodeficiency syndrome-associated psoriasis and Reiter's syndrome. Arch Dermatol. 1987 Dec;123(12):1622-32. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3688903?tool=bestpractice.bmj.com>)
16. Menon K, Van Voorhees AS, Bebo BF Jr, et al; National Psoriasis Foundation. Psoriasis in patients with HIV infection: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. J Am Acad Dermatol. 2010 Feb;62(2):291-9. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19646777?tool=bestpractice.bmj.com>)
17. Maurer T, Rodrigues LK, Ameli N, et al. The effect of highly active antiretroviral therapy on dermatologic disease in a longitudinal study of HIV type 1-infected women. Clin Infect Dis. 2004 Feb 15;38(4):579-84. სრული ტექსტი (<http://cid.oxfordjournals.org/content/38/4/579.full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14765353?tool=bestpractice.bmj.com>)
18. Dunic I, Vesic S, Jevtovic DJ. Oral candidiasis and seborrheic dermatitis in HIV-infected patients on highly active antiretroviral therapy. HIV Med. 2004 Jan;5(1):50-4. სრული ტექსტი (<https://>

onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-1293.2004.00185.x?sid.nlm%3Apubmed) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14731170?tool=bestpractice.bmj.com>)

19. Siberry GK, Leister E, Jacobson DL, et al. Increased risk of asthma and atopic dermatitis in perinatally HIV-infected children and adolescents. Clin Immunol. 2012 Feb;142(2):201-8. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273595>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22094294?tool=bestpractice.bmj.com>)
20. Kaushik SB, Cerci FB, Miracle J, et al. Chronic pruritus in HIV-positive patients in the southeastern United States: its prevalence and effect on quality of life. J Am Acad Dermatol. 2014 Apr;70(4):659-64. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24503217?tool=bestpractice.bmj.com>)
21. Lee D, Benson CA, Lewis CE, et al. Prevalence and factors associated with dry skin in HIV infection: the FRAM study. AIDS. 2007 Oct 1;21(15):2051-7. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3166536>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17885295?tool=bestpractice.bmj.com>)
22. Scott C, Staughton RC, Bunker CJ, et al. Acne vulgaris and acne rosacea as part of immune reconstitution disease in HIV-1 infected patients starting antiretroviral therapy. Int J STD AIDS. 2008 Jul;19(7):493-5. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18574128?tool=bestpractice.bmj.com>)
23. Winchester R, Bernstein DH, Fischer HD, et al. The co-occurrence of Reiter's syndrome and acquired immunodeficiency. Ann Intern Med. 1987 Jan;106(1):19-26. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3789575?tool=bestpractice.bmj.com>)
24. Fernando I, K Edwards S, Grover D. British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of genital molluscum in adults (2021). Int J STD AIDS. 2022 Apr;33(5):422-32. სრული ტექსტი (<https://bashguidelines.org/media/1309/mc-2021.pdf>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35312417?tool=bestpractice.bmj.com>)
25. Wood SM, Shah SS, Steenhoff AP, et al. Primary varicella and herpes zoster among HIV-infected children from 1989 to 2006. Pediatrics. 2008 Jan;121(1):e150-6. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18086820?tool=bestpractice.bmj.com>)
26. Frean J, Arndt S, Spencer D. High rate of Bartonella henselae infection in HIV-positive outpatients in Johannesburg, South Africa. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2002 Sep-Oct;96(5):549-50. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12474487?tool=bestpractice.bmj.com>)
27. Lanjewar DN, Bhosale A, Iyer A. Spectrum of dermatopathologic lesions associated with HIV/AIDS in India. Indian J Pathol Microbiol. 2002 Jul;45(3):293-8. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12785169?tool=bestpractice.bmj.com>)
28. Minga KA, Gberi I, Boka MB. Bacillary angiomatosis in an adult infected with HIV-1 at an early stage of immunodepression in Abidjan, Cote d'Ivoire [in French]. Bull Soc Pathol Exot. 2002 Mar;95(1):34-6. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12012962?tool=bestpractice.bmj.com>)
29. Ciervo A, Petrucca A, Ciarrocchi S, et al. Molecular characterization of first human Bartonella strain isolated in Italy. J Clin Microbiol. 2001 Dec;39(12):4554-7. სრული ტექსტი (<http://>

jcm.asm.org/content/39/12/4554.full) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11724882?tool=bestpractice.bmj.com>)

30. Gazineo JL, Trope BM, Maceira JP, et al. Bacillary angiomatosis: description of 13 cases reported in five reference centers for AIDS treatment in Rio de Janeiro, Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2001 Jan-Feb;43(1):1-6. სრული ტექსტი (https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652001000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11246275?tool=bestpractice.bmj.com>)
31. Gutierrez-Galhardo MC, do Valle GF, Sa FC, et al. Clinical characteristics and evolution of syphilis in 24 HIV+ individuals in Rio de Janeiro, Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2005 May-Jun;47(3):153-7. სრული ტექსტი (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652005000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16021289?tool=bestpractice.bmj.com>)
32. Gare J, Lupiwa T, Suarkia DL, et al. High prevalence of sexually transmitted infections among female sex workers in the eastern highlands province of Papua New Guinea: correlates and recommendations. Sex Transm Dis. 2005 Aug;32(8):466-73. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16041247?tool=bestpractice.bmj.com>)
33. Hesketh T, Tang F, Wang ZB, et al. HIV and syphilis in young Chinese adults: implications for spread. Int J STD AIDS. 2005 Mar;16(3):262-6. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15829030?tool=bestpractice.bmj.com>)
34. Nnoruka EN, Ezeoke AC. Evaluation of syphilis in patients with HIV infection in Nigeria. Trop Med Int Health. 2005 Jan;10(1):58-64. სრული ტექსტი (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2004.01344.x/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15655014?tool=bestpractice.bmj.com>)
35. Ryder N, Bourne C, Rohrsheim R. Clinical audit: adherence to sexually transmitted infection screening guidelines for men who have sex with men. Int J STD AIDS. 2005 Jun;16(6):446-9. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15969782?tool=bestpractice.bmj.com>)
36. Dougan S, Elford J, Rice B, et al. Epidemiology of HIV among black and minority ethnic men who have sex with men in England and Wales. Sex Transm Infect. 2005 Aug;81(4):345-50. სრული ტექსტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1745025/pdf/v081p00345.pdf>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16061545?tool=bestpractice.bmj.com>)
37. Wong W, Chaw JK, Kent CK, et al. Risk factors for early syphilis among gay and bisexual men seen in an STD clinic: San Francisco, 2002-2003. Sex Transm Dis. 2005 Jul;32(7):458-63. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15976605?tool=bestpractice.bmj.com>)
38. Fenton KA, Imrie J. Increasing rates of sexually transmitted diseases in homosexual men in Western Europe and the United States: why? Infect Dis Clin North Am. 2005 Jun;19(2):311-31. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15963874?tool=bestpractice.bmj.com>)
39. del Amo J, Gonzalez C, Losana J, et al. Influence of age and geographical origin in the prevalence of high risk human papillomavirus in migrant female sex workers in Spain. Sex Transm Infect. 2005 Feb;81(1):79-84.

სრული ტექსტი (<http://sti.bmj.com/content/81/1/79.long>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15681729?tool=bestpractice.bmj.com>)

40. Soni S, Horner P, Rayment M, et al. British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with Mycoplasma genitalium (2018). Int J STD AIDS. 2019 Sep;30(10):938-50. სრული ტექსტი (<https://www.bashhguidelines.org/media/1208/gc-2019.pdf>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31280688?tool=bestpractice.bmj.com>)
41. Rönn MM, Ward H. The association between lymphogranuloma venereum and HIV among men who have sex with men: systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2011 Mar 18;11:70. სრული ტექსტი (<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/70>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21418569?tool=bestpractice.bmj.com>)
42. Lautenschlager S, Kemp M, Christensen JJ, et al. 2017 European guideline for the management of chancroid. Int J STD AIDS. 2017 Mar;28(4):324-29. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28081686?tool=bestpractice.bmj.com>)
43. Bosch RJ, Rodrigo AB, Sanchez P, et al. Presence of Leishmania organisms in specific and non-specific skin lesions in HIV-infected individuals with visceral leishmaniasis. Int J Dermatol. 2002 Oct;41(10):670-5. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12390190?tool=bestpractice.bmj.com>)
44. Choi CM, Lerner EA. Leishmaniasis: recognition and management with a focus on the immunocompromised patient. Am J Clin Dermatol. 2002;3(2):91-105. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11893221?tool=bestpractice.bmj.com>)
45. Bittencourt A, Silva N, Straatmann A, et al. Post-kala-azar dermal leishmaniasis associated with AIDS. Braz J Infect Dis. 2002 Dec;6(6):313-6. სრული ტექსტი (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702002000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=en) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12585976?tool=bestpractice.bmj.com>)
46. Agostoni C, Dorigoni N, Malfitano A, et al. Mediterranean leishmaniasis in HIV-infected patients: epidemiological, clinical, and diagnostic features of 22 cases. Infection. 1998 Mar-Apr;26(2):93-9. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9561378?tool=bestpractice.bmj.com>)
47. Barrio J, Lecona M, Cosin J, et al. Leishmania infection occurring in herpes zoster lesions in an HIV-positive patient. Br J Dermatol. 1996 Jan;134(1):164-6. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8745907?tool=bestpractice.bmj.com>)
48. Jimenez-Gonzalez C, Mata-Marin JA, Arroyo-Anduiza CI, et al. Prevalence and etiology of onychomycosis in the HIV-infected Mexican population. Eur J Dermatol. 2013 May-Jun;23(3):378-81. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23816463?tool=bestpractice.bmj.com>)
49. Omeland SH, Ahlström MG, Gerstoft J, et al. Risk of skin cancer in patients with HIV: a Danish nationwide cohort study. J Am Acad Dermatol. 2018 Oct;79(4):689-95. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29588249?tool=bestpractice.bmj.com>)

50. Zhao H, Shu G, Wang S. The risk of non-melanoma skin cancer in HIV-infected patients: new data and meta-analysis. *Int J STD AIDS*. 2016 Jun;27(7):568-75. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25999166?tool=bestpractice.bmj.com>)
51. Olsen CM, Knight LL, Green AC. Risk of melanoma in people with HIV/AIDS in the pre- and post-HAART eras: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *PLoS One*. 2014;9(4):e95096. **სრული ტექსტი** (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0095096>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24740329?tool=bestpractice.bmj.com>)
52. Silverberg MJ, Chao C, Leyden WA, et al. HIV infection, immunodeficiency, viral replication, and the risk of cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011 Dec;20(12):2551-9. **სრული ტექსტი** (<https://aacrjournals.org/cebpa/article/20/12/2551/68464/HIV-Infection-Immunodeficiency-Viral-Replication>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22109347?tool=bestpractice.bmj.com>)
53. Yanik EL, Hernández-Ramírez RU, Qin L, et al. Brief Report: Cutaneous melanoma risk among people with HIV in the United States and Canada. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018 Aug 15;78(5):499-504. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6037538>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29771785?tool=bestpractice.bmj.com>)
54. Goldstein RH, DeCaprio JA. Merkel cell carcinoma in the HIV-1/AIDS patient. *Cancer Treat Res*. 2019;177:211-29. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30523626?tool=bestpractice.bmj.com>)
55. Panou E, Nikolaou C, Payagala S, et al. HIV-related merkel cell carcinoma: a report of three cases from the UK. *Int J STD AIDS*. 2022 Sep 13 [epub ahead of print]. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36112903?tool=bestpractice.bmj.com>)
56. Tetzlaff MT, Nosek C, Kovarik CL. Epstein-Barr virus-associated leiomyosarcoma with cutaneous involvement in an African child with human immunodeficiency virus: a case report and review of the literature. *J Cutan Pathol*. 2011 Sep;38(9):731-9. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21623869?tool=bestpractice.bmj.com>)
57. Yin X, Wu T, Yan Y, et al. Treatment for leiomyosarcoma and leiomyoma in children with HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 May 12;(5):CD007665. **სრული ტექსტი** (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007665.pub2/full>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20464756?tool=bestpractice.bmj.com>)
58. Mittmann N, Knowles SR, Koo M, et al. Incidence of toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome in an HIV cohort: an observational, retrospective case series study. *Am J Clin Dermatol*. 2012 Feb 1;13(1):49-54. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22145749?tool=bestpractice.bmj.com>)
59. Creamer D, Walsh SA, Dziewulski P, et al. UK guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in adults 2016. *Br J Dermatol*. 2016 Jun;174(6):1194-227. **სრული ტექსტი** (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjd.14530>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27317286?tool=bestpractice.bmj.com>)
60. Wang L, Varghese S, Bassir F, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a systematic review of PubMed/MEDLINE case reports from 1980 to 2020. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Aug 24;9:949520.

სრული ტექსტი (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.949520/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36091694?tool=bestpractice.bmj.com>)

61. Maurer TA. Dermatologic manifestations of HIV infection. Top HIV Med. 2005;13(5):149-54. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16377853?tool=bestpractice.bmj.com>)
62. Lapinski, TW, Parfieniuk A, Rogalska-Plonska M, et al. Prevalence of cryoglobulinaemia in hepatitis C virus- and hepatitis C virus/human immunodeficiency virus-infected individuals: implications for renal function. Liver Int. 2009 Sep;29(8):1158-61. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19602133?tool=bestpractice.bmj.com>)
63. Brandariz D, Smithson A, Anton-Vazquez V. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms related to antiretroviral treatment in human immunodeficiency virus patients. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2017 Jul-Dec;38(2):163-70. სრული ტექსტი (<https://www.ijstd.org/article.asp?issn=2589-0557;year=2017;volume=38;issue=2;spage=163;epage=170;aualast=Brandariz>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30148271?tool=bestpractice.bmj.com>)
64. Rajendran PM, Dolev JC, Heaphy MR, Jr., et al. Eosinophilic folliculitis: before and after the introduction of antiretroviral therapy. Arch Dermatol. 2005 Oct;141(10):1227-31. სრული ტექსტი (<http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=399828>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16230559?tool=bestpractice.bmj.com>)
65. Huiras E, Preda V, Maurer T, et al. Cutaneous manifestations of immune reconstitution inflammatory syndrome. Curr Opin HIV AIDS. 2008 Jul;3(4):453-60. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19373005?tool=bestpractice.bmj.com>)
66. Kreuter A, Brockmeyer NH, Altmeyer P, et al. Anal intraepithelial neoplasia in HIV infection. J Dtsch Dermatol Ges. 2008 Nov;6(11):925-34. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18410393?tool=bestpractice.bmj.com>)
67. Sasco AJ, Jaquet A, Boidin E, et al. The challenge of AIDS-related malignancies in sub-Saharan Africa. PLoS One. 2010 Jan 11;5(1):e8621. სრული ტექსტი (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0008621>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20066157?tool=bestpractice.bmj.com>)
68. Almagro M, Del Pozo J, Garcia-Silva J, et al. Eyelash length in HIV-infected patients. AIDS. 2003 Jul 25;17(11):1695-6. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12853753?tool=bestpractice.bmj.com>)
69. Obuch ML, Maurer TA, Becker B, et al. Psoriasis and human immunodeficiency virus infection. J Am Acad Dermatol. 1992 Nov;27(5 Pt 1):667-73. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1430384?tool=bestpractice.bmj.com>)
70. Parkin JM, Eales LJ, Galazka AR, et al. Atopic manifestations in the acquired immune deficiency syndrome: response to recombinant interferon gamma. Br Med J (Clin Res Ed). 1987 May 9;294(6581):1185-6. სრული ტექსტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1246352/pdf/bmjcred00019-0009.pdf>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3109572?tool=bestpractice.bmj.com>)

71. Gelfand JM, Rudikoff D. Evaluation and treatment of itching in HIV-infected patients. Mt Sinai J Med. 2001 Sep-Oct;68(4-5):298-308. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11514917?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11514917?tool=bestpractice.bmj.com)
72. Wei F, Gaisa MM, D'Souza G, et al. Epidemiology of anal human papillomavirus infection and high-grade squamous intraepithelial lesions in 29,900 men according to HIV status, sexuality, and age: a collaborative pooled analysis of 64 studies. Lancet HIV. 2021 Sep;8(9):e531-43. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8408042\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8408042) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34339628?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34339628?tool=bestpractice.bmj.com)
73. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised surveillance case definition for HIV infection--United States, 2014. MMWR Recomm Rep. 2014 Apr 11;63(RR-03):1-10. [სრული ტექსტი \(https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6303a1.htm\)](https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6303a1.htm) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24717910?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24717910?tool=bestpractice.bmj.com)
74. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34292926?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34292926?tool=bestpractice.bmj.com)
75. Cohen PR, Grossman ME. Clinical features of human immunodeficiency virus-associated disseminated herpes zoster virus infection - a review of the literature. Clin Exp Dermatol. 1989 Jul;14(4):273-6. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2686873?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2686873?tool=bestpractice.bmj.com)
76. Pahwa S, Biron K, Lim W, et al. Continuous varicella-zoster infection associated with acyclovir resistance in a child with AIDS. JAMA. 1988 Nov 18;260(19):2879-82. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3184352?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3184352?tool=bestpractice.bmj.com)
77. Jacobson MA, Berger TG, Fikrig S, et al. Acyclovir-resistant varicella zoster virus infection after chronic oral acyclovir therapy in patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Ann Intern Med. 1990 Feb 1;112(3):187-91. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2297195?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2297195?tool=bestpractice.bmj.com)
78. Linnemann CC, Jr., Biron KK, Hoppenjans WG, et al. Emergence of acyclovir-resistant varicella zoster virus in an AIDS patient on prolonged acyclovir therapy. AIDS. 1990 Jun;4(6):577-9. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2167103?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2167103?tool=bestpractice.bmj.com)
79. Coffin SE, Hodinka RL. Utility of direct immunofluorescence and virus culture for detection of varicella-zoster virus in skin lesions. J Clin Microbiol. 1995 Oct;33(10):2792-5. [სრული ტექსტი \(http://jcm.asm.org/content/33/10/2792.long\)](http://jcm.asm.org/content/33/10/2792.long) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8567930?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8567930?tool=bestpractice.bmj.com)
80. Cooper DA, Gold J, Maclean P, et al. Acute AIDS retrovirus infection. Definition of a clinical illness associated with seroconversion. Lancet. 1985 Mar 9;1(8428):537-40. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2857899?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2857899?tool=bestpractice.bmj.com)

81. Wantzin GR, Lindhardt BO, Weismann K, et al. Acute HTLV III infection associated with exanthema, diagnosed by seroconversion. Br J Dermatol. 1986 Nov;115(5):601-6. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3466637?tool=bestpractice.bmj.com>)
82. Rustin MH, Ridley CM, Smith MD, et al. The acute exanthem associated with seroconversion to human T-cell lymphotropic virus III in a homosexual man. J Infect. 1986 Mar;12(2):161-3. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3009630?tool=bestpractice.bmj.com>)
83. Tindall B, Barker S, Donovan B, et al. Characterization of the acute clinical illness associated with human immunodeficiency virus infection. Arch Intern Med. 1988 Apr;148(4):945-9. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3258508?tool=bestpractice.bmj.com>)
84. Sinicco A, Palestro G, Caramello P, et al. Acute HIV-1 infection: clinical and biological study of 12 patients. J Acquir Immune Defic Syndr. 1990;3(3):260-5. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1968096?tool=bestpractice.bmj.com>)
85. Hulsebosch HJ, Claessen FA, van Ginkel CJ, et al. Human immunodeficiency virus exanthem. J Am Acad Dermatol. 1990 Sep;23(3 Pt 1):483-6. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2120292?tool=bestpractice.bmj.com>)
86. Kingston M, French P, Higgins S, et al. UK national guidelines on the management of syphilis 2015. Int J STD AIDS. 2016 May;27(6):421-46. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26721608?tool=bestpractice.bmj.com>)
87. Janier M, Unemo M, Dupin N, et al. 2020 European guideline on the management of syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021 Mar;35(3):574-88. **სრული ტექსტი** (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16946>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33094521?tool=bestpractice.bmj.com>)
88. National Comprehensive Cancer Network. NCCN guideline: Kaposi sarcoma [internet publication]. **სრული ტექსტი** (<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1485>)
89. Esser S, Schöfer H, Hoffmann C, et al. S1 guidelines for the Kaposi sarcoma. J Dtsch Dermatol Ges. 2022 Jun;20(6):892-904. **სრული ტექსტი** (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ddg.14788>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35657085?tool=bestpractice.bmj.com>)
90. Rosado FG, Itani DM, Coffin CM, et al. Utility of immunohistochemical staining with FLI1, D2-40, CD31, and CD34 in the diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome-related and non-acquired immunodeficiency syndrome-related Kaposi sarcoma. Arch Pathol Lab Med. 2012 Mar;136(3):301-4. **სრული ტექსტი** (<https://meridian.allenpress.com/aplm/article/136/3/301/185684/Utility-of-Immunohistochemical-Staining-With-FLI1>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22372906?tool=bestpractice.bmj.com>)
91. Maurer T, Ponte M, Leslie K. HIV-associated Kaposi's sarcoma with a high CD4 count and a low viral load. N Engl J Med. 2007 Sep 27;357(13):1352-3. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17898112?tool=bestpractice.bmj.com>)
92. Mallal S, Phillips E, Carosi G, et al; PREDICT-1 Study Team. HLA-B*5701 screening for hypersensitivity to abacavir. N Engl J Med. 2008 Feb 7;358(6):568-79. **სრული ტექსტი** (<http://www.nejm.org/doi/>)

full/10.1056/NEJMoa0706135#t=article) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18256392?tool=bestpractice.bmj.com>)

93. Potthoff A, Brockmeyer NH, Gelbrich G, et al; Competence Center Cardiac Insufficiency and the Competence Network HIV/AIDS. Lipodystrophy: a sign for metabolic syndrome in patients of the HIV-HEART study. J Dtsch Dermatol Ges. 2010 Feb;8(2):92-8. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20002869?tool=bestpractice.bmj.com>)
94. Falutz J, Mamputu JC, Potvin D, et al. Effects of tesamorelin (TH9507), a growth hormone-releasing factor analog, in human immunodeficiency virus-infected patients with excess abdominal fat: a pooled analysis of two multicenter, double-blind placebo-controlled phase 3 trials with safety extension data. J Clin Endocrinol Metab. 2010 Sep;95(9):4291-304. სრული ტექსტი (<https://academic.oup.com/jcem/article/95/9/4291/2835394?login=false>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20554713?tool=bestpractice.bmj.com>)

სურათები



ფიგურა 1: აივ-დაკავშირებული ლიპოდისტროფია, რომელიც ავლენს სახის ატროფიას

კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 2: ეოზინოფილური ფოლიკულიტი ლოყაზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ თერაპიაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



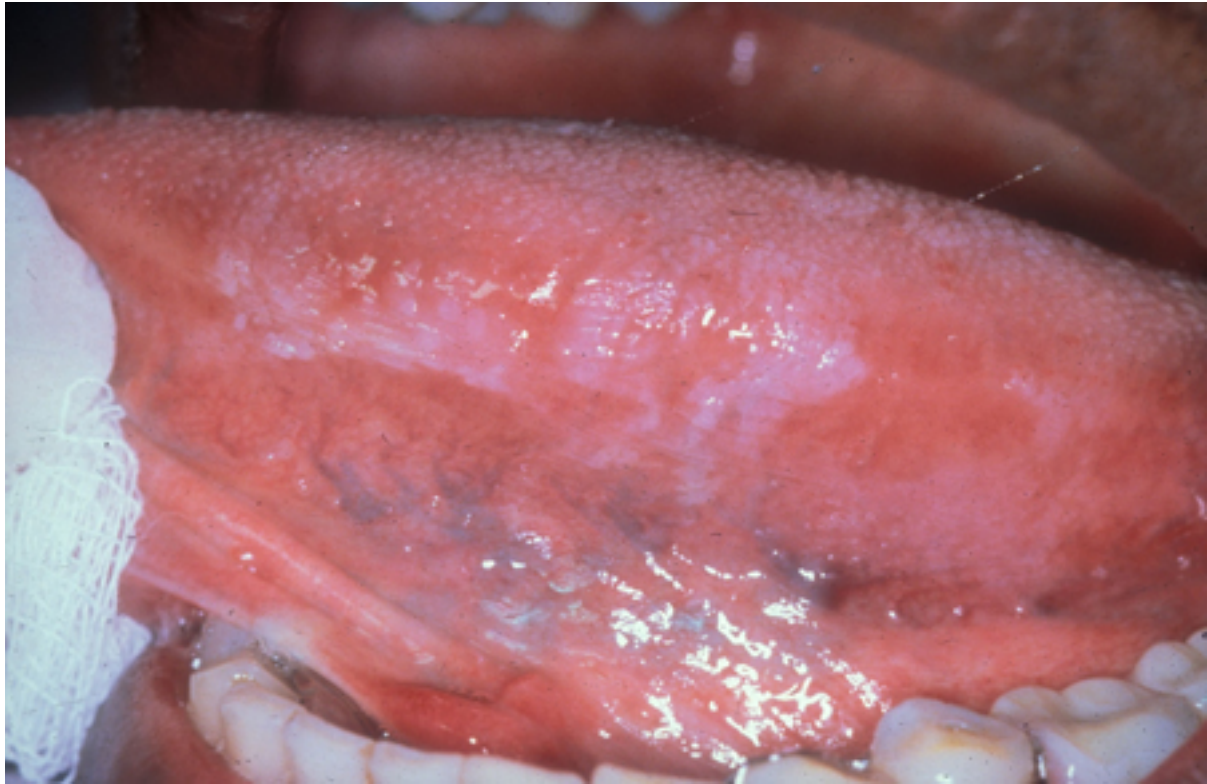
ფიგურა 3: ეოზინოფილური ფოლიკულიტი მკერდზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ თერაპიას. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 4: პირის ღრუს თმოვანი ლეიკოპლაკია

ტიმ ბერგერის კოლექციიდან, MD, კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის დეპარტამენტი; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 5: პირის ღრუს თმოვანი ლეიკოპლაკია

ტიმ ბერგერის კოლექციიდან, MD, კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის დეპარტამენტი; გამოიყენება ნებადართვით



ფიგურა 6: პირის ღრუს თმოვანი ლეიკოპლაკია

ტიმ ბერგერის კოლექციიდან, MD, კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის დეპარტამენტი; გამოყენება ნებართვით



ფიგურა 7: პაპულარული მქავანა გამონაყარი წინამხარზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 8: ფოტოდერმატიტი მზისადმი ექსპოზირებულ ადგილებზე - მკლავი

კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 9: ფოტოდერმატიტი მზისაღმი ექსპოზირებულ ადგილებზე - ხელის ზურგი

კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 10: ფოტოდერმატიტი მზისადმი ექსპოზირებულ ადგილებზე - სახის ქვედა ნაწილი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ თერაპიაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 11: კვანძოვანი პრურიგო ავლენს კვანძებს და წინამხრის ჰიპერპირგმენტაციას

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



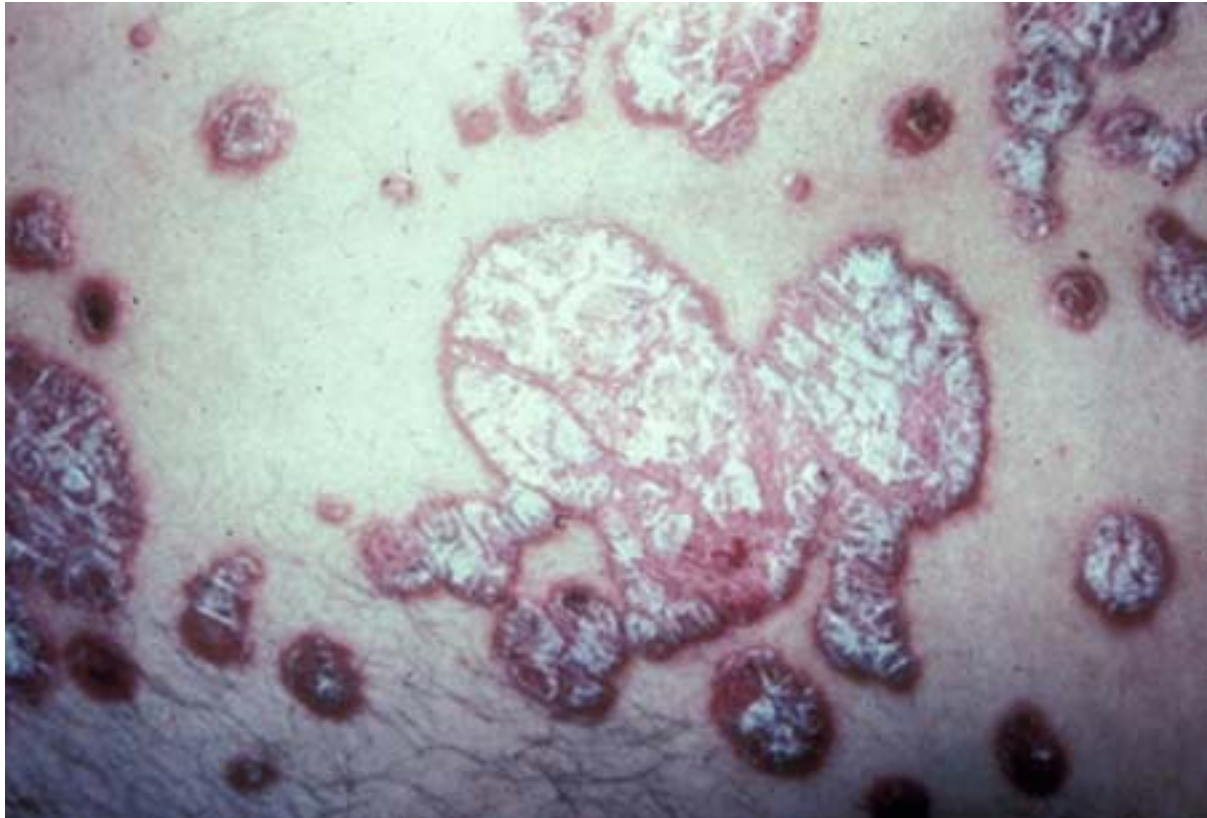
ფიგურა 12: კაპოზის სარკომა ქვედა კიდურებზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ თერაპიაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 13: კაპოშის სარკომა სასაზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 14: ფსორიაზული ფოლაქები აჩვენებს კარგად შემოფარგლულ ვერცხლის ქერცლებს
ერიტემატოზულ ფუძეზე

კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 15: ინვერსიული ფსორიაზი ფეხის გულეებზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 16: ინვერსიული ფსორიაზი ხელის გულებზე

კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 17: სებორეული დერმატიტი, რომელიც აჩვენებს ტიპურ განაწილებას სახეზე

კანის სერიოზული დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ თერაპიაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 18: ატოპიური დერმატიტი იდაყვის ფოსოზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 19: ქსეროზი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 20: პერიორალური დერმატიტი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 21: სახეზე ვულგარული აკნე

კანის სმირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 22: კონტაგიოზური მოლუსკი ლოყაზე

კანის სმირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 23: ადამიანის პაპილომაზირუსი ფეხის გულებზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 24: მარტივი ჰერპეს ვირუსი ღუნდულებზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 25: მარტივი ჰერპეს ვირუსი, რომელიც გავს სტაფილოკოკურ ინფექციას

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

**ფიგურა 26: ვარიცელა ზოსტერ ვირუსი ზურგზე**

ტიმ ბერგერის კოლექციიდან, MD, კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის დეპარტამენტი; გამოიყენება ნებაროვით



ფიგურა 27: სტაფილოკოკური ფოლიკულიტი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 28: სტაფილოკოკური წყლულები

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 29: ბოტრიომიკოზი ილღიაში

კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 30: ბაცილარული ანგიომატოზი

კალიფორნიის სან ფრანცისკოს უნივერსიტეტის დერმატოლოგიის განყოფილება; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 31: სიფილისის ფეხის გულეზზე

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 32: სიფილისური გამონაყარი მკერდზე

კანის სმირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 33: მუცლისთვის დამახასიათებელი ღრმულები

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

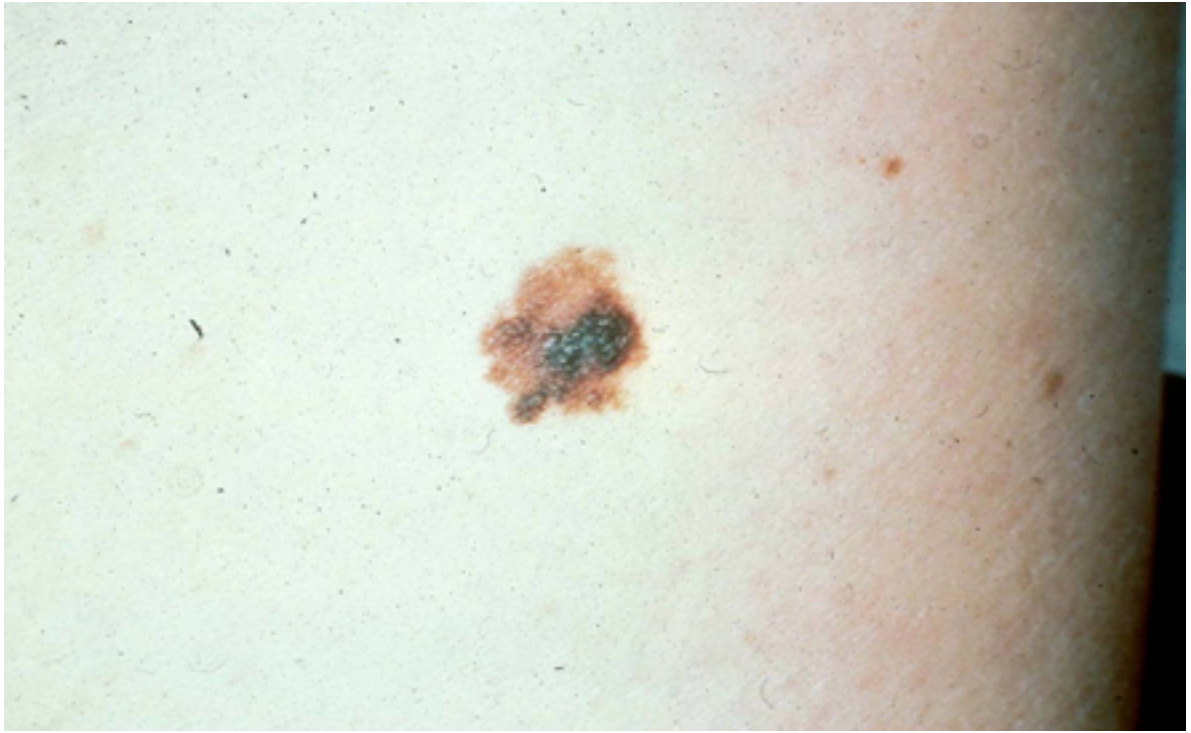
**ფიგურა 34: ქერქიანი მუცელი**

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 35: ბაზალურ უჯრედოვანი კარცინომა

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 36: მელანომა

კანის სმირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 37: ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით



ფიგურა 38: ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი

კანის ხშირი დაავადება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსულ ერაში. IAS-USA 2007; გამოიყენება ნებართვით

განმარტება

BMJ Best Practice განკუთვნილია ლიცენზირებული სამედიცინო პროფესიონალებისთვის. BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) არ უწევს რეკომენდაციას იმ მედიკამენტების ან თერაპიის გამოყენებას, რომლებიც პუბლიკაციაშია ნახსენები. არ ხდება პაციენტების დიაგნოსტიკა. როგორც სამედიცინო პროფესიონალი, თქვენ გაქვთ სრული პასუხისმგებლობა პაციენტის მკურნალობაზე და უნდა გამოიყენოთ საკუთარი კლინიკური ცოდნა და ექსპერტიზა ამ რესურსის მოხმარების დროს.

ეს მასალა არ ფარავს დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, მონიტორინგის ყველა შესაძლო მეთოდს. ყველა მედიკამენტი, უკუჩვენებები და გვერდითი მოვლენები არ არის განხილული. ასევე, მედიცინის სტანდარტები და პრაქტიკები იცვლება ახალი ინფორმაციის მოპოვებისას, ამიტომ რაც შეიძლება მეტ წყაროს უნდა იყენებდეთ. ჩვენ რეკომენდაციას ვუწევთ კონკრეტული დიაგნოზის, მკურნალობის, მონიტორინგის ინდივიდუალურ ვარიანტებს, რათა უზრუნველყოთ პაციენტისთვის შესაფერისი მკურნალობა თქვენს რეგიონში. ასევე, რეცეპტით გაცემული მედიკამენტების შემთხვევაში, მონოდედულია შეამოწმოთ მედიკამენტის ბუკლერი, რომელშიც მოცემულია ჩვენებები, დოზირების სქემა და უკუჩვენებები; განსაკუთრებით თუ მედიკამენტი ახალია, იშვიათად გამოიყენება ან ვიწრო თერაპიული ფანჯარა აქვს. ყოველთვის შეამოწმოთ, არის თუ არა ნახსენები მედიკამენტი ლიცენზირებული თქვენს რეგიონში, იმავე ჩვენებისთვის და იმავე დოზით.

BMJ Best Practice ინფორმაციას განვითარებს არსებული სახით. არ არსებობს ინფორმაციის სიზუსტის ან სიახლის გარანტია ან წინაპირობა. BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას პაციენტების ამ რესურსის მიხედვით მკურნალობაზე. კანონის დაცვით, BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას დაზიანებაზე, რომელიც ამ მასალის გამო აღინიშნა. გამოტოვებულია ყველა პირობა, გარანტია და სხვა დებულება, რომელიც კანონით შეიძლება იყოს გათვალისწინებული, მაგ. დამაკმაყოფილებელი ხარისხი, შესაბამისობა მიზნებთან, რაციონალური მიდგომა მომსახურებაზე და საკუთრების უფლებების დარღვევა.

იქ, სადაც BMJ Best Practice გადათარგმნილია ინგლისურიდან სხვა ენებზე, BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას თარგმანის სიზუსტესა და სანდოობაზე, ან მესამე პირების მიერ მონოდედულ მასალებზე (მაგ. ადგილობრივი რეგულაციები, კლინიკური გაიდლაინები, ტერმინოლოგია, მედიკამენტების სახელები და დოზები). BMJ არ არის პასუხისმგებელი შეცდომებზე, რომლებიც თარგმანის და ადაპტაციის დროს მოხდა. თუ BMJ Practice მოიცავს მედიკამენტების სახელებს, დაცულია International Nonproprietary Names (rINNs) რეკომენდაციები. ზოგიერთი ფორმულარი იმავე მედიკამენტებს შეიძლება სხვა სახელით მოიხსენიებდეს.

გახსოვდეთ, რომ ფორმულა/შეყვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების ბაზების, დასახელების და ბრენდების მიხედვით, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით. აუცილებლად უნდა მოიმუშაოთ ადგილობრივი ფორმულარი.

BMJ Best Practice-ის რეკომენდაციები მკურნალობის შესახებ სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს. ინტეგრირებული ფორმულარის შერჩევისას სიფრთხილე გმართებთ, რადგან მკურნალობის ზოგიერთი რეკომენდაცია მხოლოდ ზრდასრულებს ეხება, პედიატრიული ფორმულარი კი შეიძლება არ უჭერდეს მხარს ბავშვებში გამოყენებას (და პირიქით). ყოველთვის შეამოწმოთ, იყენებთ თუ არა პაციენტისთვის შესაბამის ფორმულარს.

თუ BMJ Best Practice -ის თქვენი ვერსია არ არის ინტეგრირებული ადგილობრივ ფორმულარისთან, აუცილებელია ადგილობრივი ფარმაცევტული ბაზის შემოწმება მედიკამენტის შესახებ ინფორმაციის, (მაგ. უკუჩვენებების, წამალთშორისი ურთიერთქმედებების ალტერნატიული დოზირების) სანახავად.

რიცხვების ინტერპრეტაცია

მასალის ენის მიუხედავად, რიცხვები გამოსახული იქნება ინგლისური ენის სტანდარტის მიხედვით. მაგალითად, 4-ციფრიანი რიცხვი არ უნდა მოიცავდეს მძიმეს ან წერტილს; 5 ან მეტ-ციფრიანი რიცხვები უნდა მოიცავდეს მძიმეს; 1-ზე ნაკლები რიცხვები უნდა დაინეროს მათედების გამოყენებით. იხ. ფიგურა 1, განმარტებითი ცხრილისთვის.

BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას რიცხვების არასწორ ინტერპრეტაციაზე, თუ რიცხვები ამ სტანდარტს აკმაყოფილებ

ეს მიდგომა შეესაბამება [International Bureau of Weights and Measures Service-ის სტანდარტს](#).

ფიგურა 1 – BMJ Best Practice -ის ციფრების სტილი

5-ციფრიანი რიცხვები: 10,000

4-ციფრიანი რიცხვები: 1000

რიცხვები < 1: 0.25

ჩვენი სრული ვებგვერდი და წესები/პირობები შეგიძლიათ იხილოთ აქ: [ვებგვერდის წესები და პირობები](#).

დაგვიკავშირდით

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

კონტრიბუტორები:

// ავტორები:

Anja Potthoff, MD

Senior Doctor

Walk In Ruhr, Center for Sexual Health and Medicine, Department of Dermatology, University of Bochum, Borkum, Germany

განცხადება: AP is a co-author of a reference cited in this topic.

Norbert Brockmeyer, MD

Senior Doctor

Walk In Ruhr, Center for Sexual Health and Medicine, Department of Dermatology, University of Bochum, Bochum, Germany

განცხადება: NB is a co-author of some references cited in this topic.

// მადლიერება:

Dr Anja Potthoff and Dr Norbert Brockmeyer would like to gratefully acknowledge Dr Patrick Unemori and Dr Kieron Leslie, the previous contributors to this topic.

განცხადება: PU and KL declare that they have no competing interests.

// რეცენზენტები:

Viroj Wiwanitkit, MD

Professor of Tropical Medicine

Visiting Professor, Hainan Medical College, Haikou, China

განცხადება: VW declares that he has no competing interests.

Michael A. Waugh, MB, FRCP, FRCPI, FRChSHM, Dip. Ven, DHMSA

Retired Consultant Genitourinary Physician

Leeds General Infirmary, Honorary Sub Dean Northern and Yorkshire, Royal Society of Medicine, UK

განცხადება: MAW declares that he has no competing interests.

Jacqueline C. Dolev, MD, FAAD

Assistant Clinical Professor

Department of Dermatology, University of California San Francisco, San Francisco, CA

განცხადება: JCD declares that she has no competing interests.