ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

ПРОСТОЙ ГЕРПЕС

- Передается вирус чаще всего **контактным** путем (прямой контакт), а также **контактно-бытовым** (опосредованный контакт), **воздушно-капельным, парентеральным и вертикальным** (от матери к плоду) путями.
- Вирус может поражать кожу, слизистые оболочки, центральную и периферическую нервную систему, печень, эндотелий сосудов, клетки крови (Т-лимфоциты, эритроциты, тромбоциты).
- ВПГ может интегрироваться в генетический аппарат клетки хозяина и вызывать злокачественную трансформацию клеток (ВПГ-2 и рак шейки матки).

КЛАССИФИКАЦИЯ

- ВПГ-1 — орофациальный;
- ВПГ-2 — генитальный герпес.

Различают первичную и вторичную (рецидивирующую) герпетическую инфекцию.

По клиническим проявлениям выделяют четыре формы:

- латентную;
- локализованную;
- генерализованную;
- смешанную.

ПАТОГЕНЕЗ

- Первичное заражение происходит в раннем детстве, у 80% пациентов течение инфекции бессимптомное.
- Через несколько дней после заражения в сыворотке крови появляются антитела. Их обнаруживают у 85% детей в возрасте до 3 лет.
- После попадания в организм ВПГ сохраняется в нем в течение всей жизни, находится в неактивном (латентном) состоянии преимущественно в клетках паравертебральных чувствительных ганглиев.
- Причины длительной персистенции вируса в организме человека полностью не выяснены.
- При выраженном иммунодефиците герпетическая инфекция протекает тяжело, носит генерализованный характер с поражением ЦНС, печени, легких и других

КЛИНИКА

- Поражение кожи сопровождается появлением эритемы, пузырьков, корочек.
- Изредка наблюдают отечность, папулы, геморрагии.
- Кожный процесс разрешается за 7–10 дней.
- После исчезновения клинических проявлений первичной герпетической инфекции ВПГ пожизненно сохраняется в организме в латентном состоянии.
- Под влиянием разнообразных эндогенных и экзогенных факторов наступает реактивация

ЛАБИАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

- Располагается на коже верхней, реже — нижней губы.
- Иногда высыпания пузырьков многочисленны и покрывают губы, крылья носа и подбородок.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

Выделяют несколько форм генитальной герпетической инфекции:

- первичная (в крови отсутствуют антитела к ВПГ);
- вторичная (при наличии антител к ВПГ одного типа, суперинфекция ВПГ другого типа и отсутствие в анамнезе эпизодов генитального герпеса);
- рецидивирующая (наличие антител к ВПГ и эпизодов генитального герпеса в анамнезе);

ПРОСТОЙ ГЕРПЕС ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ДВУХ ФОРМАХ:

- острый герпетический стоматит или острый афтозный стоматит
- хронический рецидивирующий герпес или хронический рецидивирующий герпетический стоматит.

ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ

- Рассматривается как проявление первичного инфицирования вирусом простого герпеса в полости рта.
- Поэтому часто болеют дети и лица молодого возраста.
- Заболевание контагиозно для лиц, ранее не инфицированных вирусом.
- Возбудитель герпеса характеризуется дерматонейротропностью, у него выражено родство к коже, слизистым оболочкам и нервной ткани.

ВЫДЕЛЯЮТ 4 ПЕРИОДА

- ***продромальный;***
- ***катаральный;***
- ***период высыпаний;***
- ***угасание болезни.***

ПРОДРОМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

- проявляется чувством жжения, покалывания, зудом, ощущением напряжения, онемения в местах будущего появления сыпи па коже и слизистой оболочке.
- Наблюдаются потеря аппетита, плохой сон, недомогание.

КАТАРАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

- Характеризуется гиперемией и отеком слизистой оболочки полости рта и десневого края.
- Пациенты могут предъявлять жалобу на дискомфорт в полости рта при приеме пищи.

В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ

- Появляются одиночные или множественные элементы поражения слизистой оболочки полости рта: пятно, пузырек, пузырь и эрозия.
- Площадь поражения слизистой полости рта сопряжена с тяжестью заболевания.
- Выделяются три степени тяжести острого герпетического стоматита — легкая, средняя и тяжелая.

ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ

- Обычно с отсутствуют симптомы интоксикации организма, однако при удовлетворительном общем состоянии может быть субфебрильная температура.
- Слизистая полости рта отечна, гиперемирована, десна кровоточит, на различных ее участках появляются почти одновременно одиночные или сгруппированные небольшие афты. Афты быстро эпителизируются, новых высыпаний обычно нет.

СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ

- Протекает при выраженной интоксикации, в продромальный период наблюдаются недомогание, слабость, головная боль, тошнота, исчезает аппетит, температура тела 38,5°С.
- Увеличены подчелюстные лимфатические узлы, реже подбородочные и шейные, при пальпации они болезненны.
- Слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, слюна вязкая и тягучая, десна кровоточит, сосочки отечны, гиперемированы.
- На различных участках слизистой оболочки одиночные или сгруппированные афты.
- Повышенная СОЭ, лейкоцитоз, но чаще лейкопения.

ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА

- Уже в продромальном периоде характеризвуется присутствием всех признаков инфекционного заболевания — апатии, адинамии, головной боли, тошноты, рвоты, так как вирус герпеса энцефалотропен. Температура тела 39—40°С.
- Слизистая полости рта отечна, гиперемирована, покрыта большим количеством афтозных элементов, которые рецидивируют.

- Поражаются губы, слизистая оболочка щек, мягкого и твердого нёба, языка, десневого края. При недостаточном уходе за полостью рта катаральный гингивит переходит в язвенный.
- В крови определяется лейкопения, увеличивается количество палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилия, повышенное СОЭ. В моче определяется белок. Реакция слюны кислая, pH=5,8—6,4.

ПЕРИОД УГАСАНИЯ БОЛЕЗНИ

- Характеризуется улучшением общего состояния, эпителизацией афт

ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГЕРПЕС

- Жалобы на жжение и боль в полости рта при приеме пищи, разговоре.
- Объективно выявляются одиночные высыпания или группа тесно расположенных мелких пузырьков на красной кайме губ, коже губ, на крыльях носа, переднем отделе нёба, кончике языка, половых органах и слизистой глаз.
- Губы и слизистая оболочка полости рта являются излюбленными для локализации герпеса, особенно места, в норме

- В первый день заболевания на слизистой оболочке полости рта появляются участки гиперемии или диффузная гиперемия, на фоне которой образуются белые мелкофокусные пятна.
- По периферии этих пятен наблюдаются сосудистые звездочки. На фоне гиперемированной слизистой оболочки белесоватые участки четко контурируются, превращаются в некротические очаги, плотно спаянные с подлежащими тканями.
- Ободок гиперемии окружает некротический участок и является демаркационной линией.
- В последующие 2—3 сут. наблюдается побледнение венчика гиперемии и вследствие мацерации поврежденного участка формируется эрозия.

- Нередко развитие эрозии происходит без предварительной фазы гиперемии. На бледно-розовой слизистой появлялся очаг белого цвета без признаков воспаления вокруг и в основании с последующим формированием эрозии, расположенной на визуально не измененной слизистой оболочке.
- На верхней и нижней губах располагаются пузырьки, одиночные или группами, содержащие прозрачную жидкость, со временем содержимое пузырей темнеет.

- Пузырьки могут сливаться в большие пузыри диаметром до 1,5 см, которые легко лопаются, содержимое ссыхается в желто-серые корки. Нередко пузырьки вскрываются с образованием эрозий ярко-красного цвета с неровными краями.
- Слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, пузырьки на слизистой вскрываются в первые часы после появления, эрозии на их месте имеют неправильную фестончатую форму, покрыты фибринозной пленкой.
- При тяжелой степени заболевания появляется недомогание, мышечная боль, озноб, температура 38—39° С. Количество рецидивов в году зависит от резистентности организма.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- многоформная экссудативная эритема
- вульгарная пузырчатка
- медикаментозный аллергический стоматит
- опоясывающий лишай

ЛЕЧЕНИЕ

- При локализованных формах простого герпеса с необширными поражениями кожи или слизистых оболочек и редкими рецидивами (2 раза в год или реже) назначают симптоматическую и патогенетическую терапию.
- При частых рецидивах или распространенных формах заболевания лечение проводят в несколько этапов.
- На первом этапе лечения назначают противовирусные препараты парентерально или внутрь, а также местно. Курс лечения продолжается от 5 до 10 дней.
- На втором этапе лечение проводят в стадии ремиссии заболевания. Назначают иммуномодуляторы или адаптогены растительного происхождения, препараты интерферонов или индукторов интерферонов. Курс лечения — от 30 до 60 дней в зависимости от клинико-лабораторных показателей активности заболевания.
- Это период подготовки к третьему этапу лечения — проведению вакцинотерапии.

ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС (HERPES ZOSTER, СИНОНИМ ZONA)

- Острое вирусное заболевание, которое характеризуется лихорадкой, интоксикацией, поражением межпозвонковых ганглиев и появлением везикулезной сыпи по ходу ветвей пораженного чувствительного нерва.

ЭТИОЛОГИЯ

- Возбудитель опоясывающего герпеса — Herpesvirus varicella zoster (V-Z) — вызывает два различных по клинической картине заболевания: ветряную оспу и опоясывающий герпес.

КЛИНИКА

- В начале болезни возникает боль по ходу пораженных нервных ветвей, в дальнейшем в этих местах появляется сыпь.
- Боль носит интенсивный жгучий характер, усиливается ночью, а также под влиянием различных раздражителей (холодовых, барометрических и др.) и может сопровождаться нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу.
- Одновременно у заболевших отмечают расстройства чувствительности: гиперестезии, гипестезии и анестезии всех видов чувствительности.

КЛИНИКА

- Через 3–5 дней (иногда 10–12 дней) по ходу чувствительных нервов появляются отек и гиперемия кожи, спустя 2 сут — пузырьки.
- Их содержимое вначале прозрачное, через 3–4 дня мутнеет.
- Затем образуются корочки желто-коричневого цвета, через 2–3 нед процесс полностью заканчивается, на месте сыпи остается временная пигментация.
- Расположение сыпи, как правило, асимметричное.
- Пузырьки могут появляться одновременно или толчкообразно на 3–7-й день болезни. Боль сохраняется длительное время.

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ

- Абортивная
- Буллезная
- Геморрагическая
- Генерализованная (диссеминированная)
- Гангренозная (некротическая)

ПАПИЛОМОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

ВУЛЬГАРНЫЕ (ПРОСТЫЕ) БОРОДАВКИ

- Встречается заболевание преимущественно у детей и подростков.
- Этиология: вирус папилломы человека (ВПЧ) типа 2.

КЛИНИКА

- Бородавки представляют собой папулы без признаков воспаления, полушаровидной или слегка уплощенной формы размером 2–10 мм в диаметре, четко отграниченные от окружающей здоровой кожи. Поверхность их шероховатая, покрыта роговыми наслоениями. Бородавки при пальпации безболезненны.
- Они могут быть цвета нормальной кожи, желтовато-серыми или светло-коричневыми, одиночными или множественными. Располагаются обычно на тыльной поверхности кистей и пальцев рук, реже — на других участках

КЛИНИКА

- При близком расположении бородавки могут сливаться и образовывать очаги в виде бугристых бляшек.
- Обычно среди бородавок наиболее крупная — «материнская», а рядом мелкие, или «дочерние».
- Диссеминацию бородавок наблюдают в случае угнетения иммунной системы.
- При расположении бородавок на околоногтевых валиках или под свободным краем ногтевой пластинки (Verrucae subungvales) возможны сильная боль и разрушение части ногтевой пластинки.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- бородавчатая формой красного плоского лишая,
- бородавчатый туберкулез кожи,
- бородавчатый невус,
- верруциформный акрокератоз Гопфа.

ЛЕЧЕНИЕ

- Применяют прижигающие средства (солкодерм, ферезол, 10% раствор серебра нитрата, 20% салициловую кислоту, 50% трихлоруксусную кислоту), цитотоксические препараты [25% раствор подофиллина, подофиллотоксин (кондилин), демеколцин (колхаминовую мазь)].
- При лечении прижигающими и цитотоксическими препаратами следует тщательно защищать здоровую кожу вокруг борода вок лейкопластырем или индифферентными пастами (цинковой пастой).
- Кроме того, применяют криодеструкцию жидким азотом.

ПЛОСКИЕ (ЮНОШЕСКИЕ) БОРОДАВКИ

- Этиология

Плоские (юношеские) бородавки (Verrucae planae, seu juvenilis) вызывает ВПЧ типов 3, 5, 10

КЛИНИКА

- Чаще наблюдают у детей и юношей.
- Этот вид бородавок представляет собой плоские папулы полигональной, округлой или овальной формы, слегка возвышающиеся над уровнем кожи, размером до 3 мм в диаметре.
- Цвет их обычно не отличается от нормальной кожи.
- Иногда имеют розовый или буроватый оттенок.
- Поверхность папул гладкая, субъективные ощущения отсутствуют.

КЛИНИКА

- Частая локализация плоских бородавок — тыл кистей, лицо, хотя они могут располагаться на коже предплечий, красной кайме губ и слизистой оболочке полости рта.
- По периферии очага поражения может возникать депигментированный венчик.

ЛЕЧЕНИЕ

- Проводят гипносуггестивное лечение.
- Назначают внутрь оксид магния по 0,15; 0,25; 0,5 г 2–3 раза в сутки после еды в течение 3–4 нед. Левамизол (декарис) по 0,05–0,15 г 1 раз в сутки в течение 3 сут, затем перерыв 4 сут. Курс лечения состоит из 5–6 таких циклов.
- Местно применяют 5% салицилово-резорциновую мазь, 10% раствор серебра нитрата (нельзя применять на лице!), интерферон α-2 (10% мазь или крем интерферона рекомби-нантного на гидрогелевой основе) ежедневно 7–8 дней, прижигающие средства.

КОНТАГИНОЗНЫЙ МОЛЛЮСК

КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК (*MOLLUSCUM CONTAGIOSUM*) (ЗАРАЗНАЯ ЭПИ ТЕЛИОМА, ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ МОЛЛЮСК)

Это вирусное заболевание, характеризующееся появлением на коже полушаровидных узелков с перламутровым оттенком.

Этиология

Возбудитель заболевания — фильтрующийся вирус контагиозного моллюска.

Эпидемиология

- Заболевание встречается повсеместно и поражает человека в любом возрасте.
- Инфекция передается при непосредственном контакте с заболевшим или вирусоносителем либо опосредованно — через загрязненные предметы личного и домашнего обихода.
- Инкубационный период продолжается от 15

КЛИНИКА

- Типичная локализация: у детей процесс выражается на коже лица (чаще на веках и области лба), шее, верхней половине груди (особенно в области подмышечных впадин), верхних конечностях (тыл кистей); у взрослых — на коже лобка, наружных половых органах, вокруг заднепроходного отверстия, на внутренней поверхности бедер.
- На нормальной коже появляются множественные плоские мелкие узелки (0,1–0,2 см) цвета неизмененной кожи или желто-серые. В центре узелка — пупкообразное вдавление с маленьким отверстием.
- При надавливании пинцетом на узелок с боков из центрального отверстия выделяется кашицеобразная творожистая масса беловатого цвета, состоящая из ороговевших эпителиальных клеток и телец возбудителя.

ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение заключается в механическом удалении узелка.
- Содержимое узелков выдавливают пинцетом (при этом из пупковидного вдавления выделяется белая плотная масса), затем узелки смазывают йодом (йода раствором спиртовым 5–10%).
- Смазывают элементы растворами серебра нитрата, ферезола или трийодрезорцином (риодоксоловой мазью).
- Проводят диатермокоагуляцию узелков, криодеструкцию жидким азотом.