

A thick black L-shaped frame is positioned on the left and bottom edges of the slide, framing the central text.

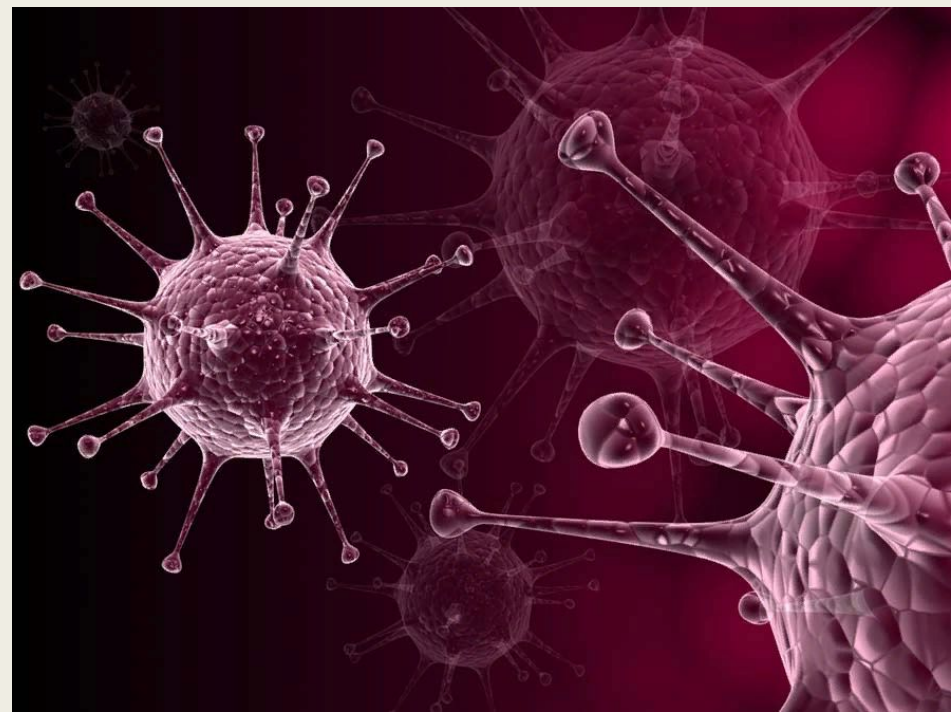
ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ.

У взрослых вирусные заболевания кожи составляют 3-4%, у детей (чаще в возрасте 5-8 лет) – до 9,5% дерматозов.

Пути проникновения вируса многочисленны: через кожу, инфицированные предметы, слизистые оболочки (при половом контакте с больными или вирусоносителями, поцелуях), воздушно-капельным путем.

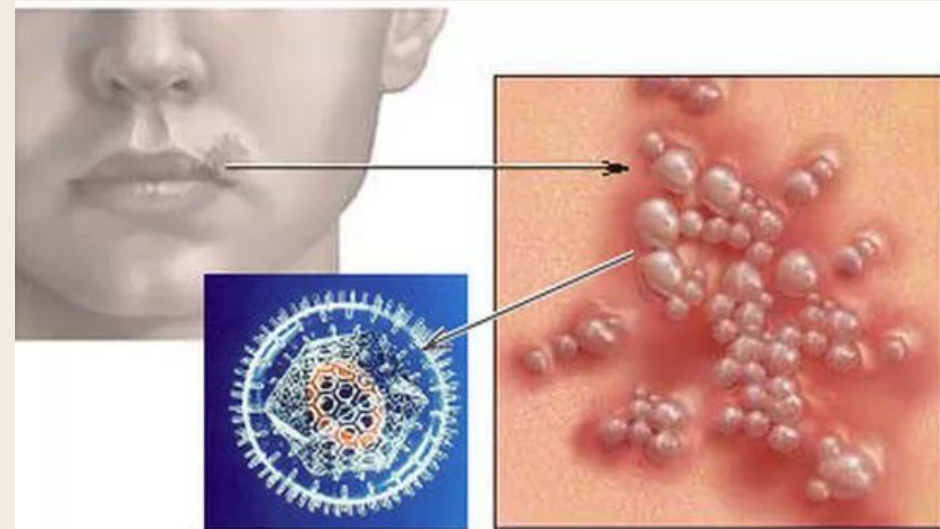
Герпес простой (*herpes simplex*), или пузырьковый лишай.

- Существуют два серотипа ВПГ.
- ВПГ-1, как правило, вызывает высыпания в области рта, губ, кератоконъюнктивиты, а ВПГ-2 - высыпания в области гениталий.



По локализации герпетических высыпаний выделяют:

- 1) герпетическое поражение кожи
- 2) герпетическое поражение слизистых оболочек.
- 3) герпетическое поражение глаз (офтальмогерпес).
- 4) поражение аногенитальной области (генитальный герпес).



Офтальмогерпес



Клиническая картина.

Сначала на одном месте, реже на двух и более на фоне ограниченной гиперемии появляются мелкие, диаметром от 1 до 3 мм пузырьки. Пузырьки располагаются группой, содержат прозрачный экссудат, который через 2-3 дня мутнеет. Иногда в результате слияния мелких пузырьков образуется один или два многокамерных пузыря диаметром до 1-1,5 см с фестончатыми очертаниями. Если пузырьки не подвергают трению или мацерации, то в дальнейшем их содержимое сохнет в желтовато-серую корку, которая отпадает через 5-6 дней, оставляя после себя слегка гиперемизированное или пигментированное пятно.

Herpes labialis.



Вирус простого герпеса

1 типа

2 типа



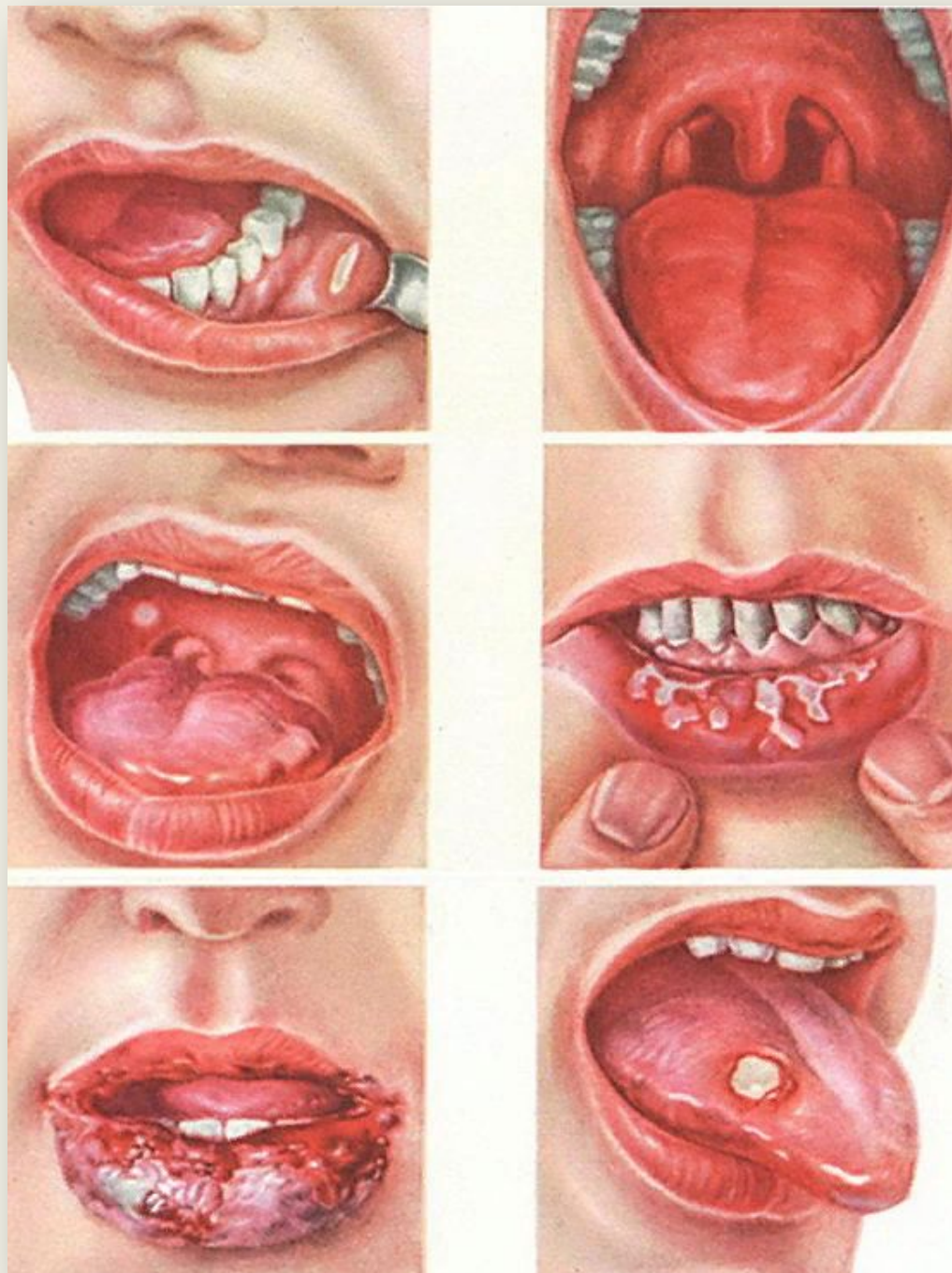
На участках кожи, подвергающихся трению, мацерации, а также на слизистых оболочках пузырьки вскрываются и образуется эрозия ярко-красного цвета с полициклическими очертаниями. Высыпание пузырьков сопровождается чувством покалывания, жжения, болью, в отдельных случаях сильным отеком окружающей ткани. В среднем весь процесс заканчивается в течение 1-1,5 недель, но длительность заболевания несколько увеличивается при осложнении вторичной инфекцией.



- Заболевания, вызванные ВПГ, подразделяются на первичную и вторичную, или рецидивирующую герпетическую инфекцию. Выделяют обычное течение герпетической инфекции (локализованные формы) и формы тяжелого течения на фоне иммунодефицита (распространенные и генерализованные формы).

Острый афтозный герпетический стоматит.

Манифестная форма первичной инфекции сопровождается выраженными признаками интоксикации. После окончания инкубационного периода отмечают подъем температуры до 39 – 40 °С, слабость, головную боль, потерю аппетита. На слизистой полости рта (чаще всего на слизистой щек, десен, языка, реже – на мягком и твердом небе, миндалинах) возникают очаги выраженного отека и гиперемии, на фоне которых через несколько часов появляются сгруппированные везикулы. Затем везикулы вскрываются, и на их месте формируются точечные эрозивные или поверхностные язвенные дефекты. Иногда эрозии сливаются, образуя дефект с полициклическим контуром. Поражение слизистой рта всегда сопровождается выраженной болезненностью, жжением, саливацией. Подчелюстные, подъязычные, шейные лимфатические узлы умеренно увеличены, болезненны больше на стороне высыпаний. Клиническое выздоровление наступает через 2 – 3 недели.



Диагностика

Диагностика не представляет труда при типичной клинической картине и локализации.

Для подтверждения диагноза простого герпеса можно использовать цитологический метод. Исследование соскоба проводят в первые 2-3 дня после появления пузырьков. При окраске препарата по Романовскому-Гимзе выявляются гигантские клетки с базофильной цитоплазмой, имеющие 3-4 ядра и больше. Ядра располагаются скученно, наслаиваясь одно на другое, что создает впечатление конгломерата. Иногда ядро не имеет четких контуров вследствие плохого окрашивания.

ПЦР наиболее чувствительна для выявления ДНК ВПГ. Существует набор праймеров для ПЦР ВПГ-1 и ВПГ-2, но этот дорогостоящий метод требует специального оборудования.

Лечение.



Наружно применяют спиртовые растворы анилиновых красителей, в том числе фукорцин, мази, содержащие противовирусные вещества: 3% оксолиновую, 3-5% теброфеновую (зовиракс, ацикловир). Хороший терапевтический эффект наблюдается в случаях раннего (в первые 4-5 ч) применения препаратов. Раствор лейкоцитарного интерферона наносят на очаг поражения 6-7 раз в день.

Значительно труднее поддается лечению рецидивирующий герпес. Чтобы предотвратить рецидивы, необходимо повысить клеточный иммунитет. Герпетическую поливалентную вакцину вводят внутрикожно по 0,1-0,2 мл в наружную поверхность плеча с интервалом 2-3 дня; на курс 10 инъекций. Несколько меньший терапевтический эффект дает дезоксирибонуклеаза (ДНКаза), которую вводят внутримышечно по 10-25 мг. Инъекции делают через день; на курс 6-10 инъекций. Выраженное терапевтическое действие при рецидивирующих формах герпеса оказывает ацикловир (зовиракс, виролекс), который назначают с первого дня рецидива внутрь по 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней, одновременно с 5% мазью зовиракс, которой очаг поражения смазывают 6 раз в день.

Опоясывающий лишай

- В отличие от простого герпеса опоясывающим лишаем болеют люди среднего и старшего возраста, перенесшие ранее ветряную оспу.
- Вызывается вирусом простого герпеса III типа. В случае заражения вирусом герпеса III типа источником инфицирования служит человек, больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем. Заразным является человек в конце инкубационного периода до момента отпадения корочек, особенно в первые 7 дней от начала высыпаний.
- Основными путями передачи являются воздушно-капельный, контактный и парентеральный. Возможна передача инфекции от матери плоду.

Клинические формы

- - генерализованный опоясывающий лишай (*herpes zoster generalisatus, disseminatus*) при двусторонних и генерализованных высыпаниях;
- - геморрагический лишай, когда сначала прозрачное содержимое пузырьков становится гнойным, а при более глубоком распространении процесса в дерму - геморрагическим (*herpes zoster haemor-rhagicus*), после чего остаются рубцовые изменения;
- - гангренозная форма, самая тяжелая, при которой развиваются некротические изменения дна пузырьков и более глубоких слоев кожи;
- - легкая (абортивная) форма;
- - буллезная форма с появлением больших пузырей.

Клиническая картина

- После инкубационного периода (7-8 дней) дерматоз проявляется групповыми высыпаниями пузырьков, располагающихся на гиперемизированном фоне на участках кожи соответственно одному или нескольким нервным сегментам. Высыпаниям предшествуют приступообразные боли, иррадиирующие по ходу нервных стволов, жжение, гиперемия пораженных мест, общая слабость, лихорадка, головная боль.
- Появившиеся пузырьки напряжены, с прозрачным серозным содержимым, диаметром до 1 см. После слияния пузырьков образуются очаги поражения с мелкофестончатými краями. Расположение элементов одностороннее, больные жалуются на интенсивные болезненные ощущения типа невралгических в области высыпаний и далеко за их пределами. У пожилых боли могут длиться месяцы и даже годы после исчезновения кожных высыпаний.

Herpes zoster на коже туловища



Herpes zoster в области иннервации I ветви тройничного нерва





Диагностика

Диагностика основана на болевых ощущениях по ходу нервных ветвей в сочетании с сгруппированными герпетическими пузырьками на отечно-эритематозном фоне, расположенными линейно в соответствии с расположением нервных структур.

Лечение.

При легком течении назначают ацикловир внутрь по 800 мг 5 раз в день в течение 7-10 дней или фамцикловир по 250 мг 3 раза в день в течение 5-6 дней. При тяжелом течении ацикловир вводят в/в по 5-7,5 мг/кг каждые 8 ч в течение 4-7 дней. При начинающейся вторичной инфекции или для ее профилактики показаны антибиотики широкого спектра. При болях рекомендуют парацетамол по 500 мг 3-4 раза в день, индометацин по 50-150 мг/сут или ибупрофен по 800 мг 2 раза в день. Местно показаны те же средства, что лечению простого герпеса: 3% видарабиновая мазь, анилиновые красители, мази с антибиотиками, а также лосьон с клоквинолом.

Контагиозный моллюск

Вызывается - *Molitor hominis*, очень заразен.

Передача инфекции происходит при непосредственном контакте с больными или вирусоносителями, а также через загрязненные предметы ухода, ванны, бассейн, предметы домашнего обихода.

Чаще болеют дети. В детских коллективах наблюдались эпидемические вспышки. Инкубационный период составляет от 2 недель до нескольких месяцев.

Клиническая картина

Узелки размером от 1 до 8 мм, цвета нормальной кожи или жемчужно-серые («перламутровые»), полушаровидной формы с кратерообразным вдавлением в центре и творожистым содержимым. Узелки могут быть как единичными, так и многочисленными (диссеминированные моллюски).

У детей узелки локализуются преимущественно на коже лица (в окружности глаз), шеи, груди, на тыле кистей, у взрослых - чаще на наружных половых органах, коже лобка и живота, что свидетельствует о половом пути заражения.



Клинические формы

- *Molluscum contagiosum miliare* в виде множественных мелких высыпаний
- *Molluscum contagiosum pediculatum* - моллюсковые узелки, сидящие на ножках.

При слиянии отдельных узелков образуются гигантские моллюски.

Диагностика

При надавливании на узелок с боков пинцетом из центральной части выходит кашицеобразная творожистая масса белого цвета, состоящая из ороговевших клеток и особых моллюсковых (овоидных) телец. Бородавки не имеют центрального западения и перламутровой окраски поверхности.



Лечение

выдавливание пинцетом или выскабливание острой ложечкой с последующим смазыванием 5-10% спиртовым раствором йода, диатермокоагуляция, криотерапия

