



Вирусные дерматозы.

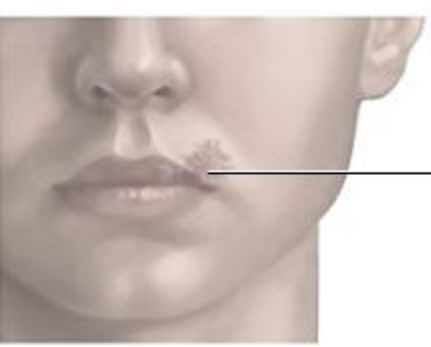
НАЛДИБЕКОВА АЙЗАТ

6 курс/624-2

Вирусные дерматозы – инфекционные болезни кожи, вызываемые внутриклеточными паразитами – вирусами. Источник инфекции – больной человек или вирусоноситель. Пути передачи вируса: контактно-бытовой и воздушно-капельный.

К вирусным дерматозам относятся:

- герпес простой
- герпес опоясывающий
- Бородавки
- контагиозный моллюск.



Герпес простой (пузырьковый лишай – Herpes simplex)

Этиопатогенез. Вирусносителями являются примерно 90 % населения земного шара. При рождении ребенку от матери пассивно передаются гуморальные АТ, которые обычно к 3-му году жизни исчезают и ребенок становится восприимчивым к заражению вирусом. Обычно у 80 – 90 % детей первичное инфицирование проходит незамеченным и протекает без каких-либо клинических симптомов, реже – с наличием слабовыраженных клинических симптомов, после исчезновения которых инфекция переходит в латентную форму, когда вирус находится в неактивном состоянии в нервных ганглиях. Под воздействием различных провоцирующих факторов (простудные заболевания, стрессы, переохлаждения и др.) возникают рецидивы заболевания.

Различают два типа данного вируса.

Тип 1 – экстрагенитальный – вызывает поражения на коже рта (*H. labialis*, *H. Viscalis*), носа (*H. nasalis*), реже щек, ушных раковин.

Тип 2 – генитальный – вызывает поражение кожи и слизистых оболочек половых органов. Рецидивы заболевания, вызванного вирусом второго типа, могут возникать у женщин во время менструации, у мужчин после полового акта. Однако, в настоящее время доказано появление клиники генитальной локализации под воздействием вирусов типа I и наоборот.

Клиника

Заболевание характеризуется наличием сгруппированных интра- и субэпидермальных пузырьков на отечно-гиперемизированном фоне.

Содержимое пузырьков прозрачное, постепенно мутнеет. Через 2-4 дня пузырьки подсыхают с образованием рыхлых корочек, под которыми постепенно наступает эпителизация. Иногда пузырьки сливаются в многокамерный плоский пузырь, при вскрытии которого выявляются эрозии неправильных очертаний. Постепенно корочки отпадают, эрозии эпителизируются. Субъективно – зуд, покалывание, болезненность.

Герпес простой подразделяют на первичный и рецидивирующий.

Герпес первичный.

Герпес первичный чаще всего проявляется в виде острого язвенного гингивостоматита, вульвовагинита, кератоконъюнктивита, высыпаний на лице, туловище с рядом характерных черт, свойственных только первичному герпесу: острое начало болезни, большая площадь поражения, наличие выраженных явлений интоксикации и лихорадки, резкое увеличение регионарных лимфатических узлов.

Особую классическую форму представляют герпетическая лихорадка. Она возникает внезапно, начинается с озноба и повышения температуры до 39-40°C и сопровождается сильной головной болью, менингеальными проявлениями и рвотой, иногда помрачением сознания и бредом. Наблюдаются мышечные боли, покраснение конъюнктивы глаз, болезненность л/узлов. На 2-3 день температура критически падает, самочувствие улучшается и происходит высыпание очагов герпеса, чаще всего вокруг рта и носа.

Крайне тяжело, часто с летальным исходом, протекает первичный **герпес новорожденных**.

Заболевание обычно развивается на 4-7 день после рождения, сопровождается высокой лихорадкой, обильными кожными высыпаниями. Поражаются слизистые оболочки полости рта, кишечник, печень, надпочечники, легкие и ЦНС. На 4-21 день болезни может наступить летальный исход.

Описаны случаи развития **герпетического менингоэнцефалита**.

Другой тяжелой формой первичного герпеса является **герпетическая экзема Капоши**, при которой летальность достигает 40%. Заболевание наблюдается в детском возрасте на фоне атопического дерматита или других поражений кожи, которые сопровождаются трещинами, эрозиями и язвами. Умеренно повышается температура тела, увеличиваются лимфоузлы. В процесс могут вовлекаться слизистые оболочки полости рта, глотки, гортани, трахеи. В крайне тяжелых случаях могут развиваться некроз надпочечников.

Герпетическая экзема Капоши



Рис. 4. Экзема Капоши

Герпес рецидивирующий характеризуется весьма разнообразной клинической картиной. За несколько часов до появления сыпи на соответствующем участке кожи или слизистых оболочек возникают незначительный зуд, жжение. Затем на этих местах развивается воспалительное пятно с яркой гиперемией, умеренная отечность, на фоне которых возникают небольшие полушаровидные сгруппированные пузырьки, вскрываясь, образуются эрозии, затем корочки. Длительность рецидива обычно от 7 до 14 дней.

Рецидивы часто сопровождаются головной болью, недомоганием, бессонницей, нарушениями функции ЖКТ.

Выделяют атипичные формы рецидивирующего герпеса:

- 1) геморрагическая – кровянистое содержимое пузырьков;
- 2) геморрагически-некротическая – образуются некрозы на местах герпетических элементов, чаще наблюдается у больных с тяжелыми соматическими заболеваниями;
- 3) эритематозная – при рецидиве образуются пятна гиперемии без везикул;
- 4) папулезная или abortивная – везикулы почти не содержат экссудата и внешне напоминают папулы;
- 5) зудящая – рецидив ограничивается лишь чисто субъективными ощущениями;
- 6) отечная – на фоне выраженной отечности тканей мельчайшие пузырьки практически становятся едва заметными;
- 7) руппиоидная – при присоединении вторичной инфекции на месте вскрывающихся пузырьков образуются массивные слоистые корки.
- 8) эрозивно-язвенная – на местах вскрывающихся пузырьков образуются долго незаживающие эрозивно-язвенные дефекты, заживающие с образованием рубцов.

Причиной развития хронического эрозивно-язвенного герпеса являются тяжелые общие заболевания, связанные с повреждением иммунных механизмов, в частности, ВИЧ – инфекция. Считается, что эрозивно-язвенные герпетические поражения кожи, сохраняющиеся свыше 3-х месяцев, относятся к числу СПИД- индикаторных заболеваний и требуют тщательного обследования на наличие ВИЧ-инфекции.

Лечение

Заключается в купировании острых проявлений болезни и предотвращении развития рецидивов.

1. При чувстве жжения, покалывания, до появления клинической симптоматики может быть эффективным применение наружно – прижигания 70% этиловым спиртом, орошение хлорэтилом, контрастные прикладывания кусочка льда и горячего тампона; при появлении пузырьков – анилиновые красители, цинковая паста, при корочковой стадии – мази – флореналь, мегосин, 3-5% теброфеновая, зовиракс, 0,5% бонафтоновая, ацикловир, интерфероновая, госсипола, 3% оксолиновая.

При тяжелом течении процесса эффективны препараты специфического противовирусного действия. Их назначают внутрь, либо в/м:

ацикловир (зовиракс, виролекс) – по 200 мг 5 раз в день в течение 5 дней;

хелепин – по 0,1 г 4 раза в день в течение 5 – 7 дней;

изопринозин (модимунал) – по 0,8 г 4 раза в день;

бонафтон – по 0,1 г 3-5 раз в день;

алпизарин – по 1 г 4 раза в день;

метисазон – по 0,6 г 2 раза в неделю.

2. Инъекции дезоксирибонуклеазы по 25 мг 4 раза в день; человеческого лейкоцитарного интерферона по 5000 МЕ 2 раза в день.

3. Из средств, оказывающих противорецидивный эффект, наиболее эффективна специфическая герпетическая поливакцина. Вводится по 0,1 – 0,2 мл внутривенно 2 раза в неделю. Курс лечения – 5 инъекций. Общее число курсов – 6-8. Интервал между первыми двумя курсами – 2 недели, между последующими – 3-4 месяца.

Перспективным является сочетанное применение вакцины и парентерального введения индукторов интерферона, в частности ридостина по 8 мг каждые 3 дня, всего 4 инъекции, а также одновременное применение ридостина и виферона в виде ректальных свечей – по 1 свече в день в течение 16 дней.

4. При лечении первичного герпеса новорожденных и тяжело протекающих форм герпетической экземы Капоши применяют внутривенное введение ацикловира из расчета 5 мг/кг веса 5 раз в течение 10 дней; г-глобулин, витамины, растворы электролитов, анальгетики, жаропонижающие препараты, антибиотики.

5. Необходима санация очагов инфекции, коррекция нарушений ЖКТ, нервной и иммунной системы.



FIGURE 2. Case of herpes zoster ophthalmicus

Photo/MN Oxman, University of California, San Diego

Опоясывающий герпес, или 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.

В клинической картине опоясывающего герпеса есть ряд особенностей. Болезнь начинается остро или с продромального периода. Затем присоединяются интенсивные жгучие боли, возникающие по ходу чувствительного нерва. Боли усиливаются при движении, охлаждении, прикосновении к коже и носят моностеральный характер. Они могут симулировать инфаркт миокарда, почечную и печеночную колику. Вскоре на коже, по ходу нерва возникают типичные герпетические высыпания: сгруппированные везикулы, наполненные серозным содержимым. После разрешения проявлений на коже (через 1 – 3 недели) невралгические боли могут сохраняться еще несколько месяцев.

Выделяют локализованную, распространенную и генерализованную формы опоясывающего герпеса.

Из локализованных форм опоясывающего лишая чаще встречается форма, протекающая с поражением межпозвоночных ганглиев грудного и поясничного отделов, реже – поражение ганглия тройничного нерва, так называемая офтальмологическая форма опоясывающего лишая, и поражение коленчатого узла лицевого нерва. Типичным для офтальмологической формы является моностороннее поражение кожи и слизистых. Пациента беспокоят светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, выраженные невралгические боли, которые могут распространяться на всю область лица, шею, волосистую часть головы. В этом случае опасность представляют пузырьковые высыпания на роговице, в результате чего возникает кератит с последующим образованием рубцов и снижением остроты зрения. Высыпания, которые локализуются не только по ходу пораженного нерва, но и на других участках кожи и слизистых оболочек, определяют распространенную форму, которая отмечается при иммунодепрессии.

Терапия опоясывающего герпеса зависит от формы заболевания и общего состояния пациента. При тяжелых формах герпетической инфекции, сопровождающихся распространенными высыпаниями, язвенно-некротическими поражениями, генерализацией процесса необходимо стационарное лечение в клинике инфекционных болезней.

Этиотропная терапия – общее и наружное лечение противовирусными средствами. Используют те же препараты, что и при простом герпесе. Общую терапию противовирусными препаратами начинают как можно раньше и продолжают до момента прекращения высыпаний.

Патогенетическая терапия включает препараты интерферона, иммуномодуляторы. Симптоматическая терапия направлена на устранение болевого синдрома, вторичных гнойных осложнений.

Медикаментозную терапию можно комбинировать с новокаиновой блокадой, сеансами диатермии перавертебральных областей. Применяют витамины группы В, витамин С, фитоадаптогены. Наружно используют спиртовые и водные растворы анилиновых красителей.

Атипичные формы

Существуют атипичные формы простого и опоясывающего герпеса.

1. Абортивная форма. Характеризуется незначительной гиперемией, отеком, едва заметными папулезными элементами, субъективные ощущения обычно отсутствуют, может быть легкий зуд.

Локализация – участки кожи с утолщенным роговым слоем (кожа ладоней и подошв).

Абортивная форма опоясывающего лишая протекает без типичных высыпаний, характеризуется болевым синдромом.

2. Отечная форма. В этом случае высыпания локализуются на участках кожного покрова с рыхлой подкожной клетчаткой. Ведущими симптомами являются выраженный отек, гиперемия, на фоне которых везикулы остаются незаметными или отсутствуют.

3. Буллезная форма. При этой форме наряду с типичными везикулами отмечаются более крупные полостные образования (сливные везикулы), которые клинически напоминают пузыри.

4. Геморрагическая форма. Отличается тем, что содержимое везикул имеет геморрагический характер.

5. Язвенно-некротическая форма. Возникает при тяжелом иммунодефиците. На месте вскрывшихся везикул образуются язвы, которые могут увеличиваться в размерах, сливаться в обширные язвенные поверхности. Может сопровождаться выраженными признаками интоксикации.

Генерализованные формы

У детей и взрослых, страдающих атопическим дерматитом и экзематозными реакциями, может развиваться генерализованная форма простого герпеса – варицеллеформный пустулез Капоши. Характеризуется острым началом, подъемом температуры тела. В первые сутки, иногда чуть позже, на фоне общего тяжелого состояния на коже появляются множественные везикулы с западением в центре. Могут поражаться и слизистые оболочки. Быстро присоединяется вторичная бактериальная флора, в серозном содержимом везикул появляется примесь крови. В результате эволюции элементов на коже возникают обширные очаги, покрытые геморрагическими корками, отмечаются пустулезные элементы, эрозии. Характерно увеличение лимфатических узлов.

Также выделяют генерализованные клинические формы, при которых поражаются внутренние органы. Чаще всего страдает нервная система: развивается серозный менингит, менингоэнцефалит, энцефалит.

Герпетический энцефалит – тяжелое состояние, которое сопровождается выраженными признаками интоксикации, протекает с общемозговыми и очаговыми симптомами.

Для диагностики герпетической инфекции используют вирусологические, иммунологические и серологические методы (например, выделение вируса из очага поражения с использованием клеточных культур и обнаружение вирусного антигена в биосубстратах с помощью реакции прямой иммунофлюоресценции).

Меры профилактики герпетической инфекции сходны с мерами борьбы, применяемыми в отношении других инфекций, передающихся контактным (в том числе половым) и воздушно-капельным путем. Профилактика опоясывающего лишая сводится к исключению факторов, провоцирующих снижение напряженности притивовирусного



Папилломавирусная инфекция

Этиология. Папилломавирусы являются причиной различных бородавок. Относится к семейству паповавирусов, объединяющих группу ДНК-содержащих вирусов. Род папилломавирусов представлен очень большой группой вирусов человека и животных. Для человека патогенными являются вирусы папилломы человека (ВПЧ) нескольких типов. ВПЧ-1 вызывает подошвенные бородавки, ВПЧ-2 – вульгарные бородавки, ВПЧ-3 – плоские бородавки, ВПЧ-4 – верруциформную дисплазию, ВПЧ-5, 6, 11 – остроконечные кондиломы. Все папилломавирусы могут играть роль онкогенов. Передача ВПЧ-инфекции происходит контактным путем непосредственно от человека к человеку и опосредованно – через предметы домашнего обихода, а также путем аутоинокуляции. Инкубационный период может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет. Большое значение в развитии всех видов бородавок имеет активность иммунной системы, особенно ее клеточного звена.

Клиника. Бородавки обыкновенные локализуются преимущественно на тыле кистей, пальцев рук, в околоногтевой зоне, редко – на лице. Представляют собой округлые, плотноватые, невоспалительные узелки серовато-желтого цвета, возвышающиеся над поверхностью кожи, с неровной, шероховатой поверхностью.

Бородавки плоские, или юношеские локализуются на лице и тыле кистей. Имеют вид плоских, мелких папул округлой формы, цвета нормальной кожи или желтовато-коричневый. Незначительно возвышаются над уровнем кожи, имеют гладкую поверхность.

Бородавки подошвенные локализуются на подошвенной поверхности стоп. Напоминают плотную мозоль сероватого цвета с центральным стержнем, который состоит из нитевидных дермальных сосочков, окруженных мощным валиком роговых наслоений. Часто болезненные при ходьбе.

Остроконечные кондиломы локализуются в области наружных половых органов, пахово-бедренных, межъягодичной складке, перианально, представляют собой мелкие сосочкоподобные папулы на тонкой ножке цвета нормальной кожи.

Папилломы слизистых оболочек и кожи локализуются на слизистых оболочках полости рта, глотки, гортани, придаточных пазух носа, на слизистых оболочках мочевыводящих путей, на коже шеи, в аксиллярных областях. Это одиночные или множественные сосочковые разрастания на тонкой ножке, имеющие мягкую консистенцию.

На слизистых оболочках цвет розовый или белесоватый. На коже цвет варьируется от телесного до красно-коричневого.

Верруциформная эпидермодисплазия Левандовского – Лютца – редкое хроническое заболевание, развивающееся в детском возрасте, вследствие врожденного дефекта иммунитета. Высыпания локализуются на коже кистей, предплечий, голеней, реже на других местах. Представляют собой плоские округлые папулы диаметром до 2 см, склонные к слиянию, без тенденции к регрессу, покрытые серовато-черными роговыми массами, пропитанными кожным салом. При этом варианте бородавок часто происходит злокачественная трансформация.

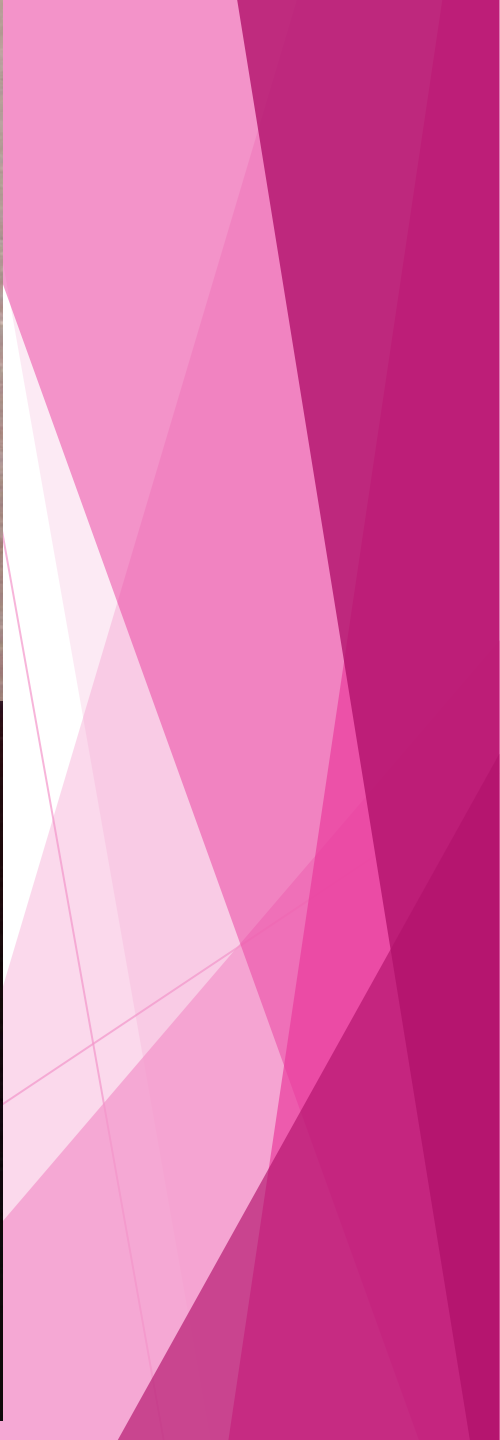
Лечение. Общая терапия:

- 1) противовирусная или этиологическая терапия;
- 2) патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунной защиты организма (иммуномодулирующая терапия).

Местная терапия:

- 1) противовирусная наружная терапия;
- 2) наружные деструктивные методы (криодеструкция, электротермокоагуляция, лазерная деструкция, воздействие растворами кислот), кюретаж;
- 3) цитотоксические препараты: кондилилин, подофиллотоксин, филлотоксин, 5-фторурацил.





Контагиозный моллюск

Контагиозный моллюск – вирусное заболевание, характеризующееся появлением на коже белых полушаровидных узелков с центральным вдавлением, зрительно напоминающих раковину моллюска.

Этиология. Вирус контагиозного моллюска относится к вирусам группы оспы. Заболевание встречается у людей повсеместно. Инфекция передается при непосредственном контакте с больным человеком, либо опосредованно – через предметы быта.

Дети до 1 года болеют редко, возможно из-за приобретенного от матери иммунитета и длительного инкубационного периода. Наиболее распространено заболевание в слаборазвитых странах с жарким климатом. Возможен половой путь передачи. Чаще контагиозный моллюск встречается у пациентов, страдающих atopическим дерматитом и экземой. Это обусловлено как снижением реактивности кожи, так и длительным применением топических стероидов. Необычайно распространенные высыпания были отмечены у пациентов с саркоидозом, у больных, получающих иммуносупрессивную терапию, а также у ВИЧ-инфицированных субъектов.

Патогенез. Вирус внедряется в кератиноциты базального слоя эпидермиса и значительно увеличивает темпы деления клеток. Затем в шиповатом слое идет активное накопление вирусной ДНК. В результате формируется узелок, в центре которого происходит деструкция и разрушаются клетки эпидермиса, при этом клетки базального слоя не затрагиваются. Центральная часть узелка представлена детритом, содержащим гиалиновые тела диаметром 25 мк, которые содержат вирусный материал.

Воспалительные изменения в дерме незначительные или отсутствуют, однако в случае длительно существующих элементов могут быть представлены хроническим гранулематозным инфильтратом.

Клиника. Инкубационный период составляет от 14 дней до 6 месяцев. Высыпания представлены блестящими перламутровобелыми полусферическими папулами с пупкообразным вдавлением в центре. Медленно увеличиваясь в размерах, папула может достичь диаметра 5 – 10 мм за 6 – 12 недель. При единичном поражении диаметр папулы достигает значительных размеров. Бляшки, состоящие из множественных слившихся узелков, встречаются редко. После травмы или спонтанно через несколько месяцев папулы могут нагнаиваться и изъязвляться. Обычно, просуществовав 6 – 9 месяцев, высыпания самопроизвольно разрешаются, но некоторые сохраняются до 3 – 4 лет.

Высыпания чаще локализуются на шее, туловище, особенно в области подмышечных впадин, за исключением инфекции, передающейся половым путем, когда обычно затрагивается аногенитальная область.

Встречаются единичные высыпания в области лица, особенно на веках. Элементы контагиозного моллюска также могут локализоваться на любом участке кожного покрова, включая атипичную локализацию – кожу подошв и слизистую оболочку щек.

У ВИЧ-инфицированных субъектов высыпания множественные, локализуются преимущественно на лице и резистентны к традиционной терапии.

Диагностика. Диагностика основана на характерной клинической картине.

Микроскопическое исследование содержимого узелка уточняет диагноз. Можно использовать электронную микроскопию и гистологическое исследование.

Лечение. Пациентам следует избегать посещения плавательных бассейнов, общих бань, тщательно соблюдать правила личной гигиены.

Лечение заключается в криотерапии через каждые 2 – 3 недели до полного исчезновения поражений. Применяют диатермокоагуляцию, выдавливание пинцетом, поверхностное выскабливание с последующим смазыванием элементов раствором азотистого серебра, фенола или 5 – 10%-ным раствором йода.