



***Вирусные
дерматозы.***

Классификация:

- **Экссудативные вирусные дерматозы**

1. Простой пузырьковый лишай (*Herpes simplex*).
2. Опоясывающий лишай (*Herpes Zoster*).

- **Пролиферативные вирусные дерматозы**

1. Бородавки (*Verrucae*).
2. Остроконечные кондиломы (*Condiloma acuminatae*).
3. Контагиозный моллюск (*Molluscum Contagiosum*).
4. Узелки доильщиц.
5. Болезнь кошачьих царапин.

**Простой пузырьковый
лишай (Herpes
simplex)-**

**острый вирусный дерматоз,
вызываемый
нейродерматотропным
вирусом простого герпеса.**

- **ВПГ разделяют на:**

- ❖ первичную,
- ❖ вторичную герпетическую инфекцию
- ❖ рецидивирующую.

- **По течению:**

- ❖ обычное течение (локализованные формы)
- ❖ формы тяжелого течения на фоне иммунодефицита (распространенные и генерализованные формы).

Герпетические поражения кожи различной локализации:



Клиническая картина ВПГ

Первичный морфологический элемент – отечное пятно розового цвета.

Спустя 1-2 дня на фоне эритемы и отека появляются экссудативные морфологические элементы в виде сгруппированных пузырьков 1-3- мм в диаметре с тонкой крышкой с серозным, постепенно мутнеющим содержимым.

Впоследствии пузырьки вскрываются с образованием болезненных влажных эрозий, имеющих фестончатые очертания. Постепенно эрозии эпителизируются и покрываются серозной коркой (в случае присоединения вторичной инфекции – гнойными корками).

Клинические разновидности

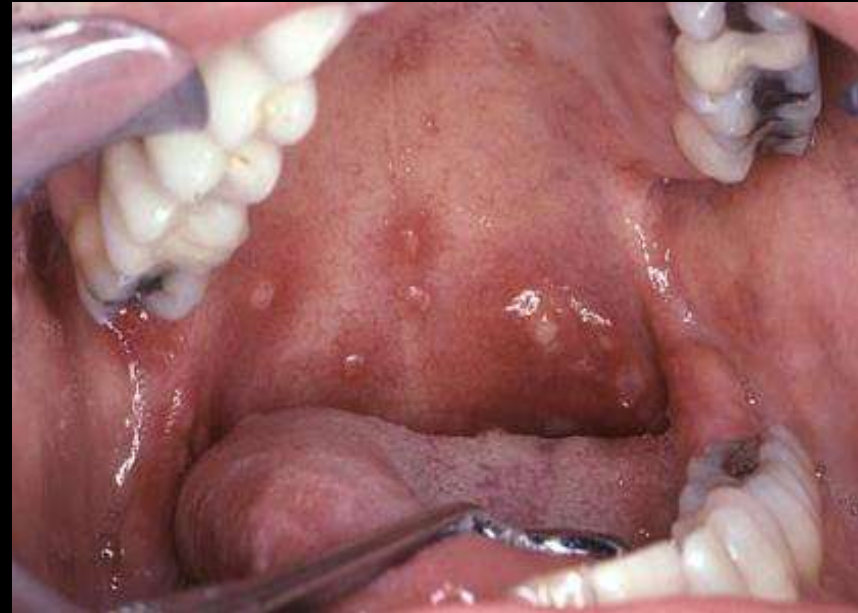
простого герпеса:

- **Абортивная** – возникает на участках с уплотненным роговым слоем. Проявляется сгруппированными папулами на отечном и эритематозном фоне.
- **Отечная** - локализуется на участках кожи с рыхлой подкожной клетчаткой (веки, губы) и характеризуется выраженным отеком тканей.
- **Зостериформная** - располагается по ходу того или иного нерва на конечностях, туловище, лице и сопровождается невралгией, головной болью, общей слабостью.
- **Диссеминированная** - высыпания пузырьков одновременно появляются на отдаленных друг от друга участках кожного покрова.
- **Мигрирующая** - рецидивирующие высыпания меняют локализацию.
- **Геморрагическо-некротическая** - характеризуется кровянистым содержимым пузырьков и развитием некроза.
- **Элефантиазоподобная** - рассматривается как отечная форма с развитием стойкой слоновости в области очага поражения.
- **Эрозивно-язвенная** - образуются язвы на месте слившихся эрозий после вскрывшихся пузырьков. Наиболее трудна для дифференциальной диагностики.
- **Рупиоидная** - чаще возникает на лице. Осложняется вторичной микробной инфекцией с образованием слоистых корок и трещин, развитием регионарного лимфаденита. Процесс рецидивирует часто, до 3-4 раз в год.

Герпетические поражения глаз - офтальмогерпес



Острый герпетический афтозный стоматит



Генитальный рецидивирующий герпес.

Проявляется наличием островоспалительных явлений в очаге:

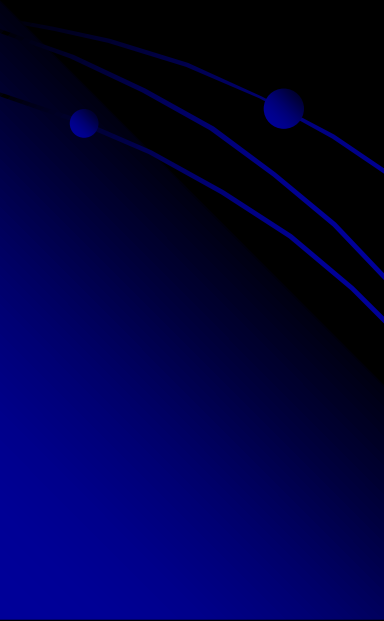
- **у мужчин** на внутреннем листке крайней плоти, на головке и стволе полового члена
- **у женщин** в области малых половых губ, клиторе, влагалище, шейке матки, промежности и бедрах. Отмечается тенденция к упорному рецидивирующему течению у 50-75 % больных.

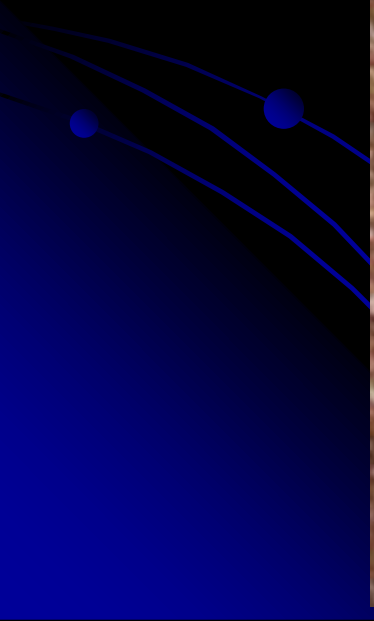


<http://dermis.net>



<http://dermis.net>







Герпетиформная экзема Капоши.

- Тяжелая форма простого герпеса, возникающая у детей, больных экземой и нейродермитом. Впервые описана Капоши в 1887 г.
- Клиника. Начинается остро с повышения температуры до 39-40С, озноба, резкого ухудшения общего состояния. Характеризуется диссеминированным поражением кожи и слизистых оболочек. На фоне экзематозных очагов появляются типичные многочисленные везикулезные элементы с пупкообразным вдавлением в центре. После разрешения высыпаний остаются оспенновидные рубчики.
- Локализация: лицо, ушные раковины, шея, грудь, живот.



***Герпетическая
экзема***





ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ (HERPES ZOSTER)

Клиническая картина

Продромальные явления, характерные для общего инфекционного процесса - слабость, недомогание, повышение температуры тела, головная боль.

В месте определенной зоны иннервации развивается односторонняя невралгия, чувство парестезии, зуда, жжения.

Через несколько часов или дней в месте внедрения вируса на фоне эритемы и отека появляются высыпания в виде сгруппированных пузырьков с различным содержанием, располагающиеся асимметрично по ходу периферических нервов. Постепенно содержимое пузырьков ссыхается в серозно-геморрагические и гнойно-геморрагические корки. После отторжения корок остаются бурые гиперпигментированные пятна, рубчики.

Клинические разновидности опоясывающего лишая

- Везикулезная форма – 40% очаги отечной эритемы, на поверхности которых располагаются группы мелких везикул с напряженной покрывкой, не сливающиеся. Свежие высыпания – 4-7 дней. Продолжительность болезни – 3 нед. Содержимое везикул ссыхается в серозные корки, отторжение через 6-8 дней.
- Буллезная форма – 10%. Пузыри образуются за счет роста отдельных элементов, либо слияния близко расположенных везикул. Причина – выраженное воспаление, активация протеаз, ведущая к разрушению межклеточных мостиков.
- Геморрагическая форма - 14,2%. Пузыри размером с вишню, содержимое геморрагическое. Локализация – лицо по ходу тройничного и лицевого нерва. У пожилых пациентов с заболеваниями ССС. Корки геморрагические. Причина – нарушение проницаемости сосудистой стенки.
- Пустулезная форма – 6,7%. У больных с нарушением углеводного и липидного обмена. Содержимое пузырей – гнойное. Корки – желто-зеленые.
- Некротическая форма – 13%. Первый признак развивающегося некроза – изменение интенсивности окраски в пределах очага, появление застойно темно-красного цвета, что происходит в результате затруднения крово- и лимфооттока за счет отека. Корки плотно сидящие, темно-бурые, по ним эрозии и язвочки длительно не заживающие. Атрофические рубчики, постгерпетическая невралгия – исход.

- Гангренозная форма -7,4%. У пожилых, страдающих сахарным диабетом и ИБС больных и больных с онкопатологией. Процесс некроза в очагах поражения выходил за пределы высыпаний. Отмечаются глубокие дефекты на месте полостных элементов, длительно не заживающие. Потом – грубые рубцы, постгерпетическая невралгия.
- Диссеминированная форма – помимо высыпаний по ходу нервного ствола, появляются везикулезные высыпания по всему кожному покрову. Отличается тяжестью общего состояния больных.
- Рецидивирующая форма – рецидивы заболевания в течение 6 месяцев. У онкологических больных.
- Абортивная форма – 3,8% у молодых. Только очаги эритемы по ходу нервных стволов, которые не всегда сопровождаются болью. Иногда отдельные папулы и везикулы. Длительность 5-7 дней. Иногда заболевание ограничивается лишь опоясывающей болью и парестезиями без высыпаний на коже.















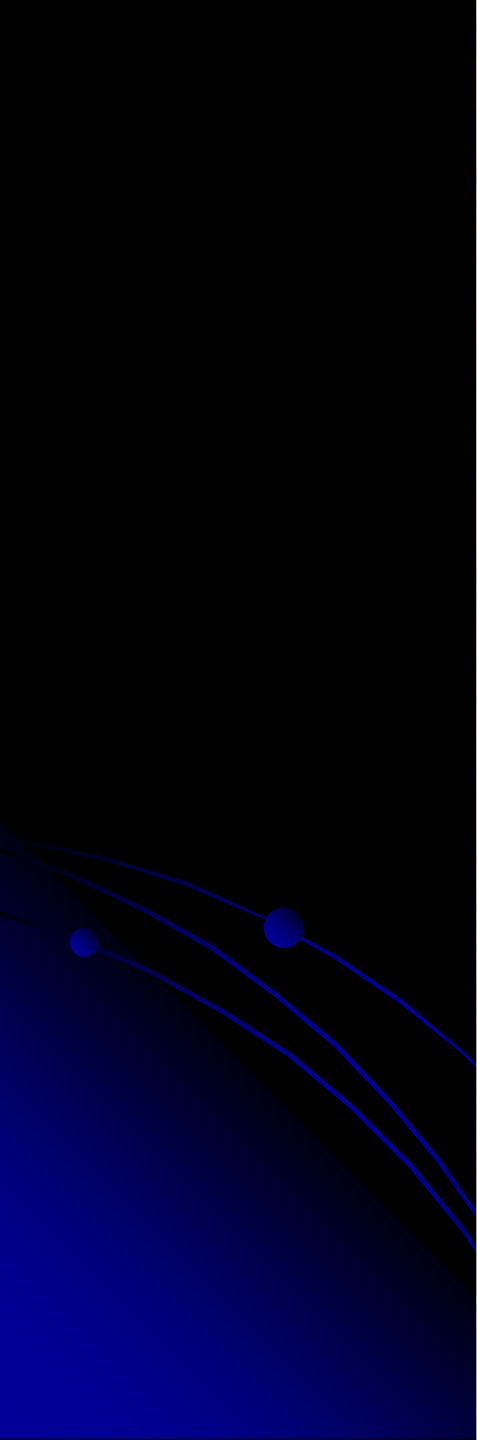
© V.Popov



© 2003, V.Popov



<http://dermis.net>



<http://dermis.net>



<http://dermis.net>



<http://dermis.net>

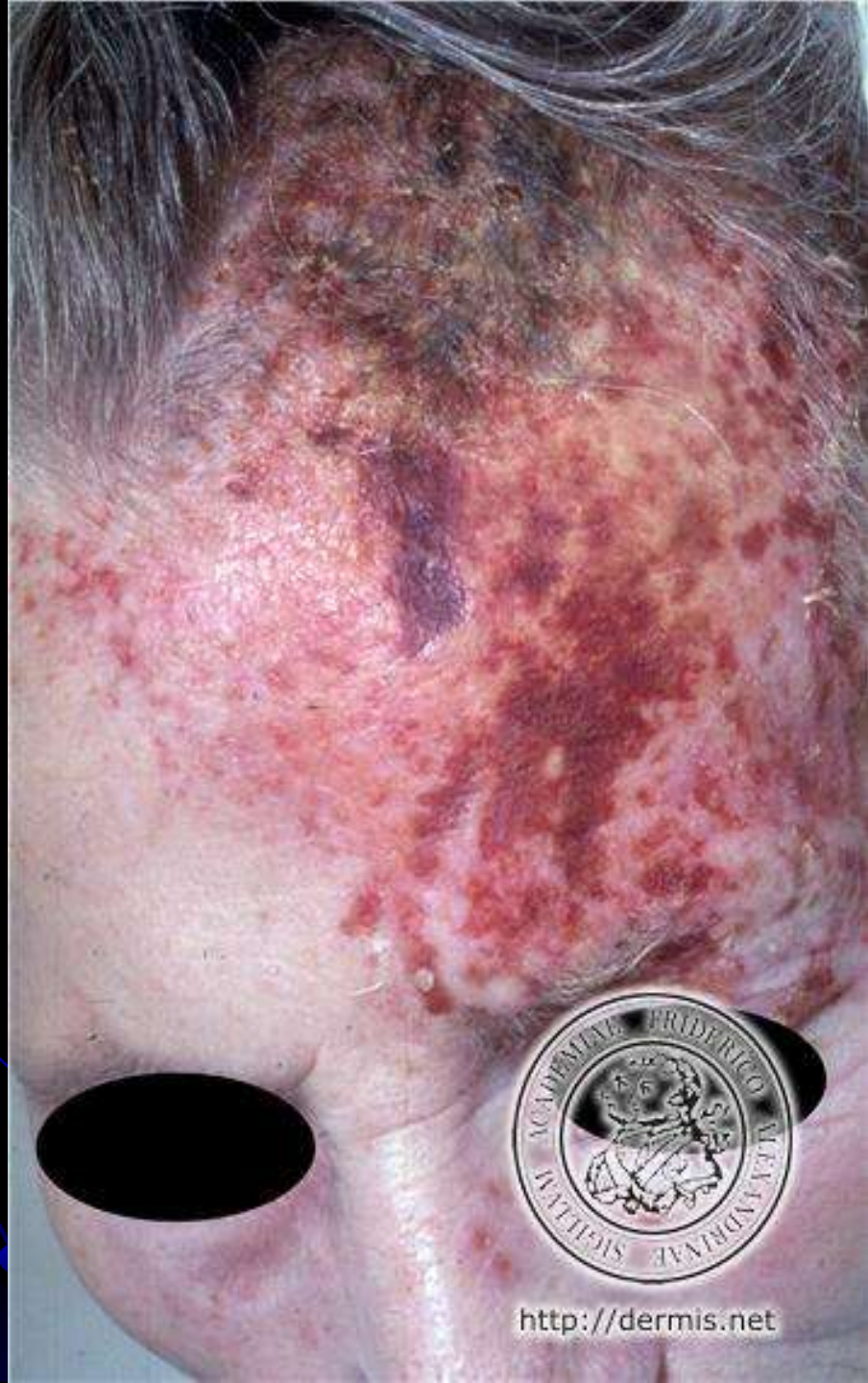


<http://dermis.net>



<http://dermis.net>





<http://dermis.net>

Лечение.

1. Раннее назначение противовирусных препаратов.

Ацикловир, фамвир, виroleкс, валтрекс.

2. Антибактериальные средства с противовирусным эффектом (тетрациклин, доксициклин, юнидокс)

3. Противовоспалительные и гипосенсибилизирующие средства (магния сульфат, глюконат кальция, тиосульфат натрия, нестероидные противовоспалительные средства),

4. Антигистаминные препараты (димедрол, кетотифен, фенкарол, тавегил, супрастин, кларитин, эриус, телфаст).

5. Наружная терапия - обусловлена клинической картиной и локализацией высыпаний. В продромальный период и при начальных проявлениях заболевания рекомендуются:

а/ наружные противовирусные средства: крем ацикловир 5%- втирать 2-3 раза в день; бонафтоновая мазь 0,5% втирать 3-4 раза в день 5-7 дней; линимент алпизарина 2 и 5 %; риодоксоловая мазь 1 %;

б/ анилиновые красители (бриллиантовая зелень, фукорцин, раствор пиоктана)

6. Лечение герпетических невралгий:

-Противовоспалительные средства. (аспирин, парацетамол, сернокислая магнезия)

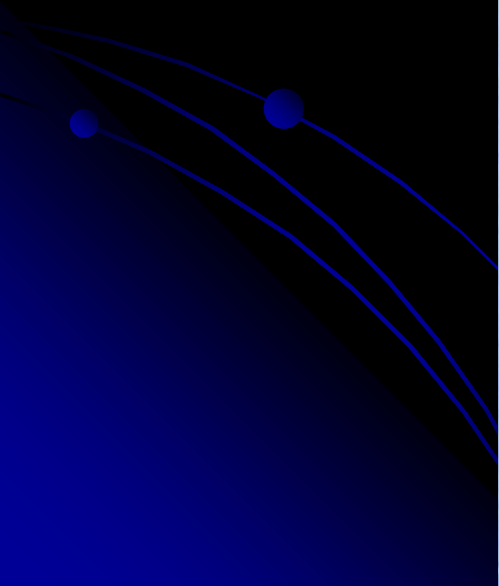
-Средства, корректирующие микроциркуляцию (курантил).

-Ганглиоблокаторы (раствор ганглерона 1,5% по 1 мл 1 р/сутки в течение 10-12 дней).

-Обезболивающие средства, вплоть до наркотических анальгетиков (новокаиновая блокада, электрофорез новокаином по ходу распространения болей).

Вульгарные бородавки.

- Локализация: кожа пальцев, тыльной и ладонной поверхности кистей, реже на других участках кожного покрова (предплечьях, лице, волосистой части головы).
- Представляют собой невоспалительные эпидермо-дермальные папулы размером от 0.2 до 1 см в диаметре с бугристой, шероховатой поверхностью. Количество - от 1 до нескольких десятков. «Материнские» бородавки - первоначально возникшие бородавки, имеющие наиболее крупные размеры. В ряде случаев бородавки сливаются в крупные конгломераты.





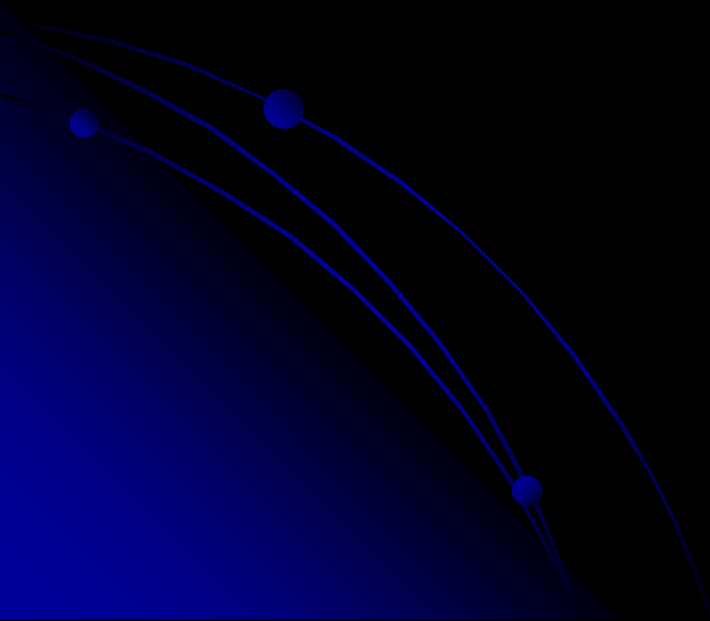


Юношеские бородавки.

- * Локализация: кожа лица, лба, щек, тыльная поверхность кистей.
- * Высыпания представляют собой узлы величиной от 1 до 5 см, часто сливаются в крупные конгломераты с округлыми или полигональными очертаниями. Поверхность плоская, цвет - желтовато-серый.







Подошвенные бородавки.

- * Локализация: места давления и травматизации кожи стоп (подошвенные поверхности, межпальцевые складки, подногтевые участки).
- * Представляют собой папулезные элементы размером от 0,2 см до 1 см, желтовато-коричневого цвета округлых или овальных очертаний. Гиперкератоз особенно выражен в центральной зоне. При ходьбе и давлении бородавки резко болезненны. Количество элементов варьирует от 1-2 до 7-10.









Остроконечные кондиломы

фиброэпителиальные образования на тонком основании
(реже на широком основании).

Количество - от единичных до множественных узелков, при слиянии в крупные конгломераты, напоминают цветную капусту или петушиный гребень. На поверхности отмечается гиперкератоз.

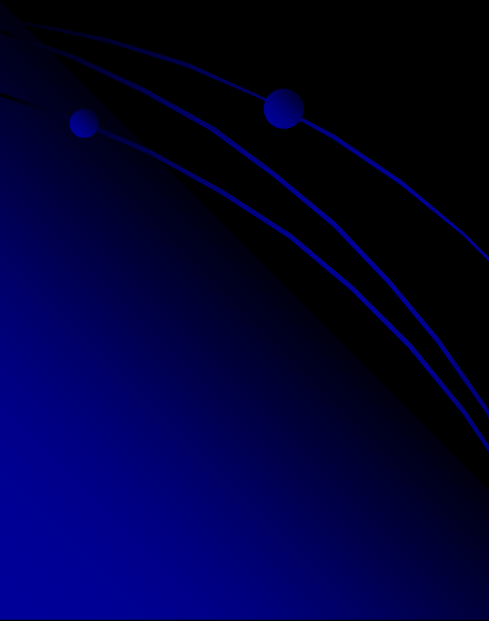
Локализация: в перианальных, пахово-бедренных складках, у **женщин** - на малых и больших половых губах, слизистой преддверия влагалища, шейке матки; у **мужчин** - на головке и венечной борозде полового члена, внутренней поверхности крайней плоти, в области ствола полового члена. Довольно редкая локализация – наружное отверстие уретры.

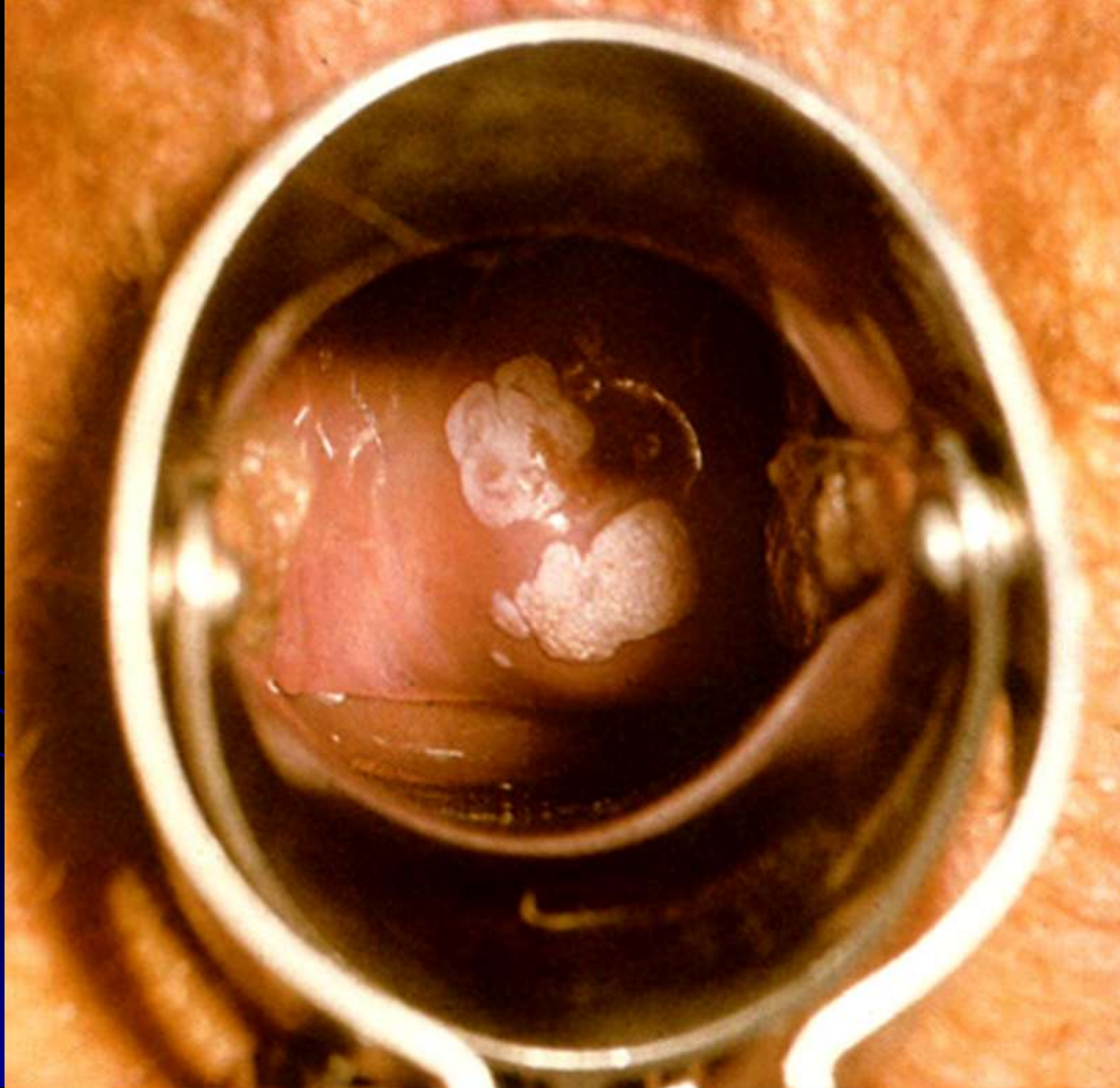


© V. Popov



© V. Popov





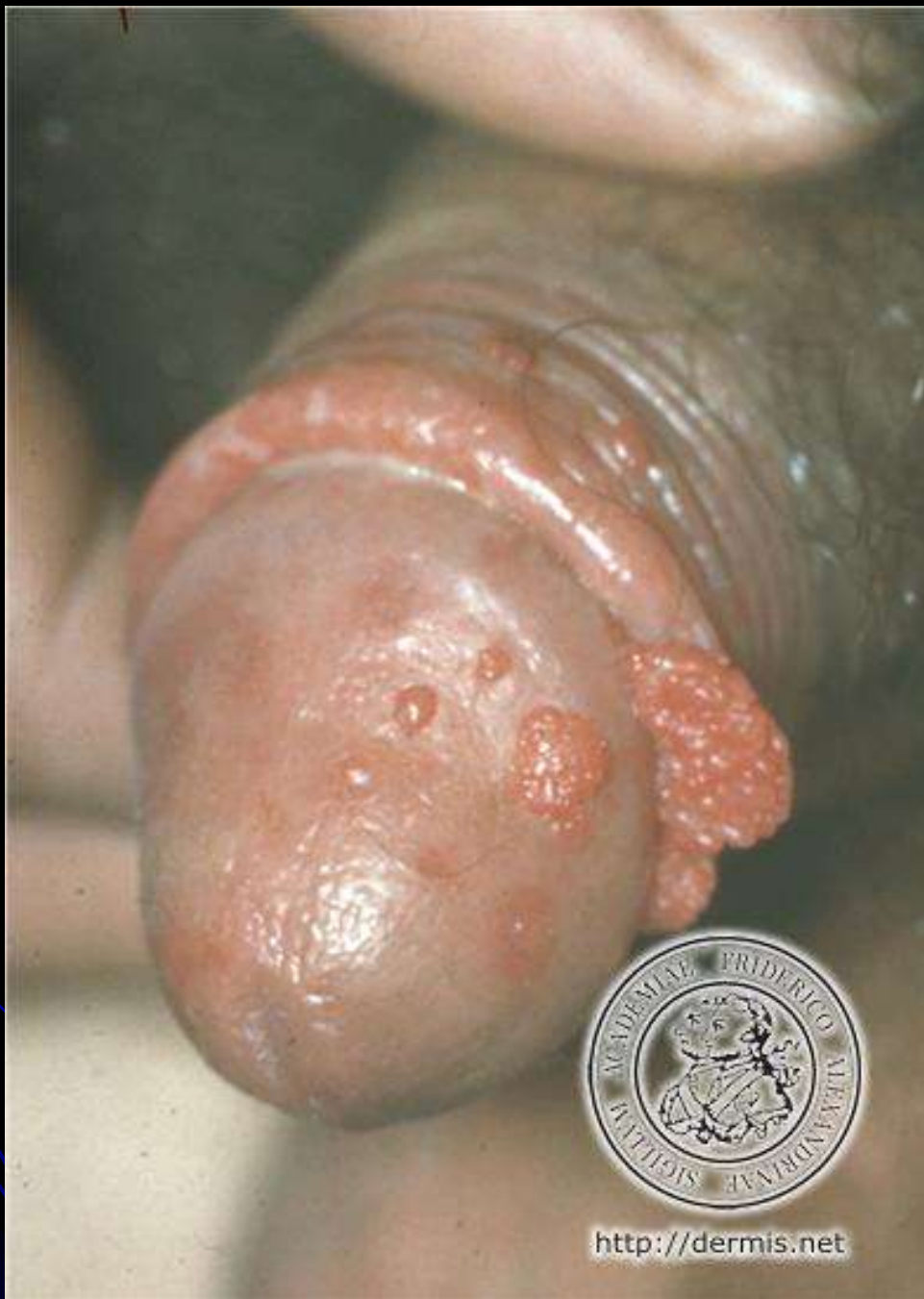


<http://dermis.net>



<http://dermis.net>





<http://dermis.net>

Лечение

- *Деструктивные методы (электрокоагуляция, лазерохирургия, радиоволновая хирургия, криотерапия);*
- *Химические методы (азотная кислота, солкодерм, трихлоруксусная кислота);*
- *Цитостатические и антимитотические препараты (5-фторурацил, проспидин, подофиллин, фerezол, подофиллотоксин);*
- *Противовирусные средства (оксолин, госсипол, спрей Эпиген интим);*
- *Иммунологические препараты (альфа-, бета- и гамма-интерферон, амиксин, кагоцел, интерферон, полиоксидоний);*
- *Комбинированные методы.*

КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК

Клиническая картина

мелкие плоские узелки бело-розового цвета с перламутровым оттенком, которые быстро увеличиваются в размерах до 5-7 см и принимают полушаровидную форму с центральным пупкообразным вдавлением.

При надавливании на узелок выходит плотная творожистая масса беловатого цвета — «моллюсковые тельца» Липшютца.

Эффоресценции носят изолированный характер. Реже элементы контагиозного моллюска сливаются в крупные конгломераты (гигантский контагиозный моллюск).





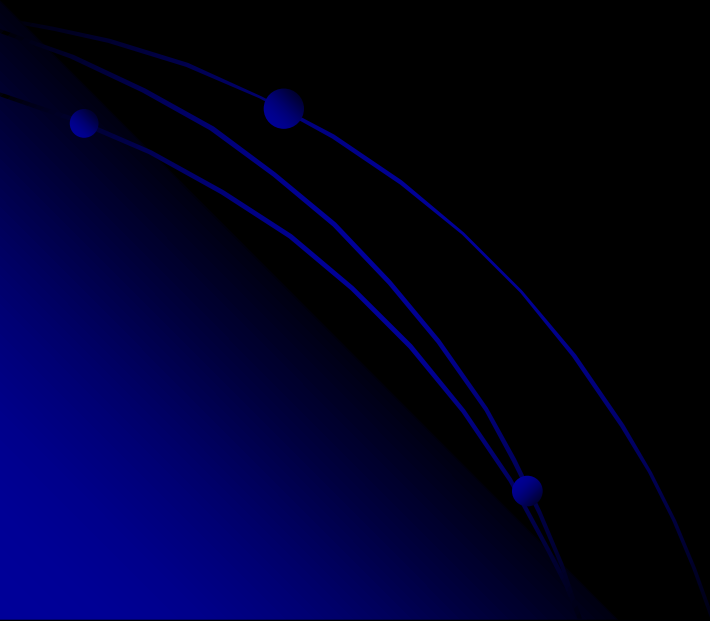




<http://dermis.net>



<http://dermis.net>





<http://dermis.net>

Лечение

Наиболее эффективным методом является выдавливание пинцетом.

Перед процедурой производится орошение пораженной области 1% раствором Лидокаина.

Непосредственно после полного удаления творожистой массы на поверхности кожи появляется капельное кровотечение. Данная зона немедленно должна быть обработана 5% настойкой йода или 3-5% раствором марганцевокислого калия.

Пациенту запрещается купание, рекомендуется кипячение постельного белья с последующей тепловой обработкой.

В течение последующих 7-10 дней в обязательном порядке должна проводиться обработка кожи анилиновыми красками и противовирусными мазями.

Остальные методы (выскабливание острой ложкой Фолькмана, диатермокоагуляция, криотерапия, обработка солкодермом) недостаточно эффективны вследствие частого сохранения в коже «моллюсковых телец», что способствует рецидиву заболевания.



*Благодарим за
внимание!!!*

