

Р. Ф. Айзятупов

ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

ИЛЛЮСТРИРОВАННОЕ РУКОВОДСТВО

Р. Ф. Айзятупов

ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

(ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА)

2003
Киев

Р. Ф. АЙЗЯТУЛОВ

**ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И
СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК
(ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ,
ПРОФИЛАКТИКА)**

(иллюстрированное руководство)

Киев 2003

Кафедра кожных и венерических болезней
факультета последипломного образования
ДонГМУ им. М. Горького

УДК
А36
ББК 55.83я6

Айзятюлов Рушан Фатихович
А36 Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек
(иллюстрированное руководство). — Донецк, 2004.— 128 с., ил.
ISBN 5-8238-0811-9

Автор: Айзятюлов Рушан Фатихович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней факультета последипломного образования Донецкого государственного медицинского университета им.М.Горького, член правления Украинской ассоциации дерматовенерологов и косметологов, член Национального союза журналистов Украины, действительный член Европейской академии дерматологии и венерологии, действительный член Нью-Йоркской академии наук.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

В.Г.Коляденко, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии Национального медицинского университета им.А.А.Богомольца, член-корреспондент АПН Украины, академик Академии Высшей школы, президент Украинской ассоциации дерматовенерологов и косметологов.

Л.Д. Калужная, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой кожных и венерических болезней Киевской академии последипломного образования, главный дерматовенеролог МЗ Украины, заслуженный деятель науки и техники Украины.

В.П. Федотов, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Днепропетровской медицинской академии.

В руководстве представлены современные аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения вирусных заболеваний кожи и слизистых оболочек.

Все права защищены. Ни одна из частей руководства не может быть скопирована, исправлена или передана в любой форме фотокопированием, электронным и механическим способом, записью без разрешения издателя.

ISBN 5-8238-0811-9

© Айзятюлов Р.Ф., 2003

От автора

Уважаемые коллеги !

Повседневное оказание медицинской помощи населению требует постоянного совершенствования уровня подготовки врачебных кадров. В иллюстрированном руководстве приводятся новые современные данные об этиологии, эпидемиологии, патогенезе, диагностике, клинике, терапии и профилактике вирусных заболеваний кожи и слизистых оболочек, которые часто встречаются в практической деятельности врачей здравоохранения.

Для вирусных дерматозов отличительными особенностями являются хроническое рецидивирующее течение, типичные, атипичные клинические проявления и трудности проводимого лечения.

Надеюсь, что изданное иллюстрированное руководство "Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек" (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика), окажется полезным и необходимым для дерматовенерологов и врачей других специальностей (терапевты, окулисты, акушеры-гинекологи, урологи), а также хорошим учебным пособием для студентов высших и средних медицинских учебных заведений, для интернов дерматовенерологов и интернов-врачей смежных специальностей. Иллюстрированное руководство позволит правильно диагностировать как классические так и атипично протекающие вирусные болезни и своевременно назначить адекватную индивидуализированную комплексную терапию с применением современных противовирусных препаратов системного и местного действия.

Прошу извинения у авторов, что при изложении руководства, пользуясь литературными и практическими результатами Ваших научных исследований, не были сделаны ссылки на Ваши работы в тексте, а они выделены в списке указателя литературы, так как выделение их в тексте несколько затруднило бы чтение и способствовало бы более трудному восприятию текстового материала.

Все замечания, а также пожелания по содержанию и оформлению иллюстрированного руководства "Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек" (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика) будут приняты автором с благодарностью.

Донецк
А. Р.Ф.
2003

СОДЕРЖАНИЕ

ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ.....	5
Пузырьковый лишай.....	6
Генитальный герпес.....	18
Цитомегалия.....	29
Опоясывающий лишай.....	35
Вакцинальная болезнь.....	42
Вакцинная экзема.....	43
Вакцинальная болезнь новорожденных и вакцинная эмбриопатия.....	43
Герпетиформная экзема Капоши.....	44
Бородавки.....	47
обыкновенные.....	48
плоские, юношеские.....	51
подошвенные.....	55
остроконечные.....	58
Контагиозный моллюск.....	61
Коровья ложная оспа.....	65
Болезнь кошачьих царапин.....	69
Ящур.....	73
ЛЕЧЕНИЕ.....	88
Пузырьковый лишай.....	98
Генитальный герпес.....	99
Цитомегалия.....	101
Опоясывающий лишай.....	102
Вакцинальная болезнь, вакцинная экзема, вакцинальная болезнь новорожденных и вакцинная эмбриопатия.....	107
Герпетиформная экзема Капоши.....	109
Бородавки обыкновенные, плоские, подошвенные, остроконечные.....	112
Контагиозный моллюск.....	117
Коровья ложная оспа.....	119
Болезнь кошачьих царапин.....	119
Ящур.....	120
Предметный указатель.....	121

ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Учение о вирусных заболеваниях кожи и слизистых оболочек насчитывает более 100 лет. В 1886 году Н.Ф. Гамалея при изучении чумы рогатого скота выявил, что кровь теленка пропущенная через фильтр Шамберлана сохраняет заразительность также и для здоровых телят.

При проведении научных исследований Д. И. Ивановский отметил, что сок листьев табака пораженных мозаичной болезнью и пропущенный через фильтр не теряет своей заразительности. В дальнейшем было доказано, что некоторые кожные заболевания животных и человека вызываются фильтрующими вирусами, которые паразитируют внутри клетки хозяина и не выращиваются на искусственных питательных средах.

После открытия электронного микроскопа наряду с крупными вирусами, видимыми в обычный микроскоп, стали определяться и более мелкие вирусы. При гистологическом исследовании пораженных тканей при ряде вирусных дерматозов нередко обнаруживаются особые образования (включения).

Вирусы условно делятся по характеру их тропизма:

- ◆ нейротропные (полиомиелит, энцефалит, бешенство);
- ◆ дерматотропные (герпес, ветряная оспа, ящур);
- ◆ пневмотропные (грипп, вирусная пневмония);
- ◆ пантропные вирусы (инфекционный гепатит, корь, паховый лимфогранулематоз).

В человеческом организме вирусы распространяются различными путями — гематогенный и по нервным стволам.

По данным многих зарубежных и отечественных авторов вирусные заболевания кожных покровов и слизистых оболочек распространены во всех странах мира и в последние годы наблюдается тенденция к их росту. Вирусные заболевания имеют предрасположенность к длительному хроническому рецидивирующему течению и малосимптомному характеру патологического процесса, а также склонность к переходу в латентное состояние. Они приводят к возникновению довольно тяжелых осложнений со стороны многих систем и внутренних органов человеческого организма. Установлена этиологическая роль вирусных инфекций в патологии мочеполовой системы у мужчин и женщин, а также у плода, новорожденных и детей, что в настоящее время приобретает особое значение в проблемах охраны здоровья матери и ребенка.

Следует отметить, что до настоящего времени многие вопросы патогенеза, клиники, лечения и профилактики вирусных заболеваний разработаны в недостаточной мере, что можно сказать также и о методиках обследования пациентов.

ПУЗЫРЬКОВЫЙ ЛИШАЙ (herpes simplex), пузырьковая лихорадка, "лихорадка"

Герпетическая инфекция является сложным тяжелым заболеванием, которое характеризуется поражением кожных покровов, слизистых оболочек, многих органов и рассматривается как общее системное заболевание.

Вирус простого герпеса (ВПГ) был выделен в 1912 году Gruter, Kraupa, Lowenstein в содержимом герпетических пузырьков. На нейротропный характер вируса указали Levaditi, Harvier. Позднее это экспериментально подтвердили Doerr, Schnabel, Nicolau. В 1921 году Lipschutz описал ацидофильные внутриядерные включения в эпителии везикул и отметил типичные для них признаки.

В ранней стадии они заполняют центр ядра, диффузные, базофильные, содержат вирусный антиген, окрашиваются по Фельгену положительно в пурпурный цвет, а гематоксилином и эозином в синий. В поздних стадиях эти внутриядерные включения более плотные, эозинофильные, отделяются от ядерной мембраны, окрашиваются по Фельгену отрицательно и не содержат вирусного антигена (включения Липшютца).

До 1960 годов не предполагалось существование двух антигенных типов (вирус простого герпеса типа 1 и вирус простого герпеса типа 2), которые позднее были идентифицированы Schneeweiss в Германии, Dowdell Nahmia в США.

Как правило, вирус простого герпеса типа 1 вызывает клинические проявления в полости рта, а вирус простого герпеса типа 2 в основном является генитальной инфекцией.

Герпетическая генитальная инфекция (ГГИ) является одним из самых распространенных заболеваний, передаваемых половым путем. В настоящее время ГГИ входит в специальную программу Всемирной организации здравоохранения и регистрируется в медицинской статистической документации. Согласно данным отечественных и зарубежных авторов около 90% населения земного шара инфицированы вирусом простого герпеса и приблизительно у 10–20% из них отмечаются различные клинические проявления герпетической инфекции, а у остальных ВПГ находится в скрытом латентном состоянии в нервных ганглиях.

При герпетической инфекции в патологический процесс могут вовлекаться кожные покровы и слизистые оболочки, различные органы и системы человеческого организма — центральная нервная система (энцефалит, менингоэнцефалит,

миелит, энцефаломиелит), глаза (кератит, конъюнктивит, керато-конъюнктивит, увеит), печень (гепатит), половые органы и другие.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудителем является фильтрующийся вирус, который является патогенным и для ряда животных (мыши, кролики, обезьяны и другие). Вирус простого герпеса крупный, имеющий оболочку вирион, содержит двуспиральную ДНК, относится к семейству *Herpetoviridae*, роду *Herpesvirus* и достигает размеров около 180 нм.

Вирион состоит из сердцевинки с ДНК и икосаэдрического капсида. Капсид состоит из 162 капсомеров, внутренней оболочки (*tegument*) и внешней мембраны или оболочки (*envelope*). В вирионе имеются также гликопротеиды, липиды, липопротеиды, спермин и спермидин. Вирион достигает 150-300 нм, нуклеокапсид — 100-110 нм, нуклеотид — 60-75 нм. Вирус простого герпеса (ВПГ) культивируется на желточном мешке куриного эмбриона и культурах тканей.

ВПГ инактивируется при температуре +50-52°C в течение 30 минут, а при температуре +37°C в течение десяти часов. Вирус устойчив к низким температурам (при температуре -70°C сохраняется длительно), при повторном замораживании и оттаивании остается патогенным, устойчив к ультразвуку. Инактиваторами ВПГ являются ультрафиолетовые и рентгеновские лучи, спирт, органические растворители, протеолитические ферменты. ВПГ чувствительный к фенолу, формалину, перманганату калия.

В настоящее время выделено более 80 представителей герпес-вирусной инфекции, из которых 8 представителей выделено от человека.

По своим идентичным биологическим свойствам герпес-вирусы подразделяются на 3 подсемейства:

♦ **Альфагерпесвирусы** (вирус простого герпеса типа 1 и 2, вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая). Общим для альфагерпесвирусов является короткий промежуток времени для развития, быстрое распространение по клеткам и выраженное цитотоксическое действие. Альфагерпесвирусы сохраняются у человека на всю жизнь в нервных ганглиях и других отделах нервной системы.

♦ **Бетагерпесвирусы** (цитомегаловирус). Для них характерным является более продолжительный цикл развития, медленное распространение по клеткам и латентное течение. Бетагерпесвирусы находятся в клетках слюнных желез, почек и других органов.

♦ **Гаммагерпесвирусы** (вирус Эпштейна-Барр). Цикл развития данного подсемейства происходит только в В-лимфоцитах.

В настоящее время выделены следующие подсемейства: ВГ-6, ВГ-7 и ВГ-8 типов, которые еще не классифицированы.

Следует также отметить, что в результате проведенных исследований, ряд авторов относят герпесвирусы к онкогенным вирусам и указывают на связь злокачественных неопластических заболеваний шейки матки и предстательной железы с ВПГ типа 2, или ассоциацию его с другими вирусами и микроорганизмами (папилломатозный вирус человека, хламидии, микоплазмы, уреоплазма и другие).

Кроме того, герпес-вирусные инфекции считают интеграционными болезнями, так как геном вируса сливается с геномом клетки хозяина, что приводит к расстройствам состояния иммунитета, и невозможности полной санации человеческого организма от вирусной инфекции.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Герпетическая инфекция передается при тесном контакте с лицами, у которых наблюдаются симптомы заболевания, а также с лицами без видимых клинических проявлений (вирусоносители).

Заражение ВПГ происходит через предметы домашнего обихода (туалетные принадлежности, посуда, детские игрушки и другие), воздушно-капельным путем, парентерально, при трансплантации органов и тканей, при искусственном оплодотворении, через медицинский инструментарий при несоблюдении правил дезинфекции, трансфузионным и трансплацентарным путями.

Инфицирование происходит путем инокуляции вируса простого герпеса через губы, кожные покровы, слизистые оболочки и конъюнктиву глаз. Возможно заражение гениталий при половых контактах вирусом, который содержится в слюне ("болезнь поцелуя").

В эпидемиологическом плане наибольшую опасность представляют больные во время рецидивов заболевания в период пузырьковых высыпаний, а также вирусоносители.

ПАТОГЕНЕЗ

ВПГ после внедрения в человеческий организм прикрепляется к клетке хозяина. Постепенно в клеточной стенке образуется "карман", который позднее трансформируется в вакуоль и вирус попадает в цитоплазму. Происходит освобождение нуклеиновой кислоты от белков внешней оболочки и снижение инфекционной активности вируса.

В течение первых 10-12 часов после инфицирования в клетках не обнаруживаются признаки формирования вируса, так как в этот период образуются структуры вирусных белков и нуклеиновых кислот. Из них затем организуются нуклеиновая кислота и капсомеры в единую структуру (нуклеокапсид или вирионуклеон). Цикл репродукции вируса внутри ядра завершает его "дозревание".

В организм человека вирус проникает через кожные покровы или слизистые оболочки. При первичном инфицировании, которое может сопровождаться симптомами или быть асимптомным, вирус из входных ворот по эндо- и периневральным путям попадает в чувствительные спинальные или церебральные ганглии, где возникает скрытая латентная персистирующая инфекция.

Кроме того, вирус проникает во многие клетки человеческого организма (обладает тропизмом к форменным элементам крови и иммунцитам), вызывает дегенеративные изменения и гибель клеток, снижение их функциональной активности, что в конечном итоге приводит к состоянию иммунодефицита. В организме вирус сохраняется на протяжении всей жизни и может периодически вызывать рецидивы заболевания, которые могут протекать с различной степенью тяжести и на любых участках слизистых оболочек и кожного покрова.

Вирус простого герпеса может обнаруживаться в сыворотке крови пациентов через 4-8 дней после заражения, а затем через некоторый промежуток времени появляются IgG АТ к антигенам.

КЛИНИКА

Герпетическая инфекция имеет многообразные клинические проявления. У большинства пациентов, при объективном исследовании обнаруживаются везикулезные или язвенные поражения.

Однако, в последние годы наблюдается все большее число больных, у которых отмечаются атипичные поражения (трещины, эрозии, мелкие изъязвления). Заболевание герпесом может возникнуть непосредственно как после заражения (первичный герпес), так и в результате обострений рецидивирующего герпеса (после первичного эпизода).

Выделяются локализованные, распространенные и генерализованные клинические формы герпетической инфекции.

Везикулезные высыпания при пузырьковом лишае преимущественно локализируются на следующих участках кожного покрова и слизистых оболочек:

- ◆ на лице (herpes facialis);

- ◆ губах (herpes labialis);
- ◆ крыльях носа (herpes nasalis);
- ◆ в области половых органов (herpes progeneritalis);
- ◆ реже на ягодицах (herpes gluteales) и в полости рта (herpes buccalis).

Пузырьки при герпетической инфекции часто появляются при некоторых заболеваниях человека (острые респираторные вирусные инфекции, пневмония, менингит, малярия и другие).

В практической деятельности довольно часто встречается менструальный герпес (herpes menstrualis), который локализуется на красной кайме губ, в области ягодиц, половых органов и практически в большинстве случаев возникает при каждом менструальном цикле.

Во время беременности или в климактерическом периоде появление герпетических высыпаний может прекращаться.

Клинические симптомы заболевания появляются в среднем через 5-7 дней после инфицирования.

Субъективные ощущения у пациентов (зуд, жжение, чувство покалывания, болезненность), предшествующие или сопровождающие высыпания, являются следствием инфекционного воспаления нервных стволов и сплетений.

На эритематозном отечном фоне кожных покровов и слизистых оболочек возникают множественные или единичные, болезненные, размером до 1-3 мм в диаметре пузырьки с прозрачным или серозным содержимым, которое затем через некоторый промежуток времени мутнеет.

В среднем через 3-5 дней пузырьки подсыхают с образованием желтых корок.

Если они вскрываются, то появляются мелкие розово-красного цвета эрозии с мелкофестончатymi очертаниями. Нередко везикулы сливаются и образуется многокамерный пузырь, который может вскрываться и появляется болезненная эрозия розово-красного цвета. Затем образуются корки, которые позднее отпадают и оставляют после себя временную вторичную пигментацию или депигментацию. Клинические проявления герпетической инфекции обычно длятся 2-3 недели.

В том случае, если пузырьковые высыпания локализуются на участках кожного покрова и на слизистых оболочках, подвергающихся трению и мацерации, везикулы быстро вскрываются и подвергаются эрозированию и изъязвлению.

Рецидив обуславливается реактивацией вируса, которая возникает под воздействием ряда провоцирующих факторов (фокальная инфекция, пневмония, стрессы, грипп, острые респираторные вирусные заболевания, переохлаждения, иммунодефицит и другие).

Для рецидивирующего герпеса в большинстве случаев характерными являются тяжелое длительное течение, поражение нервной системы (менингоэнцефалиты), лимфаденопатии, лихорадки, что в конечном итоге, может приводить к инвалидизации пациентов.

При каждом рецидиве герпетической инфекции везикулы могут появляться на различных участках кожного покрова и слизистых оболочек.

По локализации патологического процесса различают:

◆Вирусные поражения кожного покрова.

Пузырьковые высыпания располагаются на лице в области носа, красной каймы губ, а также на кистях рук и ягодицах.

◆Вирусные поражения слизистых оболочек.

Сыпь локализуется на слизистых оболочках полости рта в области губ, на щеках, деснах (гингивит, стоматит, фарингит), где появляются сгруппированные пузырьки. Везикулы вскрываются и образуются болезненные красно-розовые эрозии с мелкофестончатыми очертаниями, покрытые серой пленкой (афты). У пациентов отмечается повышенная саливация.

◆Вирусные поражения глаз (офтальмогерпес).

Поражения глаз преимущественно возникают у детей, реже у взрослых. Плохой прогноз отмечается в том случае, когда вовлечение в патологический процесс глаз развивается при первичном инфицировании, что служит предвестником дальнейшей генерализации герпетической инфекции.

Поражение глаз может проявляться в различных клинических формах:

- ◆кератоконъюнктивит с поражением кожи периорбитальной области;
- ◆кератит пузырьковый и древовидный;
- ◆иридоциклит;
- ◆рецидивирующая эрозия роговицы;
- ◆неврит зрительного нерва.

В конечном итоге, эти патологические изменения со стороны глаз могут привести к снижению остроты зрения и в некоторых случаях даже к слепоте.

При герпесе могут наблюдаться серьезные осложнения со стороны внутренних органов и систем человеческого организма:

- ◆поражения центральной нервной системы (энцефалит, менингит, миелит, энцефаломиелит);

- ◆ глаз (кератит, кератоконъюнктивит, блефароконъюнктивит, увеит, неврит зрительного нерва и другие);
- ◆ печени (гепатит взрослых, новорожденных);
- ◆ слизистых оболочек (стоматит, афтозные язвы, поражение гениталий);
- ◆ кожных покровов (герпетическая экзема);
- ◆ реинфекция выделяющимся вирусом кожных покровов и слизистых оболочек;
- ◆ присоединение вторичной инфекции;
- ◆ малигнизация (рак шейки матки).

Рецидивирующий герпес может протекать на фоне нарушения общего состояния организма пациентов (недомогание, слабость, головные боли, субфебрильная температура).

У ряда больных наблюдаются также длительно существующие невралгии и другие поражения нервной системы.

Субъективные расстройства (зуд, жжение, болезненность) встречаются чаще, но выражены несколько слабее.

Первичная или рецидивирующая герпетическая инфекция у иммуносупрессивных пациентов сопровождается более интенсивными изъязвлениями на кожных покровах и слизистых оболочках, чем у пациентов с нормальной иммунной системой и вирус простого герпеса может диссеминировать во многие органы человеческого организма.

Атипичные клинические формы простого пузырькового лишая (Каламкарян А.А., Гребенюк В.Н., 1995; Самцов А.В., Барбинов В.В., 2002 и др.)

Абортивная

Как правило, преимущественно на участках кожного покрова с уплотненным роговым слоем появляются рассеянные мелкие пузырьки, серозное содержимое которых визуальнo практически не определяется. При объективном осмотре микровезикулы напоминают милиарные папулезные морфологические элементы.

К абортивным клиническим формам герпеса относятся также эритематозная и пруригинозно-некротическая, которые в большинстве случаев протекают без наличия высыпаний.

Однако, пациенты предъявляют жалобы на местные субъективные ощущения (зуд, жжение, болезненность, чувство покалывания и другие), которые незначительно выражены.

Отечная

Патологический процесс локализуется в области век, губ, а также на половых органах у женщин (малые половые губы) и у мужчин (крайняя плоть, кожа мошонки), где может возникнуть сильный ограниченный отек без видимых пузырьковых высыпаний.

Герпетическая лихорадка

Характерным является острое начало заболевания, которое по клиническим проявлениям напоминает менингит. У больных отмечаются рвота, головные и мышечные боли, менингеальные симптомы, повышение температуры тела до 39-40°C.

В среднем через 2-4 дня состояние пациентов несколько улучшается и появляются типичные пузырьковые высыпания.

Зостериформная

Везикулезные высыпания возникают по ходу нервных стволов и сплетений (лицо, верхние и нижние конечности, туловище). Пациенты предъявляют жалобы на нарушения общего состояния (недомогание, головные боли, слабость) и длительно существующие невралгии.

Диссеминированная

На различных участках кожного покрова по всему телу и на слизистых оболочках одновременно появляются характерные пузырьковые высыпания. Довольно часто, везикулы могут располагаться на значительном расстоянии друг от друга.

Мигрирующая

При каждом новом рецидиве заболевания, рассеянные везикулы могут возникать в новых местах на кожном покрове и слизистых оболочках. Для этой клинической формы заболевания не является обязательным одна и та же локализация патологического процесса.

Геморрагическая

На любом участке кожного покрова и слизистых оболочек образуются пузырьки с геморрагическим содержимым краснокоричневого цвета, размером до 3-5 мм в диаметре.

Позднее везикулы ссыхаются в корки коричневого цвета. После отпадения корок остаются шелушение, временная пигментация или депигментация кожи.

Геморрагическо-некротическая

Появляются везикулы с кровянистым геморрагическим содержимым. После вскрытия пузырьков образуются эрозивно-язвенные очаги поражения с некротическими массами серо-зеленого цвета на поверхности. Характерным является медленные регресс высыпаний.

Элефантиазоподобная

В определенном участке кожного покрова возникает группа пузырьков. Через некоторое время в местах их локализации отмечается значительный резкий отек кожи и развивается стойкая слоновость. Течение заболевания хроническое, длительное и тяжелое.

Эрозивно-язвенная

После появления пузырьковых высыпаний, через определенный промежуток времени они вскрываются. Образуются болезненные эрозии и язвы красно-розового цвета, которые имеют тенденцию к медленной эпителизации и рубцеванию.

Язвенная

Возникают везикулы, которые постепенно трансформируются в болезненные язвы красно-розового цвета с мягким дном и серо-желтым налетом на поверхности.

Пузырьки чаще локализуются на половых органах у женщин (большие и малые половые губы) и у мужчин (крайняя плоть, кожа мошонки).

В ряде случаев у пациентов наблюдаются увеличение паховых лимфатических узлов и лимфангоит.

Хронический кожный простой герпес

Как правило, обычно болеют пациенты, у которых отмечается иммунодефицитные состояния.

Характерным для заболевания является хроническое длительное рецидивирующее течение.

На местах появившихся пузырьковых высыпаний образуются болезненные язвенные очаги поражения, округлой формы с мелкофестончатыми очертаниями, которые иногда достигают довольно больших размеров.

Рупиоидная

Везикулезные высыпания преимущественно локализуются в области лица, реже на других участках кожного покрова. Позднее присоединяется вторичная пиококковая инфекция.

После вскрытия пузырьков поверхность эрозий, язв покрывается слоистыми плотными корками желто-коричневого цвета.

Лимфатические узлы болезненные, увеличенные. Кожа над ними несколько гиперемированная, отечная.

Типичным для заболевания является частое рецидивирование.

Герпес рук

Преимущественно болеют медицинские работники (врачи, медицинские сестры, санитарки), которые инфицируются от пациентов, болеющих вирусной инфекцией.

На дистальных отделах пальцев и тыльной поверхности кистей рук, в небольшом количестве появляются болезненные пузырьки с плотной покрывкой.

Нередко, патологический процесс локализуется на коже лица (область лба, нос, щеки, красная кайма губ).

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Инкубационный период длится 5-7 дней.
- ◆ Субъективные ощущения (зуд, жжение, болезненность) предшествуют и сопровождают высыпания.
- ◆ Иногда нарушается общее состояние (головные боли, недомогание, боли в мышцах и суставах, лихорадка, лимфаденит и другие).
- ◆ Кожные покровы и слизистые оболочки эритематозные, отечные.
- ◆ Пузырьки множественные или единичные, сгруппированные, болезненные, размером до 1-3 мм в диаметре.
- ◆ Содержимое пузырьков вначале прозрачное или серозное, затем мутнеет.
- ◆ Через 3-5 дней пузырьки подсыхают с образованием желтых корок или вскрываются и появляются мелкие розово-красного цвета эрозии с мягким основанием.
- ◆ Длительность клинических проявлений 2-3 недели.
- ◆ Довольно часто рецидивирующее течение.
- ◆ Рецидивы возникают под воздействием ряда провоцирующих факторов (переохлаждение, грипп, острые респираторные вирусные заболевания, иммунодефицит и другие).
- ◆ При каждом рецидиве высыпания могут появляться на различных участках кожного покрова и слизистых оболочек.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Вульгарное импетиго (impetigo vulgaris)

В основном болеют дети. Характерно быстрое начало заболевания и распространение высыпаний. Сыпь локализуется на открытых участках тела (лицо, руки, голени, стопы) и представлена плоскими фликтенами (пузырь с вялой морщинистой крышкой). По периферии фликтен отмечается ободок гиперемии.

Вначале содержимое фликтен серозное прозрачное, позднее становится мутным. Впоследствии фликтены сохнут и образуются грязно-серые корки. После отторжения корок остается временное депигментированное пятно.

Фликтены имеют склонность к слиянию. В этом случае образуются очаги больших размеров с неправильными очертаниями.

При назначении рациональной терапии морфологические элементы сыпи регрессируют в среднем через 1-2 недели.

Токсидермия фиксированная (toxicodermia)

На слизистой оболочке полости рта появляются овальной формы эритематозные пятна, диаметром 2-3 см. В центральной

части некоторых из них возникают пузырьки или пузыри, которые затем вскрываются с образованием болезненных эрозий.

У большинства больных высыпания одновременно появляются на коже, наружных половых органах, в области заднего прохода.

В анамнезе отмечается связь возникновения высыпаний после приема лекарственных средств (сульфаниламидные препараты, тетрациклины, витамины и др.). После прекращения их приема процесс регрессирует в течение 7-10 дней.

При распространенной токсидермии нарушается общее состояние (повышение температуры, озноб, адинамия, коматозное состояние, диспепсические явления и др.).

В случае повторного приема этих же препаратов, как правило патологический процесс рецидивирует на прежнем участке, но может локализоваться и на других местах.

Многоформная экссудативная эритема, полиморфная эритема (erythema exudativum multiforme)

Острое инфекционное заболевание, имеющее сезонный характер (чаще возникает весной и осенью) и склонное к рецидивам. В большинстве случаев указывается на инфекционную природу, так как заболеванию предшествуют ангины, острые респираторные инфекции, боли в суставах, повышение температуры тела, общее недомогание.

Этиологическими факторами могут являться медикаментозные препараты (ацетилсалициловая кислота, сульфаниламидные препараты, анальгин, антибиотики, и другие).

Появляются симметрично расположенные, розово-красного цвета, возвышающиеся над поверхностью кожи пятна и узелки размером до 3-5-10 мм в диаметре. Центральная часть их через 1-2 дня становится синюшного или серого цвета, западает, а по краю остается розово-красного цвета. Позднее, в центре высыпаний появляется пузырь с серозным или геморрагическим содержимым.

В среднем через 7-10 дней пузыри покрываются корками, после отторжения которых остается шелушение. Пятна постепенно бледнеют. После регресса высыпаний остаются пигментированные участки кожи. Высыпания сопровождаются чувством зуда, жжения и преимущественно локализуются на тыльной поверхности кистей и стоп, разгибательной поверхности верхних предплечий и реже на других участках кожи.

Может наблюдаться изолированное расположение сыпи на слизистой оболочке полости рта и красной каймы губ, где на гиперемизированном фоне появляются пузыри, которые быстро вскрываются с образованием болезненных, кровоточащих

эрозий. Позднее эрозии покрываются коричневыми, геморрагическими корками.

Заболевание может длиться в течение 1-2 месяцев.

Афтозный стоматит

Характерным является острое начало заболевания: повышение температуры тела до 39-40°C, ухудшение общего состояния, обильное слюноотечение, неприятный запах из рта.

Увеличиваются регионарные лимфатические узлы, которые при пальпации болезненные. На слизистой оболочке полости рта в области губ, щек, неба, языка возникают пузырьки, которые быстро вскрываются с последующим образованием овальной формы, болезненных эрозий, язв и ярко-красным ободком по периферии (афты).

Обычно заболевание продолжается 2-3 недели и заканчивается выздоровлением.

Импетигозный пустулезный сифилид (*impetigo syphilitica*)

Довольно часто выявляется у больных с вторичным свежим сифилисом. Одновременно у пациентов имеются пятнистые и папулезные высыпания. Сыпь локализуется на волосистой части головы, лице, груди, спине и сгибательных поверхностях конечностей в виде плотных, темно-красных узелков до 1 см в диаметре. Несколько реже, встречаются более крупные папулезные элементы.

Через некоторый промежуток времени в центральной части узелка образуется тонкостенная поверхностная пустула с резко ограниченным инфильтратом в основании, которая довольно быстро высыхает. Возникают массивные, возвышающиеся, слоистые корки желтовато-коричневого цвета, окруженные темно-красным инфильтрированным венчиком. В результате постоянного поступления экссудата из глубины пустулы, корка возвышается над поверхностью кожи и достигает значительной величины.

В конечном итоге, на местах высыпаний образуется поверхностный пигментированный рубец или пигментное пятно.

Нередко, на дне пустулезного элемента происходит разрастание сосочкового слоя кожи с образованием бородавчатых, вегетирующих, сочных грануляций (*syphilis framboesiformis*).

При исследовании серологические реакции крови: РВ (реакция Вассермана), РИФ (реакция иммунофлюоресценции), РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем) положительные.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС (herpes progeneralis)

Впервые заболевание описано французским врачом Jean Astruc в 1736 году. В настоящее время многие сексуально-активные молодые люди инфицированы одновременно вирусами простого герпеса типа 1 и 2. Генитальный герпес (ГГ) относится к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП) и является клинической разновидностью простого пузырькового лишая.

ВПГ типа 1 и 2 относятся к распространенным микроорганизмам и вызывают высыпания в области половых органов. Сыпь сопровождается субъективными ощущениями (боли различной интенсивности, жжение, зуд и другие). Для генитальной инфекции характерным является хроническое рецидивирующее течение на протяжении многих лет, а также отсутствие результативных методов лечения. Вследствие этого, у пациентов нарушается нормальная половая жизнь, возникают препятствия для создания семьи, наблюдаются неврастения, депрессия и другие нервно-психические расстройства, что может приводить к довольно серьезным психосоциальным проблемам.

Наиболее сложной проблемой остается чрезмерно высокая степень распространения асимптоматических и недиагностируемых генитальных инфекций, причиной которых в 20-35% случаев является вирус простого герпеса типа 2, а в отдельных группах взрослого населения в США в 65-80% (Corey, 1990).

Следует отметить, что в США большинство герпесвирусных инфекций (ГВИ) обусловлены ВПГ типа 2, однако, в 20-40% случаев первых проявлений клинических симптомов болезни ВПГ типа 1.

В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости генитальной вирусной инфекцией, изменяется клиническая картина, возникают трудности проводимой терапии и профилактики.

По некоторым данным, заболеваемость генитальным герпесом достигает 80-200 на 100000 населения и продолжает возрастать, чему способствует целый ряд неблагоприятных факторов внешней среды. Распространение ГВИ преимущественно происходит при генитальных, орогенитальных и анальных сексуальных контактах.

Смешанная инфекция, которая вызывается вирусами простого герпеса и другими возбудителями ИППП, выявляется у 10-30% мужчин и 15-37% женщин.

Длительно нераспознанная рецидивирующая ГВИ часто вызывает развитие тяжелых поражений центральной нервной

системы и других осложнений со стороны внутренних органов и систем человеческого организма.

В последнее десятилетие эпидемиологические данные показывают, что нередко ВПГ находится в ассоциации с ВИЧ и возбудителями других ИППП, что не исключает возможности усиленного размножения одного или всех ассоциаций возбудителей.

Некоторыми исследователями доказана способность герпесвируса реактивировать латентно протекающую ВИЧ-инфекцию, а также вызывать прогрессирование СПИДа.

ПАТОГЕНЕЗ

При первичном инфицировании может происходить репликация вируса в месте внедрения. В нервные ганглии ВПГ проникает по нервным аксонам или гематогенным путем. ВПГ может пожизненно персистировать в латентном состоянии не только в нейронах, но и в коже. Латентная инфекция является причиной периодических обострений под влиянием внешних и внутренних неблагоприятных факторов, протекает с разной степенью тяжести и различной локализацией патологического процесса. После попадания в человеческий организм ВПГ, в течение всей жизни отмечается наличие антител в сыворотке крови. Однако, антитела не всегда защищают от вторичного инфицирования или рецидива. Кроме антител, защитным фактором служит также клеточный иммунитет. При этом, имеет значение адсорбция вируса на клеточных элементах, угнетение его репродукции интерфероном и другими ингибиторами, а также выведение вируса из организма.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Передача ГВИ обычно происходит при тесном бытовом или половом контакте с лицами, у которых может и не быть симптомов заболевания, но которые выделяют вирус. Генитальный герпес (ГГ) передается человеку через генитальный и орогенитальный контакты (горизонтальный способ передачи). Риск передачи от мужчины к женщине больше, чем от женщины к мужчине.

Асимптоматическое выделение вируса является более характерным для ГВИ типа 2, чем для ГВИ типа 1 и более типично в первые 3 месяца после заражения ВПГ типа 2, чем в более поздний период.

Асимптоматическое выделение ВПГ в большинстве случаев более легко определяется у женщин, чем у мужчин и обуславливает половину случаев заражения генитальным герпесом.

Среди непостоянных сексуальных партнеров ежегодная частота передачи вируса неинфицированному партнеру составляет от 4 до 30%.

В 50-90% случаев при горизонтальной передаче ГГ и в 70% случаев передачи от матери ребенку (вертикальная передача) источник инфекции не знает, что он инфицирован ВПГ.

ДИАГНОСТИКА

С целью выявления вирусной инфекции применяются практически все диагностические лабораторные реакции (от цитологических до молекулярных методов).

Преимущественно используются методы, которые отличаются быстротой, специфичностью и чувствительностью.

Однако, при интерпретации результатов исследований, иногда возникают определенные трудности, что связано с рядом факторов:

- ◆ вариабельность вируса;
- ◆ многообразии клинических проявлений;
- ◆ латентное клиническое течение.

Согласно данным ряда авторов, диагноз основанный только на клинической картине позволяет выявить менее 40% пациентов, инфицированных ВПГ.

Методы диагностики

- ◆ Выделение ВПГ в культуре клеток, включая типирование ВПГ типа 1 и ВПГ типа 2 — золотой стандарт диагностического теста при остром процессе, но менее показательный в стадии образования язв и корок.
- ◆ Тесты для определения АГ ВПГ или ДНК ВПГ с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР), при которой в образцах исследуемого материала происходит амплификация ДНК ВПГ.
- ◆ Техника гибридизации ДНК.

Однако, указанные методы диагностики дорогостоящие и практически недоступные для большинства населения.

Серологические тесты

- ◆ Биологические (реакция нейтрализации АТ-РНАТ, реакция связывания комплемента - РСК).

Недостатки:

- РНАТ требует наличия живого вируса, что затруднительно и не может быть автоматизированной при исполнении;
- РСК мало чувствительна.

Оба теста не выявляют сероконверсию при первичных инфекциях, а также не дают точных результатов при типировании АТ к ВПГ типа 1 и ВПГ типа 2.

♦ Твердофазные (реакция обратной пассивной гемагглютинации – РОПГА, иммуноферментный анализ – ИФА и непрямая реакция иммунофлуоресценции).

Недостатки:

– существующие тесты не дают точных результатов при типировании АТ;

– не определяют сероконверсию при первичной инфекции.

♦ Белок специфические иммунные тесты, в частности иммунодот.

Используются как тесты на АГ-вирусные оболочечные гликопротеины ВПГ-1 (gG 1) или ВПГ-2 (gG 2). В тестах используются два источника gG 2. Описаны также реакции, основанные на рекомбинантном gG 2.

Преимущества:

– реакции способны идентифицировать и типировать ВПГ-1 и ВПГ-2 при субклинических формах инфекции;

– выявляют сероконверсию при первичных инфекциях.

Недостатки:

– требуют наличия очищенных белков;

– не позволяют дифференцировать инфекции полости рта от генитальной инфекции, вызванной ВПГ-1;

– сероконверсия gG не универсальна.

♦ Вестерн блот (иммуноблот).

Может выявлять АТ почти к 50 индивидуальным белкам, включая gG. АГ ВПГ готовится из фибробластов, инфицированных ВПГ-1 или ВПГ-2, вирусные белки выделяются из клеток, переносятся на нитроцеллюлозные полоски и инкубируются с образцами сывороток, полученных от пациентов.

Преимущества:

– можно идентифицировать и типировать субклинические формы ГВИ-1 и ГВИ-2;

– выявить сероконверсию при первичных инфекциях;

– выявить сероконверсию к ВПГ-2 у пациентов с первичной ГВИ-1;

– дифференцировать материнские АТ от АТ новорожденного.

Недостатки:

– требуется соблюдение технологии, которая не может быть автоматизирована;

– существует невозможность дифференцирования генитальной ГВИ от инфекции полости рта.

При вскрытых пузырьках можно применить цитологический метод. Исследуемый материал фиксируется в 96° спирте и в мазках, окрашенных по Папаниколау, иногда удается определить клетки со специфичными цитологическими особенностями для вируса простого герпеса.

Однако, выявление морфологических изменений, вызванных вирусом простого герпеса не дают основание утверждать о первичной или вторичной инфекции, а также идентифицировать вирус (такие же структурные изменения могут наблюдаться при Herpes zoster).

КЛИНИКА

ГВИ мочеполового тракта имеют широкий спектр клинических проявлений, хотя у многих пациентов обнаруживаются классические везикулезные или язвенные поражения. Однако, в последние годы, наблюдается все большее число атипичных поражений (трещины, язвочки, мелкие цервикальные и перианальные изъязвления и другие).

Генитальные ГВИ, вызываемые ВПГ-1 или ВПГ-2 (ГВИ-1 и ГВИ-2) сходны по клиническим проявлениям болезни и не имеют никаких различий. Первичный генитальный герпес (симптоматика проявляется менее, чем в 20% случаев), характеризуется генитальными и экстрагенитальными поражениями, а также целым рядом системных проявлений, которые более характерны для женщин, чем для мужчин.

Различают клинико морфологические формы генитального герпеса.

Первичное клиническое проявление генитального герпеса

В области половых органов через 3-10 дней (в среднем через 4-5 дней) после заражения возникают множественные, сгруппированные, болезненные везикулы, которые после первой недели от начала болезни прогрессируют в пустулезные и язвенные морфологические элементы. Экстрагенитальные поражения на слизистых оболочках могут появляться и на 2-й неделе. Первый эпизод реактивации вируса (первый эпизод генитального герпеса) является началом заболевания у лиц, у которых отсутствует циркуляция антител к данному типу вируса и обычно длится в среднем 3-4 недели. Как правило, клинические проявления и количество выделяемого большим вирусом, а значит и инфекционность, больше выражены в период первичного проявления ГВИ-1 и ГВИ-2, чем при вторичной или рецидивирующей инфекции.

Появлению сыпи предшествуют местные продромальные явления (зуд, жжение, покалывание и другие), которые исчезают в течение 1-3 суток. Затем появляются множественные сгруппированные болезненные везикулы с серозным содержимым. Пузырьки сливаются. Содержимое их мутнеет и они постепенно трансформируются в пустулы. Пустулы могут подвергаться изъязвлению с образованием красно-розового цвета округлых язв с мелкофестончатыми очертаниями.

Пациенты предъявляют жалобы на субъективные ощущения в области сыпи (зуд, жжение, болезненность).

Могут появляться выделения из мочеиспускательного канала, влагилица, болезненность при мочеиспускании. При первых проявлениях генитального герпеса у больных могут наблюдаться общие симптомы: головные боли, недомогание, боли в мышцах и суставах, лихорадка, увеличение лимфатических узлов и другие. Первый эпизод первичной ГВИ у большинства пациентов характеризуется присоединением вторичной пиококковой инфекции, реинфекцией выделяющимся вирусом других эпителиальных поверхностей, а также неврологическими проявлениями и симптомами (асептический менингит, поперечный миелит и другие).

Первичное клиническое проявление уже имеющегося генитального герпеса

Относятся случаи заболевания у больных, первые клинические симптомы у которых менее ярко выражены и возникают на фоне серопозитивной генитальной инфекции (в сыворотке крови определяются антитела к ВПГ).

Рецидивирующая форма генитального герпеса

Характерным является вариабельность клинических симптомов заболевания (бессимптомное течение, легкие симптомы, значительная выраженность клинических проявлений заболевания: болезненные пузырьки, их слияние и изъязвление, тяжелые нарушения общего состояния). Наряду с везикулезными высыпаниями, могут наблюдаться клинические проявления полиморфной экссудативной эритемы с тяжелым течением. Общее число обострений может достигать до 6-8 раз в год.

Предрасполагающими факторами, которые приводят к рецидивам являются: нервные потрясения, стрессы, нарушения иммунного статуса, переутомления, менструации, сопутствующие заболевания и другие.

Бессимптомная форма генитального герпеса

Происходит реактивация вируса простого герпеса без клинических симптомов заболевания. Наблюдается у пациентов с иммунодефицитом или с неполным противогерпетическим иммунитетом. Представляет опасность в плане эпидемиологии, так как затрудняется своевременная диагностика и адекватная терапия заболевания.

Рядом авторов выделяются также следующие клинические формы генитального герпеса:

- ◆ Атипичные (абортивная, диссеминированная, отечная, мигрирующая, геморрагическая, зостериформная, некротическая, зудящая, буллезная, язвенно-некротическая, герпетиформная экзема Капоши).
- ◆ Малосимптомная (зуд, микротрещины).

У женщин поражаются кожа и слизистые оболочки больших и малых половых губ, вульва, клитор, влагалище, шейка матки, а также область промежности и прямой кишки, бедра и ягодицы. Могут развиваться герпетические вульвовагиниты, кольпиты, цервициты.

Клиническая картина характеризуется появлением на фоне гиперемии и отека кожи или слизистых одиночных или множественных пузырьков, которые затем вскрываются с образованием язв, покрытых желто-серым налетом. Пациентки предъявляют жалобы на зуд, жжение, болезненность и другие ощущения в области половых органов.

При цервицитах объективно определяется рыхлость шейки матки. Нередко развивается тяжелый некротический цервицит с обширным изъязвлением шейки матки.

Герпесвирусная инфекция может распространяться восходящим путем, вовлекая в патологический процесс матку, маточные трубы, яичники, уретру и мочевого пузыря.

Учитывая степень тяжести поражения и локализацию В.И.Козлова и А.Ф.Пухнер (1996) при герпетической инфекции выделяют 3 стадии:

- I — герпетическое поражение наружных половых органов;
- II — герпетические кольпиты, цервициты и уретриты;
- III — герпетические эндометриты, сальпингиты или циститы.

У мужчин герпетические высыпания довольно часто локализуются на половом члене, головке полового члена, внутреннем листке крайней плоти, в венечной борозде и уретре.

Могут наблюдаться следующие клинические проявления:

- ◆ Герпетический уретрит (гиперемия, отек губок наружного отверстия мочеиспускательного канала; серые, мутные выделения из уретры; субъективно — боли, жжение по ходу уретры, которые усиливаются при мочеиспускании; парестезии с иррадиацией в промежность, яичко, половой член, бедро и другие участки; длительное хроническое течение).
- ◆ Герпетический баланопостит (многочисленные везикулы с серозным содержимым, после вскрытия которых образуются красно-розового цвета эрозии; после заживления эрозий остаются пигментированные пятна; характерно длительное хроническое, рецидивирующее течение).
- ◆ Герпетический цистит (лихорадочное состояние, мутная моча, боли при мочеиспускании, гематурия и другие нарушения).
- ◆ Герпетический эпидидимит.

♦ Герпетический простатит.

Проведенные исследования показали, что в периоды рецидивов герпесвирусной инфекции в эякуляте происходит уменьшение количества сперматозоидов и в то же время увеличивается количество незрелых клеток, что указывает на инфицирование ВПГ клеток сперматогенного эпителия.

При этом ВПГ обнаруживается непосредственно в сперматозоидах или в незрелых клетках (предшественники сперматозоидов) более чем в 40% случаев, что необходимо учитывать при назначении терапевтических мероприятий таким пациентам, так как в дальнейшем возможно инфицирование плода, что может привести к тяжелым последствиям.

Доказана также роль сперматогенного эпителия и клеток предстательной железы в качестве резервуара сохранения вируса (как и нервные клетки сенсорных ганглиев).

Герпетический уретрит

Впервые заболевание было описано Н.С.Клотц в 1914 году и несмотря на значительную частоту генитального герпеса, встречается редко. Инкубационный период колеблется от 1 до 10 дней (в среднем 3-5 дней). Появляются скудные слизистые выделения из мочеиспускательного канала ("утренняя капля"), которые сопровождаются зудом, жжением, болезненностью, покалыванием по ходу уретры. У некоторых больных нарушается общее состояние (недомогание, лихорадка, головные и мышечные боли), увеличиваются паховые лимфатические узлы, нередко наблюдается лимфангоит.

Иногда, в патологический процесс вовлекается нервная система (поперечный миелит, поражения крестцовых корешков). При рецидивах заболевание протекает более легко.

Однако, при наличии сопутствующих инфекций, передающихся половым путем (трихомонады, хламидии, уреаплазма, микоплазмы, дрожжи и другие) клиническое течение герпетического уретрита становится более тяжелым и продолжительным.

Морфологические элементы сыпи представлены множественными пузырьками и мелкими эрозиями, которые в большинстве случаев локализуются в ладьевидной ямке, реже вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала или на половом члене.

Герпетический уретрит может способствовать ряду осложнений:

- ♦ распространение патологического процесса на заднюю часть уретры;
- ♦ цистит;
- ♦ эпидидимит;
- ♦ простатит.

У беременных женщин с ГВИ, особенно при первичных проявлениях болезни, может произойти инфицирование плода (задержка развития, патология беременности, аборт, преждевременные роды).

У новорожденных детей герпетическая инфекция может возникать на 2-3-й неделе жизни в виде локальных высыпаний (обычно это везикулезные высыпания на коже), распространенных форм, а также как латентная инфекция, проявляющаяся клинической симптоматикой в последующие периоды жизни ребенка.

Нередко заболевание протекает тяжело в виде генерализованного герпеса с клинической картиной сепсиса и гематогенной диссеминацией. Характерными являются острое начало в течение нескольких дней после рождения, нарушение общего состояния, повышение температуры тела до 40°C, лихорадка, диспепсические расстройства, анорексия, судороги, неврологические симптомы, поражение внутренних органов

Наиболее частыми клиническими симптомами у новорожденных являются поражения кожных покровов и слизистых оболочек полости рта, носоглотки, глаз, а также висцеральных органов (некротические изменения желудка, кишечника, печени, надпочечников и другие), центральной нервной системы (менингоэнцефалит). В большинстве случаев при генерализованном герпесе наблюдается летальный исход.

Чаще передача ВПГ ребенку происходит при родах во время прохождения через инфицированный родовой канал, внутриутробно или трансплацентарно, после родов, а также при тесном контакте с лицами, страдающими ГВИ-1 кожи, полости рта или губ.

Наибольшее число заболеваний у новорожденных регистрируются при первичной инфекции у матери на поздних сроках беременности, что может привести к молниеносной диссеминированной инфекции у новорожденного.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Инкубационный период составляет 3-10 дней после заражения.
- ◆ Субъективные ощущения (зуд, жжение, болезненность) предшествуют и сопровождают высыпания.
- ◆ Нередко общие симптомы (головные боли, недомогание, боли в мышцах и суставах, лихорадка, лимфаденит и другие).
- ◆ Кожные покровы и слизистые оболочки эритематозные и отечные.
- ◆ Пузырьки множественные (единичные), сгруппированные, болезненные, размером до 1-3 мм в диаметре.

- ◆ Содержимое пузырьков вначале прозрачное или серозное, затем мутнеет.
- ◆ Через 3-5 дней пузырьки подсыхают и покрываются желтыми корками или вскрываются с образованием мелких розово-красных эрозий с мелкофестончатыми краями и мягким основанием.
- ◆ Локализация у мужчин — половой член, головка полового члена, венечная борозда, внутренний листок крайней плоти, уретра.
- ◆ Выделения из уретры и болезненность при мочеиспускании у мужчин.
- ◆ Локализация у женщин — большие и малые половые губы, вульва, клитор, влагалище, шейка матки, область промежности и прямой кишки, бедра и ягодицы.
- ◆ Выделения из уретры, влагалища, болезненность при мочеиспускании.
- ◆ Рыхлость шейки матки и нередко тяжелый некротический цервицит с обширным изъязвлением шейки матки.
- ◆ Присоединение вторичной бактериальной инфекции.
- ◆ Рецидивирующее течение.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Травматические эрозии (порезы волосом)

Возникают в области наружных половых органов, в нижней части живота, на лобке, бедрах после бурных или насильственных половых сношений. Травматические эрозии имеют линейную или неправильную форму, гиперемизированные, отечные, мягкой консистенции, болезненные.

Характерным и типичным для них является быстрая эпителизация после назначения местных противовоспалительных дезинфицирующих растворов (примочки, влажно-высыхающие повязки).

Эрозивный баланит, баланопостит (balanitis, balanoposthitis erosiva)

В результате обработки прижигающими средствами (раствор йода, бриллиантовой зелени, фукарцин и другие) банальных ссадин и экскориаций с локализацией на коже головки полового члена, крайней плоти могут появляться отек, гиперемия кожи и слизистых оболочек, многочисленные, различной величины и формы болезненные эрозии. Они ярко-красного цвета и имеют склонность к слиянию.

После назначения примочек с противовоспалительными растворами, эрозии за короткий промежуток времени эпителизируются.

Сифилитический эрозивный твердый шанкр

Появляется в месте внедрения бледной трепонемы на коже, слизистых оболочках. Вначале возникает красноватое воспали-

тельное пятно, которое через 5-7 дней инфильтрируется и затем эрозируется. Образуется эрозия округлой или овальной формы, с четкими границами и блюдцеобразными краями, цвета "сырого мяса". Дно эрозии блестящее, как бы "лакированное".

При пальпаторном исследовании в основании эрозии определяется хрящевидной консистенции инфильтрат в виде пластинки (напоминает консистенцию ушной раковины), не выходящей за пределы эрозии. Отличительной особенностью является безболезненность.

Поверхность сифилитической эрозии через 3-5 дней может приобретать серый "сальный" вид, что зависит от коагуляции белков и поверхностного некроза элемента.

Обычно эрозивный твердый шанкр эпителизируется в течение 3-5 недель. Остается гиперпигментированное пятно, которое в последующем постепенно исчезает.

Серологические реакции крови: РВ (реакция Вассермана), РИФ (реакция иммунофлюоресценции), РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем) положительные. При микроскопическом исследовании отделяемого с поверхности эрозии обнаруживается бледная трепонема.

Трихомонадные эрозии

При осмотре у мужчин выявляется клиническая картина баланита или баланопостита. Отмечаются гиперемия, отек, неправильной формы ярко-красные эрозии с неровными очертаниями, гнойным налетом и мягкими, открытыми краями.

У женщин в области шейки матки, на больших и малых половых губах определяются болезненные, мягкие, эрозивно-язвенные очаги поражения, красно-розового цвета. На поверхности эрозий и язв отмечаются серо-желтого цвета гнойные налеты.

При микроскопическом исследовании патологического материала обнаруживаются трихомонады (*Trichomonas vaginalis*).

ПРОФИЛАКТИКА

- ◆ Закаливание организма.
- ◆ Общеукрепляющая терапия.
- ◆ Повышение иммунитета.
- ◆ В период острых проявлений заболевания до исчезновения клинических симптомов необходимо рекомендовать воздержаться от половой жизни или обязательное использование презерватива (устраняется риск передачи инфекции).
- ◆ Женщинам рекомендовано внутривлагалищное применение аппликаций контрацептивного геля с ноноксинол-9 и аппликации анти-ВПГ-2 моноклональных антител.
- ◆ Санация фокальной инфекции (кариозные зубы, хронический тонзиллит, гайморит, холецистит и другие).
- ◆ Лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, нервной и эндокринной системы.

ЦИТОМЕГАЛИЯ (cytomegalia) **(от греч. cytos - клетка, megas - большой)**

Цитомегаловирусная инфекция относится к распространенным заболеваниям и ряд авторов считает, что с цитомегалией встречались 80-90% населения всего мира. Согласно сведениям ВОЗ, антитела к цитомегалии определяются в различных регионах мира у 40-100% людей.

В последние годы в связи с внедрением современных лабораторных методов исследований были получены новые данные в изучении цитомегаловирусной инфекции, которая в настоящее время еще мало известна и поэтому часто не диагностируется.

Впервые в 1881 году заболевание описал Рибберт, а термин "цитомегалия" предложили в 1921 году E.W.Gooldpasture и F.B.Talbot, которые в легких, печени и почках умершего ребенка, болевшего пневмонией, нашли гигантские клетки с ядерными включениями. W.C.Giah и A.M.Pappenheimer в 1925 году описали генерализованную цитомегалию у взрослого (поражение почек, кишечника и других внутренних органов), указав при этом вирусную природу. У больных, страдающих цитомегаловирусной инфекцией, часто отмечалось поражение слюнных желез и в 1932 году было предложено название "вирусная болезнь слюнных желез". В 1947 году D.Cappel et al., предложили название "инклюзионная болезнь", а позднее в 1956 году M.Smith et al., первыми выделили вирус цитомегалии.

Цитомегаловирус способствует возникновению тяжелых системных болезней (генерализованная цитомегаловирусная инфекция, мононуклеоз), поражению центральной нервной системы, внутренних органов (легкие, печень, сердце, мочеполовые органы), а обладая цитопролиферативной активностью нередко вызывает местную гиперплазию лимфоидной ткани (аденоиды, миндалины).

Цитомегалия вызывает патологию у 1-3% новорожденных. В раннем детском возрасте может развиваться хроническая генерализованная цитомегаловирусная инфекция. В преобладающем большинстве случаев инфицирование цитомегаловирусом приводит к латентному течению инфекции (вирусоносительство), а клинические проявления, как правило, возникают при иммунодефицитных состояниях. В настоящее время цитомегалию относят к СПИД-маркерной инфекции, так как у 94-100% больных, страдающих СПИДом, определяют в сыворотке крови антитела к цитомегаловирусу.

Результаты проведенных многочисленных исследований указали на возможность поражения мочеполовой сферы.

Цитомегаловирус был обнаружен у мужчин в сперме, что не исключает возможности передачи вируса половым путем. Особенностью является способность вируса длительно сохраняться и репродуцировать в лейкоцитах внешне здоровых людей.

Доказана возможность реактивации латентной цитомегаловирусной инфекции в результате широкого применения врачами практического здравоохранения глюкокортикоидных гормонов и медикаментозных препаратов, которые обладают иммуносупрессивным действием.

ЭТИОЛОГИЯ

Цитомегаловирус относится к семейству *Herpetoviridae*, однако отличается от представителей этого семейства меньшей скоростью размножения, склонностью к персистенции в человеческом организме и вызывать значительное увеличение размеров клеток. В последние годы выделено несколько серотипов цитомегаловируса человека.

Согласно результатам проведенных исследований А.А.Авакяна, А.Ф.Быковского и других авторов цитомегаловирус состоит из вириона размером 120-300 нм, нуклеокапсида 100-110 нм, нуклеоида 60-75 нм. Оболочка вириона в диаметре составляет 5-10 нм, длина выступов оболочки вириона 8-10 нм, число капсомеров 162, размер капсомера 4 нм, плотность вириона 1,27. Вирион имеет в своем составе белок 70%, фосфолипиды 22%, углеводы 1,6%, ДНК 6,5%. При исследовании под микроскопом выявляются гигантские клетки до 25-40 мкм в диаметре с внутриядерными включениями и окруженные по периферии светлым ободком, напоминающие по внешнему виду "совиный глаз" (клетки специфичные для цитомегалии).

В лабораторных условиях цитомегаловирус ранее не удавалось культивировать, но после применения культуры клеток тканей человека (человеческие фибробласты), его впервые культивировали в 1956 году M.Smith, W.Rowe и соавт., в 1957 году T.Weller и соавт. Оптимальной температурой для сохранения цитомегаловируса является не минусовая, а температура +4°C (сохраняется в течение 3 месяцев), при температуре 22°C (до 2 недель), при 37°C инактивация наступает в течение 2 недель.

Цитомегаловирус чувствительный к эфиру, инактивируется при температуре +56°C, а после воздействия ультрафиолетового облучения полная инактивация его наступает через 7-10 минут.

ПАТОГЕНЕЗ

Попадая в человеческий организм, цитомегаловирус размножается в слюнных и других железах, Затем цитомегаловирус попадает в кровеносное русло и проникает в лимфоциты, где может сохраняться на протяжении всей жизни.

Вирус обладает лейкоцитотропизмом. Однако, следует отметить, что лейкоциты не инaktivируют вирус, а наоборот, являются клеточными элементами крови, в которых происходит размножение цитомегаловируса. Внутрилейкоцитарное расположение защищает вирус от воздействия антител периферической крови, способствует его репродукции в элементах белой крови и нахождению в человеческом организме в латентном состоянии. Находясь в лейкоцитах, цитомегаловирус циркулирует в крови, распространяется по всему организму и поражает различные органы и системы.

Реактивация цитомегаловируса с последующей генерализацией инфекции вплоть до развития сепсиса может возникнуть при различных иммунодефицитных состояниях (тяжелые хронические заболевания, назначение иммунодепрессивных препаратов при трансплантации органов, гемотрансфузии, лечение глюкокортикостероидными гормонами и цитостатиками, СПИД), а также после некоторых провоцирующих факторов (беременность, вакцинация, массивность инфицирования и др.)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заражение может происходить вследствие прямого или непрямого контакта. Источником цитомегаловирусной инфекции является больной человек или вирусоноситель, который выделяет вирусы через биологические жидкости (моча, слюна, кровь, мокрота, вагинальное отделяемое, слезы, грудное молоко, сперма, испражнения).

Установлен трансплацентарный путь передачи цитомегаловирусной инфекции (патология беременности, эмбриопатии и другие).

Ребенок может заразиться также во время родов, при прохождении через родовый канал матери, инфицированный цитомегаловирусом. Инфицированные дети могут выделять цитомегаловирус через слюну, мочу, загрязненные предметы обихода и представлять значительную опасность в эпидемиологическом плане для окружающих, которые могут заразиться воздушно-капельным и алиментарным путем.

Взрослые люди могут инфицироваться цитомегаловирусом через слезы, слюну больного, при гемотрансфузиях, при пересадке органов и тканей, а также не исключена возможность полового пути передачи.

КЛИНИКА

До настоящего времени цитомегаловирусная инфекция относилась к болезням новорожденных. Однако, в последние годы доказано, что вирус поражает и взрослых, у которых протекает как персистирующая инфекция с вовлечением в патологический процесс одного или нескольких органов.

У женщин цитомегаловирус находится в латентном состоянии, но во время беременности происходит его реактивация, а также повышается чувствительность организма женщин к экзогенной цитомегаловирусной инфекции. В результате могут возникать довольно серьезные осложнения (самопроизвольные аборты, токсикоз в первой половине беременности, преждевременные роды, периодические кровянистые выделения из влагалища, лимфоаденопатия, кожные высыпания и другие явления), инфицирование во время беременности детей.

При объективном исследовании у женщин на слизистой больших и малых половых губ выявляются мелкие плотные узелки до 1-2 мм в диаметре, которые чувствительны при пальпации. Слизистая влагалища гиперемированная, отечная, с налетами на поверхности бело-голубого цвета, которые легко снимаются шпателем. Наряду с этими изменениями отмечаются цервициты, эндоцервициты, эрозии шейки матки, аднекситы, а в клетках эндоцервикальных желез определяются характерные типичные клетки (гигантские клетки с внутриядерными включениями).

Следует отметить, что цитомегаловирусная инфекция не поражает один орган, а имеет тенденцию к генерализации с поражением многих органов и систем (желудочно-кишечный тракт, почки, лимфатические узлы). При генерализации цитомегаловирусной инфекции большинство пациентов предъявляют жалобы на общую слабость, недомогание, головные боли, утомляемость, слизистые выделения из носа и ротовой полости, налеты в области слизистой оболочки неба, десен, носоглотки, обильные слизистые бело-голубого цвета выделения из влагалища и прямой кишки, увеличение и болезненность при пальпации подчелюстных желез.

Некоторые авторы различают следующие формы цитомегалии: локализованная (цитомегаловирус обнаруживается в слюне) и генерализованная (цитомегаловирус обнаруживается в слюне и моче).

Однако, другие авторы считают правильным выделять врожденную и приобретенную формы.

По клиническому течению — латентная, субклиническая и хроническая формы.

Врожденная форма цитомегаловирусной инфекции

В основном болеют дети первого года жизни (внутриутробная инфекция). Обычно протекает бессимптомно, но в среднем у 5-10% детей в виде острой инфекции. При этом в патологический процесс вовлекаются внутренние органы, различные системы. Преимущественно поражаются центральная и периферическая нервная системы, а также макрофагальная система. Что приводит к летальному исходу в первые недели жизни ребенка. Чаще дети погибают от различных осложнений (вторичная пиококковая инфекция), которые приводят к усилению генерализации цитомегаловирусной инфекции. Как правило, клинические симптомы заболевания возникают в более поздние периоды жизни ребенка в результате обострения персистирующей инфекции. Внутриутробный путь передачи цитомегаловируса происходит на 3-5 месяце беременности. Дети рождаются недоношенные. Заболевание у них протекает крайне тяжело. Отмечаются гемолитическая желтуха, энцефалит, увеличение печени и селезенки, пневмония, геморрагический диатез, тромбоцитопения и другие нарушения. Поражаются глаза (неврит и атрофия зрительного нерва, хориоретинит, катаракта).

В поздних сроках жизни ребенка могут наблюдаться задержка умственного развития, отек слюнных желез, глухота, нефрит, увеличиваются лимфатические узлы, могут поражаться надпочечники и остальные железы внутренней секреции, желудочно-кишечный тракт и другие органы и системы организма.

Приобретенная форма цитомегаловирусной инфекции

Как правило, в патологический процесс не вовлекается центральная нервная система. Для клинической картины характерны следующие проявления: увеличение лимфатических узлов, лихорадочное состояние, увеличение печени и селезенки, желтуха, гастрит, энтерит, боли в мышцах. Ранним симптомом является поражение органов дыхания (одышка, сухой кашель, хрипы, пневмония с длительным течением).

Следует отметить, что клинические проявления цитомегаловирусной инфекции не имеют специфичности какой-либо нозологической формы, а проявляются в различных вариантах и могут напоминать ряд заболеваний: инфекционный мононуклеоз, лейкоз, сепсис, СПИД и другие.

У детей, перенесших острую цитомегаловирусную инфекцию, может возникнуть хроническая форма заболевания и последующее развитие хронического гепатита с исходом в цирроз печени, хронической пневмонии с трансформацией в пневмосклероз.

Клиническая картина цитомегаловирусной инфекции у детей старшего возраста, а также у взрослых может проявляться увеличением шейных лимфатических узлов, печени, селезенки, воспалительными явлениями в области зева, появлением в периферической крови атипичных мононуклеаров, что в конечном итоге затрудняет дифференциальную диагностику с инфекционным мононуклеозом.

Не исключена возможность развития при цитомегаловирусной инфекции сепсиса, для которого характерным является крайне тяжелые клинические проявления, лихорадка, вовлечение в патологический процесс многих органов и систем человеческого организма.

При поражении глаз у взрослых могут развиваться кератит, некротический ретинит, увеит, отслойка сетчатки, катаракта, иридоциклит.

В литературе описаны случаи наблюдений наличия неопластических процессов у больных страдающих цитомегаловирусной инфекцией, что указывает на возможное участие цитомегаловируса в опухолевых процессах.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Преимущественно латентное течение.
- ◆ Во время беременности реактивация и повышение чувствительности к экзогенной цитомегаловирусной инфекции.
- ◆ Осложнения (самопроизвольные аборты, токсикоз в первой половине беременности, преждевременные роды, кровавистые выделения из влагалища, лимфоаденопатия, кожные высыпания и другие явления).
- ◆ В клетках эндоцервикальных желез обнаруживаются типичные клетки (гигантские клетки с внутриядерными включениями).
- ◆ Склонность к генерализации с поражением многих органов.
- ◆ У взрослых как персистирующая инфекция с поражением одного или нескольких органов.
- ◆ При генерализации пациенты предъявляют жалобы на нарушения общего состояния, слизистые выделения из носа и ротовой полости, налеты на небе, деснах, носоглотке, обильные слизистые бело-голубого цвета выделения из влагалища и прямой кишки, увеличение и болезненность при пальпации подчелюстных желез.
- ◆ Объективно: на больших и малых половых губах — мелкие плотные узелки до 1-2 мм в диаметре, чувствительные при пальпации. Слизистая влагалища гиперемированная, отечная, с налетами на поверхности бело-голубого цвета, которые легко снимаются шпательем.
- ◆ Диагностируются эндоцервициты и аднекситы.

ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ герпес опоясывающий (herpes zoster, zona)

Опоясывающий лишай описан в литературе недавно, так как ветряная оспа была известна давно и смешивалась с оспой.

Vogel в 1772 году выделил ветряную оспу в самостоятельное заболевание (термин "varicella"), инфекционная природа которого была установлена в 1875 году, а опоясывающего лишая в 1925 году.

Lipschutz в 1920 году выявил включения ("тельца зостера") в эпителиальных и соединительно-тканых клетках опоясывающего лишая (результат влияния вируса на клетки), а Blank, Coriell, McNair-Scott провели культивирование вируса опоясывающего лишая на человеческой коже, пересаженной на желточный мешок куриного эмбриона.

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Возбудителем заболевания является вирус, который вызывает различные по клинической картине заболевания – ветряную оспу и опоясывающий лишай (virus varicella zoster, сокращенно – V-Z).

Вирус состоит из нуклеотида диаметром 30-50 нм с овальной мембраной. Зрелые частицы вируса, расположенные в цитоплазме клетки и вне ее, имеют 2-3 мембраны с диаметром 150-200 нм.

Вирус удается культивировать в культуре эмбриональных клеток морских свинок. Оптимальной для репродукции вируса является температура +37°C. Вирус теряет свою инфекционность при температуре + 60°C в течение 30 минут.

Вирус после перенесенной в детстве ветряной оспы в латентном состоянии находится в сателлитных клетках, которые окружают нейроны. Реактивация вируса происходит вследствие нарушения некоторых звеньев клеточного иммунитета

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Опоясывающий лишай преимущественно возникает у взрослых людей. Чаще болеют лица пожилого возраста (старше 50-55 лет), которые страдают тяжелыми хроническими сопутствующими заболеваниями (болезни крови, органов кроветворения, злокачественные новообразования, ВИЧ-инфицированные), а также пациенты, принимающие препараты с иммуносупрессивным действием (глюкокортикостероидные гормоны, цитостатические препараты и другие). Нередко

наблюдаются случаи одновременного заболевания ветряной оспой и опоясывающим лишаем.

Инфицирование может происходить воздушно-капельным и контактными путями, а также трансплацентарно.

Развитие заболевания у женщин до родов или во время беременности может привести к патологии беременности, внутриутробному заражению плода и даже не исключена возможность гибели плода или новорожденного.

Дети грудного возраста болеют редко, и как правило, опоясывающий лишай протекает у них легко. Однако, нередко наблюдаются тяжелые генерализованные формы заболевания с менингеальными нарушениями, что отмечается в том случае, когда мать не болела до родов ветряной оспой и опоясывающим лишаем и не произошла передача антител через плаценту.

Следует также отметить, что тесный бытовой контакт здоровых детей с пациентами, страдающими опоясывающим лишаем, может привести к эпидемической вспышке ветряной оспы в детском коллективе.

КЛИНИКА

Характерным является острое начало заболевания (общее недомогание, повышение температуры тела и предшествующие появлению высыпаний невралгические боли различной интенсивности). Затем, чаще по ходу ветвей пораженного чувствительного нерва, на фоне отечной, гиперемированной кожи возникают узелки, которые через 3-4 дня трансформируются в напряженные пузырьки с толстой плотной крышкой. Серозное содержимое везикул мутнеет в среднем через 3-4 дня. На 5-7 дни пузырьки ссыхаются в желтовато-коричневые корки. Через 7-10 дней корки отпадают и остается временная пигментация или депигментация.

Типичными являются одностороннее расположение высыпаний по ходу ветвей пораженного чувствительного нерва в виде отдельных очагов, между которыми имеются участки здоровой кожи и интенсивные болезненные ощущения, которые могут быть локализованными или распространенными. Иногда неожиданно может появиться резкая жгучая или тупая боль, которая по длительности и характеру бывает различной. В большинстве случаев болевые ощущения у пациентов сохраняются довольно продолжительное время и даже после клинического разрешения кожных высыпаний.

Регионарные лимфатические узлы болезненные, увеличенные.

Наиболее часто патологический процесс локализуется на лице в области лба, головы, глаз, затылка, на шее, плечах, груди, спине, животе, бедрах и ягодицах.

После перенесенного заболевания остается иммунитет. Как правило, рецидивов не наблюдается.

Согласно медицинским статистическим данным, наиболее часто заболеваемость опоясывающим лишаем регистрируется в осенний и весенний периоды времени года.

При легких формах болезни узелки могут не трансформироваться в пузырьки, а при тяжелых формах везикулы превращаются в пустулы, которые имеют тенденцию к изъязвлению. Заболевание приобретает тяжелое затяжное течение (1-1,5 месяца).

В случае развития ганглионитов грудных и поясничных узлов, в патологический процесс могут вовлекаться пограничные симпатические узлы и чревные нервы, солнечное сплетение и возникают нарушения желудочно-кишечного тракта, задержка мочеиспускания и другие расстройства органов и систем человеческого организма.

При опоясывающем лишае высыпания преимущественно локализуются на голове, в области лица (лоб, периорбитальная область), затылка, шеи, на туловище (грудь, спина, плечи, живот), на бедрах, ягодицах (*herpes zoster capillitis, facialis, frontalis, ophthalmicus, thoracalis, abdominalis, femoralis et al.*).

Различают следующие клинические разновидности опоясывающего лишая:

◆ *Идиопатический, спонтанный опоясывающий лишай*

Возникновение заболевания возникает в человеческом организме в результате реактивации вируса (*virus zoster*), но при этом причина остается неизвестной.

◆ *Симптоматический опоясывающий лишай*

Опоясывающий лишай проявляется под влиянием различных неблагоприятных факторов: инфекционные болезни (грипп, рожа, острые респираторные вирусные заболевания, туберкулез, малярия и другие), травмы, интоксикации, переохлаждения, хронические соматические заболевания (сахарный диабет, подагра, мочекаменная болезнь, болезни кроветворной системы), фокальная инфекция (гайморит, тонзиллит, кариес, хронический холецистит, аднексит и другие).

При опоясывающем лишае довольно часто возникают крайне тяжелые осложнения со стороны нервной системы и других органов (невралгии, менингоэнцефалит, поражения глаз и другие).

Нередко встречаются **атипичные формы** опоясывающего лишая.

Абортивный опоясывающий лишай
(*herpes zoster abortivus*)

В пораженных участках кожи появляются гиперемия, отечность, отдельные узелки размером 1-3 мм в диаметре.

В большинстве случаев при этой клинической форме заболевания субъективные ощущения выражены незначительно.

Пузырный опоясывающий лишай
(*herpes zoster bullosus*)

Одновременно с возникшими по ходу нервных пучков и сплетений обычными сгруппированными пузырьками, образуются крупные пузыри с плотной крышкой и серозным содержимым.

В некоторых случаях пузыри нередко достигают больших размеров, до голубино-го яйца и более.

Геморрагический опоясывающий лишай
(*herpes zoster haemorrhagicus*)

Образуются везикулезные высыпания размером от 1-3 до 3-5 мм в диаметре с плотной крышкой с серозным содержимым. В среднем через 3-5 дней содержимое становится геморрагическим красно-коричневого цвета.

Язвенный опоясывающий лишай

После появления пузырьков высыпаний, они изъязвляются. Затем образуются язвенные дефекты.

Впоследствии поверхность язв покрывается толстыми плотными корками бурого или желто-коричневого цвета.

Течение заболевания длительное тяжелое.

Гангренозный или некротический опоясывающий лишай
(*herpes zoster gangraenosus, necroticans*)

Возникают пузырьки с серозным содержимым, пустулы. После их вскрытия образуются мелкие по величине, но резко болезненные язвы, расположенные группами, которые разделены участками здоровой кожи. Затем они сливаются и образуются глубокие язвы с гангренозным распадом на поверхности и мелкофестончатыми очертаниями. После заживления остаются депигментированные рубцы, которые располагаются группами.

Характерным признаком является: продолжительное и тяжелое течение (2-3 месяца и более), а также сильные боли и длительное выздоровление.

Генерализованный или диссеминированный опоясывающий лишай
(*herpes zoster generalisatus seu disseminatus*)

Преимущественно болеют пожилые люди, страдающие тяжелыми соматическими заболеваниями (сахарный диабет,

лимфогранулематоз, артериосклероз и другие). На различных участках кожного покрова и слизистых оболочек появляются элементы сыпи (везикулезные, буллезные, варицеллоподобные) с пупковидным вдавлением, которые как правило не сопровождаются субъективными ощущениями и напоминают элементы ветряной оспы. В среднем через 1-2 недели высыпания регрессирует.

Нарушается общее состояние (лихорадка, недомогание, слабость).

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Характерно острое начало заболевания (общее недомогание, повышение температуры тела, слабость, потеря работоспособности).
- ◆ Появлению высыпаний предшествуют невралгические боли различного характера и интенсивности.
- ◆ Вначале возникают узелки, которые чаще располагаются по ходу ветвей пораженного нервного пучка или сплетений.
- ◆ Через 3-5 дней папулы трансформируются в напряженные пузырьки с толстой плотной крышкой и серозным содержимым, которое мутнеет через 3-4 дня.
- ◆ В очагах поражений кожа отечная, гиперемированная.
- ◆ На 5-7 дни пузырьки (пустулы) ссыхаются в желтовато-коричневые корки.
- ◆ Типичным является одностороннее расположение высыпаний по ходу нервов в виде отдельных очагов, между которыми имеются участки здоровой кожи.
- ◆ После разрешения высыпаний остается временная пигментация или депигментация.
- ◆ Регионарные лимфатические узлы болезненные, увеличенные.
- ◆ Высыпания преимущественно локализуются на лице (область лба, головы, глаз, затылка), на шее, плечах, груди, животе, бедрах и ягодицах.
- ◆ После перенесенного заболевания остается иммунитет.
- ◆ Как правило, рецидивов не наблюдается.
- ◆ Наиболее часто возникает в осенний и весенний периоды времени года.
- ◆ При развитии ганглионитов грудных и поясничных узлов, поражаются пограничные симпатические узлы и чревные нервы, солнечное сплетение (нарушения желудочно-кишечного тракта, задержка мочеиспускания и другие расстройства органов и систем).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Вульгарная пузырчатка (pemphigus vulgaris)

Первично поражается слизистая оболочка полости рта и красной каймы губ. Затем через 1-9 месяцев и более в патологический процесс вовлекаются кожные покровы. Появляются мелкие или крупные пузыри с дряблой покрывкой. Пузыри быстро вскрываются и образуются ярко-красного цвета, мокнущие эрозии с сероватым налетом на поверхности.

Симптом Н.В.Никольского положительный.

При микроскопическом исследовании в мазках-отпечатках со дна эрозий обнаруживаются клетки Тцанка.

Без лечения течение заболевания имеет прогрессирующий характер. Происходит генерализация высыпаний. У пациентов нарушается общее состояние. Возникают желудочно-кишечные и нервные расстройства.

Потеря белка (плазморея) и интоксикация приводят к кахексии, а последняя к смерти пациентов.

Истинная (идиопатическая) экзема

На фоне яркой гиперемии и отека кожи, которые сопровождаются зудом, жжением, внезапно появляются мелкие пузырьки, экссудативные папулы, пустулы. Микровезикулы быстро вскрываются и образуются точечные мокнущие эрозии, отделяющие прозрачный экссудат, которые позднее подсыхают. Поверхность эрозий покрывается желтыми корками, чешуйками. Другие пузырьки ссыхаются в корки, которые в последующем опадают и остаются розовые пятна с шелушением. Появляются новые микровезикулы.

Наблюдается полиморфизм высыпаний (истинный и ложный). Характерным является чередование пораженных участков кожи с здоровыми ("архипелаг островов").

Больные предъявляют жалобы на зуд различной интенсивности, который приводит к невротическим расстройствам, нарушению сна, потере работоспособности.

После разрешения воспалительного процесса остаются шелушение, вторичные гипер-депигментированные пятна, которые затем бесследно исчезают.

Типичными являются распространение воспалительного процесса, нечеткие границы, симметричное расположение и частые рецидивы.

Герпетиформный дерматит Дюринга

Типичным является появление высыпаний вспышками, ограниченными по времени, группировка, полиморфизм, длительная пигментация, зуд, жжение при общем удовлетворительном состоянии. Рецидивы возникают весной и осенью. Чаще болеют женщины.

На конечностях, пояснице, груди и других участках тела появляются симметричные, уртикарные, эритематозные бляшки в

виде фигур, гирлянд, корки (засохшие пузырьки), а также напряженные, герпетиформно расположенные на эритематозном фоне сливающиеся пузыри, пузырьки с прозрачным или желтым содержимым. После вскрытия пузырей образуются мокнущие, быстро эпителизирующиеся эрозии. Они покрываются корками, после отторжения которых остается гиперпигментация. Реже возникают папулы, экскориации. Иногда на ладонях, подошвах отмечается кератодермия.

Субъективно пациентов беспокоит зуд, жжение и другие ощущения, которые сильнее выражены ночью и предшествуют появлению высыпаний за несколько часов или месяцев. У 1/3 пациентов поражается слизистая оболочка полости рта.

Характерным является эозинофилия в крови (10–85%). Однако, она непостоянная, сочетается с умеренным лейкоцитозом и варьирует у разных больных, а также у одного и того же больного в разных пузырях. У 1/3 больных эозинофилия отсутствует.

С целью подтверждения диагноза проводится проба Ядассона — на кожу накладывается в виде компресса на 24 часа мазь с 50% калия йодидом. Если реакция отрицательная (отсутствие пузырьков, пузырей, зуда), проба также повторяется через 48 часов на гиперпигментированном участке (места высыпаний). При отсутствии положительной реакции внутрь назначается 2-3 столовые ложки калия йодида (интенсивность реакции зависит от реактивности организма).

Везикулезный (герпетиформный) сифилид (syphilis vesiculosa, herpes suphiliticus)

Тяжелая форма вторичного периода сифилиса. Может встречаться как при вторичном свежем, так и при вторичном рецидивном сифилисе. Не исключена возможность сочетания с папулами, широкими кондиломами и бугорковыми высыпаниями третичного периода сифилиса.

Возникновение везикулезного сифилиса наблюдается у людей с пониженной реактивностью после перенесенных или сопутствующих тяжелых хронических заболеваний (болезнь Боткина, туберкулез, малярия, хронические интоксикации и другие).

На туловище, конечностях, в области лица появляются округлой формы, красноватые бляшки (слившиеся папулезные элементы) размером до 10-20 мм в диаметре, на поверхности которых отмечаются мелкие сгруппированные пузырьки с прозрачным, серозным содержимым. Через несколько часов пузырьки вскрываются и образуются мелкие эрозии, которые покрываются слоистыми корками (результат последовательного подсыхания просачивающейся жидкости). Корки отпадают и остаются мелкие пигментные пятна и рубчики.

Серологические реакции крови: РВ (реакция Вассермана), РИФ (реакция иммунофлюоресценции), РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем) положительные.

ВАКЦИНАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ (*morbis vaccinia*)

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Заболевание преимущественно возникает в грудном возрасте после проведения вакцинации детей, страдающих хроническими дерматозами (детская экзема, атопический дерматит, гнойничковые заболевания и другие) в результате аутоинокуляции.

Причиной является *Vaccinia*-вирус. Высыпания появляются в месте введения вакцины и на отдаленных участках кожного покрова, так как генерализация вируса после заражения происходит лимфогенным или гематогенным путем.

Принимая во внимание количество высыпаний, характер и место расположения морфологических элементов, различают локализованные (местные) и генерализованные (распространенные) вакцинные сыпи.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

После проведения вакцинации в среднем через 3-5 часов у пациентов наблюдаются расстройства общего состояния (слабость, боли в суставах и мышцах, повышение температуры тела до 38-39°C, головные боли). На коже вблизи места вакцинации или на отдаленных участках появляются обильные разнообразные морфологические элементы сыпи (пятнистые, узелковые, уртикарные, эритематозные, пузырьковые, пустулезные, буллезные, геморрагические и другие). Нередко отмечается возникновение узловатых образований красного цвета с корками на поверхности ("паравакцина").

Учитывая пути инфицирования, выделяется ряд клинических форм болезни.

Vaccinia autoinoculata

Развивается вследствие аутоинокуляции гнойным содержимым вакцинальных высыпаний на коже при нарушениях целостности кожного покрова (расчесы, царапины). На этих участках образуются пузырьки и гнойнички с западением в центральной части.

Vaccinia generalisata

В результате распространения гематогенным путем быстро развивается вакцинальный сепсис. Заражение происходит при аутоинокуляции или вследствие общего инфицирования вирусом коровьей оспы. Общее состояние пациентов крайне тяжелое. Кожные высыпания имеют различный клинический

характер (эритема, волдыри, геморрагические пятна и другие). Они диссеминированные и имеют тенденцию к изъязвлению.

Vaccinia inoculata

Болеют дети с хроническими дерматозами, которые инфицировались в результате тесного бытового контакта от привитых детей. На различных участках кожного покрова образуются специфические везикуло-пустулы.

ВАКЦИННАЯ ЭКЗЕМА (ВАКЦИНИЯ) eczema vacciniatum

Заражение происходит vaccinia-вирусом детей, страдающих экземой, атопическим дерматитом, нейродерматозами после проведения вакцинации (оспопрививка). Однако, не исключена возможность инфицирования детей после контакта с недавно вакцинированными детьми. Следует также отметить, что заражение детей может произойти внутриутробно (через околоплодные воды) или вследствие проведения медицинских манипуляций.

После инкубационного периода, который длится от 5-7 дней до 2-3 недель, вблизи места проведенной прививки появляются рассеянные, асимметричные оспенopodobные везикуло-пустулы, размером 3-5 мм в диаметре, с пупковидным вдавлением в центральной части.

Патологический процесс может приобретать диссеминированный характер и локализоваться на более отдаленных участках кожного покрова, на слизистых оболочках ротовой полости и наружных половых органов, а также конъюнктивы глаз.

ВАКЦИНАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ И ВАКЦИНАЛЬНАЯ ЭМБРИОПАТИЯ

В большинстве случаев Vaccinia — вирусом инфицируются в среднем через 3-5 недель после рождения недоношенные дети, которые недостаточно устойчивые к заражению.

На кожных покровах и слизистых оболочках появляется обильная везикуло-пустулезная оспенopodobная сыпь. У недоношенных детей, вследствие слабо развитой иммунной системы, развивается вакцинальный сепсис, который довольно часто заканчивается летальным исходом.

Не исключена возможность внутриутробного инфицирования ребенка, а также при манипуляциях медицинскими работниками, страдающими вирусной инфекцией.

ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ЭКЗЕМА КАПОШИ **варицеллеформный пустулез Юлиусберга-Капоши** **(Kaposi's varicelliform eruption)**

Впервые клинические проявления дерматоза были описаны Kaposi в 1893 году под названием *eczema herpetiforme*, который предположил грибковую этиологию заболевания.

В 1897 году Hallopeau описал это заболевание под названием *dermatite vacciniiforme infantile*, Fournier под названием *herpes vacciniiforme*, а Juliusberg в 1944 году предложил название варицеллиформный острый пустулез (*pustulosis varioliformis acuta*).

В результате проведенных рядом авторов исследований (Витко А.А., 1970; Штейнлухт Л.А. и Зверькова Ф.А., 1979) было доказано, что герпетиформная экзема Капоши вызывается вирусом простого герпеса.

Согласно наблюдениям ряда авторов, герпесвирусная инфекция довольно часто осложняет клинические проявления экземы, нейродермита и других дерматозов у детей любого возраста, а при возникновении в детских лечебных клиниках может приобретать характер эпидемии.

При этом патологический процесс, как правило, локализуется на местах поражений основного заболевания и носит хронический рецидивирующий характер.

КЛИНИКА

В среднем через 7-14 дней у детей, страдающих экземой, возникают общая слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39-40°C, явления интоксикации. Затем на фоне эритематозной и отечной кожи, вокруг экзематозных очагов, чаще на коже волосистой части головы, на лице, ушных раковинах, верхних и нижних конечностях появляются высыпания.

Сыпь представлена многочисленными, многокамерными, размером от 1-3 до 5 мм в диаметре, сгруппированными везикуло-пустулезными элементами и одновременно оспенopodobными везикуло-пустулами с плотной покрывкой и пупковидным западением в центральной части. По своему внешнему виду они напоминают морфологические элементы сыпи при оспе и ветряной оспе.

На слизистой оболочке полости рта может развиваться афтозный стоматит (болезненные эрозии и язвы, повышенная саливация).

При генерализованном характере патологического процесса везикулы располагаются и на здоровых участках кожного покрова.

Позднее пузырьки вскрываются и покрываются корками.

После регресса кожных высыпаний могут оставаться пигментация и поверхностные рубцы.

Нередко отмечается крайне тяжелое течение заболевания. Могут развиваться симптомы менингита, расстройства желудочно-кишечного тракта, отита, пневмонии, абсцессы.

Возникают сильный отек кожи лица и поражение со стороны глаз (кератоконъюнктивит). Увеличиваются периферические лимфатические узлы. Они становятся болезненными. Нарастают явления интоксикации, которые в конечном итоге могут привести к летальному исходу.

В литературе описаны также случаи заболевания взрослых людей (Fruhwald 1934 и др.).

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Болеют дети, страдающие экземой.
- ◆ Инкубационный период составляет 7-14 дней.
- ◆ Нарушается общее состояние (повышение температуры тела до 39-40°C, слабость, недомогание, явления интоксикации).
- ◆ Высыпания в основном располагаются вокруг экзематозных очагов, с преимущественной локализацией на волосистой части головы, на лице, ушных раковинах, верхних и нижних конечностях.
- ◆ Высыпания представлены многочисленными, многокамерными, везикуло-пустулезными и оспенopodobными элементами с плотной покрывкой и вдавлением в центральной части, размером 1-5 мм в диаметре (напоминают сыпь при оспе и ветряной оспе).
- ◆ На слизистой полости рта может развиваться афтозный стоматит (болезненные эрозии и язвы).
- ◆ При генерализованном характере патологического процесса везикулы располагаются и на здоровых участках кожи.
- ◆ Пузырьки вскрываются с образованием розово-красного цвета эрозий, которые позднее покрываются корками.
- ◆ После регресса могут оставаться пигментация и поверхностные рубцы.
- ◆ При тяжелом течении развиваются сильный отек лица, поражение глаз (кератоконъюнктивит), периферический лимфаденит, интоксикация, что может привести к летальному исходу.
- ◆ Не исключена возможность заболевания взрослых людей.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Вакцинная экзема

Через 1-3 недели вблизи места сделанной прививки появляются рассеянные, асимметрично расположенные, оспенopodobные везикуло-пустулы, размером 3-5 мм в диаметре. В центральной части везикуло-пустулы отмечается пупковидное углубление.

Патологический процесс может распространяться на более отдаленные участки кожного покрова, на слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктиву глаз и половые органы.

Как правило, в большинстве случаев общее состояние пациентов практически не нарушается.

Ветряная оспа, ветрянка (varicella)

Заболевание начинается после предшествующих высыпаниям продромальных явлений (недомогание, головная боль, вялость, снижение аппетита, иногда насморк, кашель).

Преимущественно на волосистой части головы, туловище, реже в паховых и подмышечных областях появляются круглой или овальной формы, розово-красного цвета пятна размером 2-4 мм в диаметре (от единичных до нескольких сотен). Затем пятна трансформируются в папулы. Часть узелков превращается в однокамерные везикулы с прозрачным содержимым, которые впоследствии подсыхают. Образуются желтые, коричневые корки.

В результате присоединения вторичной пиококковой инфекции везикулы могут превращаться в пустулы, с последующим западением в центральной части и образованием оспины.

Субъективно пациенты отмечают чувство зуда.

ПРОФИЛАКТИКА

- ◆ В течение 3-4 недель запретить контакт детей с лицами, заболевшими простым пузырьковым лишаем.

БОРОДАВКИ (verrucae)

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Все разновидности бородавок вызываются идентичным фильтрующимся вирусом и его разновидностями, некоторыми типами папилломатозного вируса человека. В 1896 году Yadasohn отметил инфекционный характер бородавок, а в 1921 году Kingeri, Wille доказали, что бородавки вызываются вирусом.

Возбудителем является папилломатозный вирус человека (ВПЧ), который относится к подгруппе А семейства Papovaviridae. Известно более 70 типов папилломатозного вируса человека (HPV). С заболеваниями мочеполовой сферы связаны определенные типы: разновидности низкого онкогенного риска (ВПЧ-6, ВПЧ-11), среднего (ВПЧ-31, ВПЧ-33, ВПЧ-35) и высокого (ВПЧ-16, ВПЧ-18).

Типичным и характерным признаком для данной вирусной инфекции является поражение лиц в молодом возрасте.

Некоторые авторы рассматривают вирус папилломы человека как этиологический фактор в развитии рака шейки матки, вульвы и влагалища у женщин и злокачественных новообразований мочеполовых органов у мужчин.

В настоящее время у детей возросла частота заболеваемости такими болезнями, как папилломатоз гортани, бронхов, трахеи, что может быть связано с инфицированием новорожденных при прохождении через родовые пути матери, инфицированных ВПЧ.

В литературе выделяются также некоторые неблагоприятные факторы, которые способствуют возникновению или рецидивированию заболевания ВПЧ (иммунодефицитные состояния, переохлаждение или перегревание, хронические сопутствующие заболевания, гормональные расстройства и другие).

Папилломатозный вирус человека относится к карิโอ-тропным ДНК-вирусам. В месте проникновения ВПЧ развивается эпителиальная гиперплазия с вовлечением в процесс сосочкового слоя собственно дермы (папилломатоз).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Инфицирование ВПЧ может происходить половым путем, бытовым (предметы домашнего обихода), при медицинских исследованиях через загрязненный медицинский инструментарий при несоблюдении правил дезинфекции, при прохожде-

нии новорожденных через инфицированные вирусом родовые пути матери.

Бородавки подразделяются на:

- ◆ обыкновенные (простые);
- ◆ плоские (юношеские);
- ◆ подошвенные;
- ◆ остроконечные кондиломы.

Болеют люди любого возраста, но более часто первыми двумя видами дети и юноши в возрасте до 15 лет.

Инфицированию способствуют нарушения целостности кожного покрова и слизистых оболочек (порезы, микротравмы, расчесы, ссадины, мацерация).

В одной семье могут болеть несколько детей. Реже болеют взрослые. В некоторых случаях наблюдаются массовые заболевания бородавками в детских коллективах, среди учащихся.

ОБЫКНОВЕННЫЕ БОРОДАВКИ (verrucae vulgares)

Локализуются бородавки чаще на тыльной поверхности кистей и пальцев рук, реже — на лице, ладонях, предплечьях, волосистой части головы, подошвах и других участках тела. Отмечаются плоские, плотные, слегка возвышающиеся над поверхностью кожи узелки (папилломатозные разрастания). Цвет бородавок может быть розоватый, желтоватый, светло-коричневый или цвета нормальной кожи, с буроватым оттенком. Затем постепенно их форма становится круглой, окраска более темной и даже черноватой. При визуальном осмотре поверхность бородавок неровная, зернистая, покрытая сосочками, гиперкератотическими разрастаниями. Постепенно узелки увеличиваются в размерах и достигают величин до 3-5 мм и более в диаметре. Воспалительные явления в области бородавок и субъективные ощущения отсутствуют.

Бородавки имеют склонность к слиянию. В этом случае образуются крупные опухолевидные бугристые образования. Количество бородавок может быть от единичных до сотен, но чаще наблюдается несколько узелков, причем одна папула большего размера ("материнская"), которая появляется первоначально.

Бородавки могут принимать нитевидную форму (*verrucae filiformes*) и в этом случае их называют папилломами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Преимущественная локализация — тыльная поверхность кистей и пальцев рук, реже — лицо, ладони, предплечья, волосистая часть головы, подошвы и другие участки тела.
- ◆ Узелки округлые, плоские, плотные.
- ◆ Цвет папул розоватый, желтоватый, светло-коричневый, с буроватым оттенком или цвет нормальной кожи.
- ◆ Возвышаются над поверхностью кожи.
- ◆ Поверхность неровная, зернистая, ворсинчатая, покрыта сосочками, гиперкератотическими разрастаниями.
- ◆ Имеется склонность к увеличению в размерах и слиянию (крупные опухолевидные бугристые образования).
- ◆ Количество от единиц до сотен.
- ◆ Чаще несколько папул (одна большего размера "материнская", которая появляется первоначально) и рядом мелкие "дочерние".
- ◆ Воспалительные явления и субъективные ощущения отсутствуют.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Псориаз, чешуйчатый лишай (psoriasis vulgaris)

Преимущественная локализация папулезных высыпаний на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, волосистой части головы. Характерным является хроническое течение с частыми рецидивами. Папулы розового цвета. Имеют тенденцию к росту и слиянию с последующим образованием бляшек. На их поверхности отмечаются обильные, серебристо-белые чешуйки, трещины. При поскабливании поверхности папул выявляется характерная для псориаза триада симптомов: "стеариновое пятно", "терминальная пленка", "кровавая роса".

В прогрессирующей стадии заболевания на местах травматизации кожи (расчесы, эскориации, рубец после оперативного вмешательства и другие) появляются новые папулезные высыпания красно-розового цвета (симптом Кебнера, "изоморфная реакция"). Нередко поражаются ногтевые пластинки, на поверхности которых отмечаются множественные точечные вдавления (симптом "наперстка"). Могут также наблюдаться помутнение ногтевых пластинок или появление продольных и поперечных борозд.

Красный плоский лишай (lichen ruber planus)

Для заболевания типичным является хроническое течение. Излюбленной локализацией высыпаний являются сгибательные поверхности верхних конечностей, передняя поверхность голеней, туловище, слизистые оболочки полости рта, область наружных половых органов.

Папулы синюшно-красные с фиолетовым оттенком и восковидным блеском, плотные, плоские, полигональные, размером 3-5 мм в диаметре. В центральной их части отмечается пупковидное вдавление.

При смазывании поверхности папул водой или растительным маслом четко определяется поперечная исчерченность, которая напоминает сетку (симптом Уикхема), что происходит в результате неравномерного разрастания клеток зернистого слоя эпидермиса.

Пациентов беспокоит сильный зуд.

Фолликулярный дискератоз Дарье **(*diskeratosis follicularis Darier*)**

Высыпания носят распространенный характер и представлены множественными плоскими фолликулярными узелками красно-серого или бурого цвета. На поверхности папул выявляются чешуйки или чешуйко-корки. Узелки имеют тенденцию к слиянию. Образуются бляшки, на поверхности которых могут наблюдаться пузырьки, пузыри, трещины, вегетации.

Сыпь преимущественно локализуется на лице, волосистой части головы, груди, в межлопаточной области, на тыле кистей. У пациентов может наблюдаться ладонно-подошвенный гиперкератоз, ониходистрофии. Нередко — снижение интеллекта.

Заболевание генетически детерминированное, наследуемое по аутосомно-доминантному типу. Чаще возникает в детском или юношеском возрасте.

Бородавчатый туберкулез кожи (трупный бугорок) ***tuberculosis cutis verrucosa (verruca necrogenica)***

Преимущественно болеют взрослые мужчины.

Высыпания преимущественно локализируются на тыльной поверхности кистей и пальцев рук, реже на нижних конечностях. Появляется плоский, плотный, красно-синий (красно-коричневый) узелок, размером 1-3 мм в диаметре, который постепенно увеличивается по периферии с последующим образованием крупного или овального очага поражения, слегка возвышающегося над уровнем кожи.

На его поверхности появляются беловатые или коричневые сосочковые ороговевающие разрастания. В очаге поражения выделяют три зоны: 1) по периферии воспалительный красный ободок; 2) окружающая центральную часть гладкая, красно-синего цвета зона; 3) центральная часть с бородавчатыми ороговевшими разрастаниями.

В некоторых случаях между бородавчатыми разрастаниями определяются чешуйки, корки, отдельные пустулы. После удаления бородавчатых разрастаний выявляется кровоточащая, эрозивная, изъязвленная поверхность. Течение хроническое,

длительное. После регресса остаются гладкие поверхностные рубцы.

При обследовании пациентов обнаруживается общая туберкулезная инфекция. Патологический процесс может осложняться туберкулезным лимфаденитом.

Папулезный сифилид (*syphilis papulosa*)

Узелки полушаровидной формы и напоминают вид "плоскогорья". Папулы четко отграничены, застойно-красного или красно-медного ветчинного цвета, размером 3-5 мм в диаметре. Как правило, располагаются изолированно. Отсутствует тенденция к периферическому росту и склонность к слиянию. Поверхность папул гладкая, блестящая, вследствие давления специфического инфильтрата на эпидермис.

При пальпации папулы плотнoэластической консистенции, безболезненные.

Характерно толчкообразное появление папул, в результате чего они находятся на разных стадиях развития. Папулы могут сочетаться с другими вторичными сифилидами, чаще с розеолами. При регрессе узелков отмечается незначительное шелушение в центре, а затем по периферии в виде венчика ("воротничок Биетта"). Через 4-8 недель папулы самопроизвольно разрешаются. При разрешении папул остается временная пигментация.

Субъективные ощущения отсутствуют. Однако, при надавливании на центральную часть папулы тупым зондом отмечается болезненность (симптом Ядассона).

Серологические реакции крови: РВ (реакция Вассермана), РИФ (реакция иммунофлюоресценции), РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем) положительные.

ПЛОСКИЕ ЮНОШЕСКИЕ БОРОДАВКИ (*verrucae planae seu juveniles*)

Чаще болеют лица детского и юношеского возраста. Высыпания преимущественно локализуются на лице в области лба, щек и подбородка, на шее, на тыльной поверхности кистей рук, пальцах, в области лучезапястных суставов.

Узелки гладкие, плоские, округлые, с полигональными очертаниями, размером 1-3 мм и более в диаметре. Они имеют склонность к слиянию, особенно при расположении на подбородке и кистях. Цвет папул розовый, светло-коричневый или цвета нормальной кожи.

Плоские бородавки могут слегка возвышаться над поверхностью кожи.

Поверхность гладкая, но в некоторых случаях покрыта тонкими муковидными чешуйками.

Субъективные ощущения отсутствуют.

Плоские бородавки могут самопроизвольно разрешаться без применения медикаментозных препаратов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Болеют лица детского и молодого возраста.
- ◆ Узелки гладкие, плоские, округлые, с полигональными очертаниями.
- ◆ Размер узелков 1-3 мм и более в диаметре.
- ◆ Цвет розовый, светло-коричневый или цвета нормальной кожи.
- ◆ Слегка возвышаются над уровнем кожи.
- ◆ Поверхность гладкая, в некоторых случаях покрыта муковидными, тонкими чешуйками.
- ◆ Субъективные ощущения отсутствуют.
- ◆ Имеют склонность к слиянию.
- ◆ Преимущественная локализация: лоб, щеки, шея, тыльная поверхность кистей рук, пальцев, область лучезапястных суставов.
- ◆ Возможно самопроизвольное разрешение.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Обыкновенные угри (acne vulgaris)

Обычно болеют в юношеском возрасте. В патологический процесс вовлекаются себорейные участки тела (лицо, верхняя часть груди и спины). Вульгарные угри имеют вид полушаровидных, розовых, размером от 1-2 до 3-5 мм в диаметре узелков.

В центральной части узелка может появляться гнойничок, который ссыхается в желтые корки. После регресса остается пигментация или поверхностный рубец. Чаще наблюдаются при жидкой жирной себорее.

Клинически отмечаются выраженная себорея, комедоны, воспалительные узелки, пустулы. Типичным является острый характер воспаления и болезненность высыпаний.

Характерно хроническое течение с частыми рецидивами.

Медикаментозные акне

Характерным является появление на разгибательной поверхности конечностей распространенных, островоспалительных, полушаровидной или полигональной формы узелков и пустулезных высыпаний.

Наблюдаются у лиц, которые длительно принимают различные медикаментозные средства (тетрациклин, бром, препараты

йода, витамины В6, В12, глюкокортикостероидные гормоны и другие препараты).

Проходят без лечения после прекращения приема медикаментов.

***Папуло-некротический туберкулез кожи (фолликлис, акнит)
tuberculosis cutis papulo-necrotica (folliclis, acnitis)***

Заболевание преимущественно возникает в юношеском возрасте. У пациентов, страдающих туберкулезом лимфатических узлов, легких на лице, разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах появляются поверхностные или глубокие, плоские, плотные, размером от 1-2 до 3-5 мм в диаметре узелки. Кожа над ними не изменена или бледно-красного цвета. В центральной части папул возникает желтого цвета пустула, позднее ссыхающаяся в плотную коричневую или грязно-серую корку, после отторжения которой отмечается кровоточащая, кратерообразная, ограниченная язва.

После заживления язвы остается вдавленный "штампованный", вначале гиперемированный, а затем белый, круглый, ровный рубец. Наряду с этим наблюдаются папулезные высыпания, которые при регрессе не оставляют рубцов. Высыпания могут быть единичные или множественные. Чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

Течение хроническое рецидивирующее. Туберкулиновые пробы положительные.

***Люпоидный туберкулез кожи (волчанка)
tuberculosis cutis luposa (lupus vulgaris)***

Возникает ограниченный, плоский, буровато-красный с желтоватым оттенком бугорок (люпома), размером 1-3 мм в диаметре.

При диаскопии люпома выглядит в виде резко ограниченного коричневого или цвета яблочного желе пятна ("симптом яблочного желе").

При надавливании тупым зондом на центр люпомы он легко вдавливается ("симптом Поспелова", "симптом зонда").

Люпомы имеют склонность к периферическому росту и слиянию с возникновением очагов различной формы и величины. В некоторых случаях образуются бородавчатые и сосочковые разрастания (*lupus verrucosus, papillomatosus*).

После регресса сыпи остаются рубцовая атрофия кожи или глубокие рубцы при наличии язвенных поражений.

Типичным для туберкулезной волчанки является поверхностная рубцовая атрофия кожи (кожа собирается в складки и напоминает скомканную папиросную бумагу). На фоне атрофии кожи наблюдаются единичные или множественные, на разных

стадиях развития телеангиэктазии, пигментация кожи, что придает пеструю окраску очагам поражений.

Люпомы преимущественно локализируются в области лица. Они постепенно распространяются со слизистой носа на его кончик и захватывают подкожную клетчатку, хрящевую перегородку носа. Происходит деформация носа с последующим образованием "птичьего носа" ("клюва") или возникает разрушение всего носа.

При туберкулезной волчанке могут поражаться и слизистые оболочки верхних дыхательных путей, а также конъюнктивa глаз, что происходит вследствие перехода туберкулезного процесса с кожи век или через слезноносовый канал. В последующем развивается выворот век (эктропион) и возможное поражение роговой оболочки.

Течение заболевания хроническое, рецидивирующее.

После клинического разрешения высыпаний на их местах могут появляться новые люпомы.

При обследовании пациентов у них обнаруживаются туберкулезные поражения легких, костно-суставного аппарата и других органов, лимфаденит.

Угревидный (акнеiformный) сифилид (acne syphilitica seu syphilis acneiformis)

Частое проявление пустулезного сифилида при вторичном свежем сифилисе. Как правило, сочетается с розеолой и папулами. Отличается распространением и обилием высыпаний по всему телу (*acne syphilitica disseminata*).

Нередко появление сыпи сопровождается повышением температуры тела. Характерными и типичными являются: медленное течение, скудные высыпания, общая температура не повышается (*acne syphilitica conferta*).

Локализация сыпи связана с придатками кожи — сальными железами и волосяными мешочками (область лба и груди, волосистая часть головы, межлопаточная область).

Появлению высыпаний могут предшествовать ряд продромальных симптомов — лихорадочное состояние, озноб, боли в суставах и мышцах. Возникают фолликулярные папулы, четко отграниченные от здоровой кожи, размером с булавочную головку.

На вершине узелка при осмотре определяется конической или шарообразной формы пустула, размером 2-3 мм в диаметре, которая содержит гнойный экссудат. Постепенно содержимое пустулы ссыхается в желтовато-буроватую корку.

Через 1,5-2 недели корки отпадают и на их местах остаются едва заметные, вдавленные, пигментированные рубчики. Высыпания у пациентов существуют в течение 1-2 месяцев.

Серологические реакции крови: РВ (реакция Вассермана), РИФ (реакция иммунофлюоресценции), РИБТ (реакция иммуноблестной титрации бледных трепонем) положительные.

ПОДОШВЕННЫЕ БОРОДАВКИ (verrucae plantares)

Преимущественно образуются на местах наибольшего давления и трения (чаще обувь) или у людей, которые ходят босиком.

Однако, в некоторых случаях иногда могут располагаться на подногтевых участках кожи пальцев.

Подошвенные бородавки выглядят в виде утолщений рогового слоя эпидермиса неправильной формы (в зависимости от места локализации). По периферии определяется плотное роговое кольцо серо-желтого цвета.

Размеры подошвенных бородавок достигают до 3-5 мм в диаметре и более. По своему внешнему виду они напоминают мозоли, но отличаются резкой болезненностью и мешают при ходьбе.

После удаления роговых масс в центральной части обнажается розового цвета влажная поверхность с нитевидными, мягкими, легко кровоточащими сосочками.

Подошвенные бородавки незначительно возвышаются над поверхностью кожи, но глубоко проникают в глубину.

Количество подошвенных бородавок может быть единичным или множественным.

В ряде случаев подошвенные бородавки имеют склонность к самопроизвольному разрешению.

Заражение происходит при хождении босиком в банях и душевых, при купании в бассейне и пользовании общей ванной.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Утолщения рогового слоя неправильной формы, размерами 3-5 мм в диаметре и более.
- ◆ Внешне напоминают мозоли, но отличительной особенностью является резкая болезненность.
- ◆ После удаления роговых масс в центральной части обнажается розовая влажная поверхность с нитевидными, мягкими, легко кровоточащими сосочками.
- ◆ По периферии отмечается серо-желтого цвета, плотное роговое кольцо.
- ◆ Преимущественно локализуются на местах наибольшего давления и трения (чаще обувь) или у людей, которые ходят босиком.

- ◆ В количественном плане могут быть единичные или множественные.
- ◆ Подошвенные бородавки незначительно возвышаются над уровнем кожи, но глубоко проникают в глубину.
- ◆ Тенденция к самопроизвольному разрешению.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Омозолелости

Клинически проявляется в области ладоней и подошв выраженным гиперкератозом желто-бурого или желто-серого цвета с гладкой или шероховатой поверхностью.

После удаления роговых масс при омозолелости в центральной части отсутствуют нитевидные, мягкие, легко кровоточащие сосочки.

Характерными являются большая болезненность в местах локализации высыпаний, а также значительная резистентность к проводимой терапии.

Псориаз, чешуйчатый лишай (*psoriasis vulgaris*)

При изолированной локализации патологического процесса на ладонях и подошвах появляются красно-розовые или коричневые, гиперкератотические папулы и бляшки, покрытые сухими бурыми чешуйками, напоминая омозолелости, многочисленные трещины.

Иногда наблюдается сплошное поражение ладоней и подошв в виде толстых, плотных утолщений серовато-желтого цвета.

Высыпания также могут располагаться по всему кожному покрову с преимущественной локализацией на волосистой части головы, на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, в области крестца, где отмечаются эпидермодермальные, плоские, воспалительные, розово-красного цвета папулы, на поверхности которых отмечаются пластинчатые, рыхлые, серебристо-белые чешуйки.

При поскабливании поверхности узелков предметным стеклом наблюдается псориагическая триада (симптом Аушпица) — обильное пластинчатое шелушение серебристо-белыми чешуйками и поверхность приобретает вид застывшего или растертого стеарина (феномен стеаринового пятна), при дальнейшем поскабливании чешуйки удаляются и обнаруживается блестящая красная поверхность — шиповидный слой эпидермиса (феномен псориагической пленки) и продолжение поскабливания вызывает появление мельчайших капелек крови (феномен точечного кровотечения или кровавой росы).

В прогрессирующей стадии может наблюдаться изоморфная реакция (симптом Кебнера) — появление новых папулезных высыпаний в местах травматизации кожи (эксфолиации,

царапины, укол инъекционной иглой, рубец после оперативных вмешательств и другие).

Нередко наблюдается поражение ногтевых пластинок, которые покрываются точечными углублениями и напоминают поверхность наперстка или становятся утолщенными, неровными, грязного цвета (*onychogriphosis*).

Одновременно с папулезными высыпаниями в результате инфильтрации околосуставных тканей может развиваться артропатический псориаз с поражением единичных или множественных суставов.

В патологический процесс вовлекаются чаще межфаланговые суставы кистей и стоп, но могут страдать средние и крупные сочленения, включая позвоночник, что проявляется ревматоидными болями от легких до тяжелых. Вначале появляются припухлость, ограничение подвижности пораженных суставов. Отмечаются подвывихи и вывихи.

Позднее развиваются органические изменения - артроз, остеоартроз, остеопороз, сужение суставной щели.

Истинная хроническая экзема

При хроническом течении на ладонях и подошвах в очагах поражений отмечаются инфильтрация, уплотнение кожи, усиление кожного рисунка, нередко мозолистые гиперкератотические образования с трещинами.

При обострении на этом фоне появляются узелки, пузырьки, корки.

Цвет высыпаний застойный темно-красный, что укладывается в клинику хронической экземы.

Субъективно пациенты отмечают зуд кожи.

Папулезный сифилид ладоней и подошв, (syphilis papulosa palmaris et plantaris)

Наблюдается при вторичном свежем сифилисе, но чаще встречается при вторичном рецидивном сифилисе. Первоначально на ладонях и подошвах появляются красно-фиолетово-желтые папулы с плотной инфильтрацией у основания, которые не возвышаются над уровнем кожи. Затем на их поверхности возникают плотные чешуйки.

В центральной части узелков роговой слой растрескивается и образуется шелушение в форме воротничка ("воротничок Биетта").

Папулы имеют размеры 3-5 мм в диаметре. Они плоские, плотные, желтовато-красные, красно-бурые, четко отграниченные от окружающей кожи, без признаков воспаления.

Серологические реакции крови: РВ (реакция Вассермана), РИФ (реакция иммунофлюоресценции), РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем) положительные.

ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ, остроконечные бородавки, влажные бородавки, папилломы, фиговые бородавки (condylomata acuminata)

Появляются мелкие, розового цвета или цвета нормальной кожи узелки, которые затем постепенно разрастаются, сливаются и образуются розово-красного цвета, мягкой консистенции, сосочковые разрастания. Папилломатозные разрастания располагаются на узкой тонкой ножке, нередко достигают больших размеров (до крупного яблока и более), имеют дольчатое строение и по внешнему виду напоминают цветную капусту или петушиный гребешок. Между сосочками скапливается экссудат.

При постоянном механическом трении, повышенной потливости, раздражении поверхность кондилом становится влажной, красной, мацерируется и эрозируется. Образуются кровоточащие трещины, корки. В результате присоединения вторичной пиококковой инфекции от больных исходит резкий неприятный запах.

Остроконечные кондиломы преимущественно локализуются в области половых органов. У мужчин чаще на венечной борозде полового члена, внутреннем листке крайней плоти, а у женщин у входа во влагалище, в области промежности, ануса. Остроконечные кондиломы с локализацией на шейке матки обычно плоские или интраэпителиальные.

Они могут наблюдаться также и в области кожных складок (пахово-бедренные складки, подмышечные впадины, под молочными железами, складки живота, область пупка), где отмечается повышенная влажность кожи и склонность ее к мацерации.

Предрасполагающими факторами к образованию остроконечных кондилом являются снижение иммунитета, инфекции мочеполовой сферы, передаваемые половым путем (хламидиоз, трихомониаз, микоплазмоз, кандидоз и другие) и вследствие этого выделения из наружных половых органов (мацерация кожи), несоблюдение правил личной гигиены и ухода за половыми органами.

Остроконечные кондиломы главным образом отмечаются у молодых людей в возрасте от 18 до 35 лет.

В некоторых случаях остроконечные кондиломы могут разрешаться самопроизвольно, но иногда может наблюдаться длительное течение и рецидивирование.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Сосочковые разрастания розово-красного цвета, нередко достигают больших размеров (до крупного яблока и более).
- ◆ Мягкая консистенция.
- ◆ Располагаются на узкой тонкой ножке.
- ◆ Строение дольчатое (по внешнему виду напоминают "цветную капусту" или "петушиный гребешок"), экссудат между сосочками.
- ◆ Тенденция к росту, слиянию.
- ◆ Часто мацерация, эрозирование, изъязвление.
- ◆ Осложнения пиококковой инфекцией (резкий неприятный запах).
- ◆ Преимущественная локализация: венечная борозда, внутренний листок крайней плоти у мужчин и вход во влагалище, анус, промежность у женщин; а также в кожных складках (пахово-бедренные, подмышечные впадины, под молочными железами, складки живота).
- ◆ Не исключена возможность самопроизвольного разрешения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Вегетирующая пузырьчатка (pemphigus vegetans)

Высыпания первично появляются на слизистой оболочке полости рта, а затем вокруг естественных отверстий и в складках кожи. Возникают мелкие пузыри с дряблой покрывкой, которые быстро вскрываются и образуются ярко-красные эрозии, склонные к периферическому росту.

Через 4-6 дней на поверхности эрозий отмечаются ярко-красные, сочные вегетации со зловонным отделяемым, которое ссыхается в плотные бородавчатые корки.

По периферии очагов появляются пустулезные элементы. Пациентов беспокоит зуд различной интенсивности. Симптом Никольского положительный.

Геморроидальные узлы (varices haemorrhoides)

В области заднепроходного отверстия определяется варикозное расширение геморроидальных вен в виде мягких узлов красно-синюшного цвета, которые имеют склонность к кровотечению.

Поверхность их гладкая и покрыта слизистой оболочкой прямой кишки. У основания отсутствует инфильтрат.

Субъективно пациенты отмечают болезненность.

Папулезный псевдосифилис Липшютца (pseudolues papulosa Lipschutz)

На гребнях больших половых губ, реже в пахово-бедренных складках, промежности и анальной области появляются бледно-розовые папулы. Они округлые, плотные, размером с чечевицу,

безболезненные. Поверхность папул блестящая, сухая, никогда не эрозируется и не мокнет. В области высыпаний пациентов беспокоит зуд.

Возникновению заболевания способствуют выделения из влагалища, мочеиспускательного канала при урогенитальных инфекциях (гонорея, хламидиоз, трихомониаз, микоплазмоз и другие), расстройства акта мочеиспускания, плохой гигиенический уход за половыми органами, повышенная потливость и другие факторы.

Папиллома (papilloma)

Доброкачественное новообразование, которое возникает в пожилом возрасте и характеризуется медленным развитием.

Преимущественно локализуется на шее, в подмышечных впадинах, на веках и подбородке. Появляются безболезненные, одиночные или множественные, нитевидные, тонкие узелки, до 10-15 мм и более в диаметре, с широким основанием или на ножке.

На свободном крае наблюдаются ворсинки или незначительное ороговение.

Широкие кондиломы (condilomata lata)

Сифилитические папулы в участках кожи с трением и длительным раздражением (кожные складки, промежность, задний проход, половые органы) вследствие разрастания сосочкового слоя дермы увеличиваются, гипертрофируются и становятся красно-синюшного цвета.

Они имеют широкое плотное основание, бугристую, неровную поверхность и сероватый налет, содержащий большое количество бледных трепонем. Нередко пациентов беспокоит зуд, болезненность.

Серологические реакции крови РВ (реакция Вассермана), РИФ (реакция иммунофлюоресценции), РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем) положительные.

ПРОФИЛАКТИКА

- ◆ Рекомендуется соблюдение правильного гигиенического ухода за кожей кистей рук и слизистых оболочек.
- ◆ Необходимо исключить ношение тесной обуви.
- ◆ При появлении бородавок необходимо своевременно обращаться к врачу.
- ◆ Регулярно проводить медицинские осмотры в детских учреждениях детей и работников.
- ◆ При наличии остроконечных кондилом на гениталиях исключить половые контакты до полного излечения.

КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК
эпителиальный моллюск, заразная эпителиома
Нейссера, бородавчатый моллюск,
оспенноподобные угри Базена,
сальный моллюск Гебры
(molluscum contagiosum, molluscum epiteliale,
epithelioma contagiosum, molluscum verrucosum)

Инфекционное вирусное заболевание с доброкачественным течением и характеризующееся появлением многочисленных плотных папул с пупкообразным вдавлением в центральной части.

Впервые заболевание описано Beterman в 1817 году, а инфекционная природа доказана Петерсоном в 1841 году, который выявил моллюсковые тельца.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудителем заболевания является дерматотропный, крупный, фильтрующий, ДНК-содержащий вирус *Molitor hominis* или вирус, который сходный с возбудителем оспы. Вирус имеет размеры 240x320 нм и размножается в цитоплазме инфицированных клеток.

Присутствие вируса в эпителиальных клетках обуславливает наличие циркулирующих в крови антител к этому антигену, что определяется при лабораторных исследованиях иммунофлюоресцентным методом.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Чаще болеют дети в возрасте от 1 года до 5 лет, но нередко и взрослые. В детских коллективах при отсутствии санитарно-гигиенического режима возможны эпидемические вспышки.

Инфицирование может происходить в результате прямого контакта с больным или вирусоносителем, через загрязненные предметы обихода (белье, губки, полотенце, мочалки и другие), при пользовании общей ванной, при половых сношениях (локализация высыпаний в области гениталий, на лобке, внутренней поверхности бедер), в банях, бассейнах, косметологических учреждениях, при проведении массажа, бритье, а также от животных и птиц.

Большое количество возбудителя находится в домашней пыли, в пыли библиотек и физкультурных залов.

КЛИНИКА

Инкубационный период колеблется в среднем от 2-3 недель до нескольких месяцев. Появляются безболезненные, мелкие, блестящие, полусферической или круглой формы, бледно-розового или перламутрового цвета узелки с кратерообразным углублением в центре, размером от 2-3 мм до 5-6 мм в диаметре.

При сдавливании с боков узелка из центральной части выделяется кашицеобразное беловатое содержимое, в котором при микроскопическом исследовании обнаруживаются дегенерированные эпителиальные овальные клетки с крупными протоплазматическими включениями ("моллюсковые тельца").

Сыпь преимущественно локализуется изолированно на лице в области лба и окружности глаз, на шее, груди, тыльной поверхности кистей рук.

У взрослых она располагается в области наружных половых органов, промежности и внутренней поверхности бедер.

В некоторых случаях у пациентов с иммунодефицитным состоянием сыпь приобретает диссеминированный распространенный характер.

В местах нарушения целостности кожного покрова в результате эксфолиаций, царапин, высыпания могут располагаться линейно, легко травмироваться и инфицироваться.

Различают следующие клинические формы контагиозного моллюска:

- ◆ множественные мелкие высыпания;
- ◆ моллюски на ножке;
- ◆ гигантские моллюски до 2-3 см в диаметре (слияние отдельных узелков);

а также выделяют *атипичные формы*:

- ◆ ороговевающие;
- ◆ кистозные и изъязвленные;
- ◆ гигантские;
- ◆ акне-, бородавко-, милиа- и фурункулоподобные.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Инкубационный период длится от 2-3 недель до нескольких месяцев.
- ◆ Узелки мелкие, блестящие, полусферические, круглые.
- ◆ Цвет бледно-розовый или перламутровый.
- ◆ Размер от 2-3 мм до 5-6 мм в диаметре.
- ◆ В центральной части узелков кратерообразное углубление.

- ◆ При сдавливании с боков узелка из центральной его части выделяется кашицеобразное творожистое беловатое содержимое.
- ◆ При микроскопическом исследовании содержимого обнаруживаются дегенерированные эпителиальные овальные клетки с крупными протоплазматическими включениями ("моллюсковые тельца").
- ◆ Преимущественная локализация — изолированно на лице (области лба и окружности глаз), на шее, груди, тыльной поверхности кистей рук; у взрослых людей — область наружных половых органов, промежности и внутренней поверхности бедер.
- ◆ Субъективные ощущения отсутствуют.
- ◆ У пациентов с иммунными нарушениями организма сыпь приобретает диссеминированный и распространенный характер.
- ◆ В местах нарушения целостности кожи в результате эксфолиаций, царапин, высыпания могут располагаться линейно.
- ◆ Травматизация, инфицирование высыпаний.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Кератоакантома (keratoacanthoma)

Чаще наблюдается у мужчин старше 50 лет. На открытых участках тела возникают полусферической формы, одиночные или множественные, бледно-розового или цвета нормальной кожи, блестящие опухолевидные образования с напряженной поверхностью и диаметром до 20 мм, которые возвышаются над уровнем кожи.

В их центральной части отмечается кратерообразное углубление, заполненное роговыми массами. Кератоакантома быстро развивается, а затем через 2-3 недели уплощается и через 3-4 недели рассасывается, оставляя после себя слабо выраженную рубцовую атрофию.

Эпидермодисплазия верруциформная Левандовского-Лютца (epidermodysplasia verruciformis Levandowski - Lutz)

Начинается в раннем детском возрасте. Появляются множественные, плоские, серо-белого или розово-коричневого цвета узелки, размером от 1-3 до 5 мм и более в диаметре. Папулы полигональной или круглой формы, мягкой консистенции, серо-белые чешуйки на поверхности, склонность к слиянию и образованию бляшек.

Субъективных ощущений нет. Высыпания существуют несколько лет без изменений. Нередка сопутствующая кератодермия ладоней и подошв.

Ксантелазма (*xanthelasma*)

Вследствие нарушения липоидного обмена (гепатит, холецистит, диабет и другие заболевания) в очагах поражения обнаруживаются холестерин и фосфолипиды, повышение которых определяется также в крови, где кроме этого наблюдается уменьшение общего белка, увеличение содержания а- и g-глобулинов.

Чаще болеют женщины среднего или пожилого возраста, у которых появляются вокруг глаз, на веках ближе к внутреннему углу глаз симметричные мягкие, желтые, оранжевые, плоские или полусферические узелки до 1-3 мм и более в диаметре, которые могут сливаться с образованием бляшек. Течение длительное.

Сирингома (*syringoma*)

Доброкачественная опухоль потовых желез, которая возникает в молодом возрасте. Чаще наблюдается у женщин и не исключена возможность развития семейного заболевания. Сыпь представлена множественными, симметричными, мелкими, отграниченными, округлыми или полушаровидными плотными узелками. Цвет узелков светло-желтый, розовый или цвета нормальной кожи. Субъективные ощущения отсутствуют. Узелки локализуются на шее, в области груди, на половых органах, реже — на животе, бедрах. При тщательном обследовании у таких пациентов встречаются и другие доброкачественные опухоли.

Базальноклеточная эпителиома (*epithelioma basocellulare*)

Чаще возникает на лице у пожилых людей. На видимо здоровой коже или на местах старческой кератомы в поверхностных слоях кожи появляются невоспалительные, одиночные или множественные, округлые или овальные, подвижные, плотные, желто-коричневого или серо-белого цвета узелки, размером до 3-5 мм в диаметре.

Через некоторый период времени узелок распадается и образуется эрозия или язва с зернистым дном. На поверхности отмечается скудное серозно-гнойное отделяемое, могут появляться сосочковые разрастания. По краям выявляется твердый, серо-белый, прозрачный валик, состоящий из мелких узелков.

Эрозии или язвы могут временно эпителизироваться или рубцеваться, но возможно возникновение рецидивов. В редких случаях происходит самопроизвольное излечение.

При изъязвлении могут поражаться не только кожные покровы, но и мышцы, кости с последующим их разрушением.

КОРОВЬЯ ЛОЖНАЯ ОСПА, узелки доильщиц, узловатая вакцина, вакцинные узлы (tuberculum mulgentium, melkerknoten)

Заболевание впервые описал Winternitz в 1899 году, который установил заражение доярок от больных коров, а в 1914 году Frieboes отметил, что болезнь вызывается вирусом коровьей оспы. Lipschutz в патогенном материале узелков, обнаружил расположенные в виде диплококков мелкие округлой формы тельца и назвал их стронгилоплазмы (*Strongyloplasma paravacciniat*).

Немецкими авторами заболевание называлось "узелки доильщиц", а французскими (Danve, Larue, 1892) "красная вакцина".

Узелки доильщиц возникают в результате контакта кожи человека с проявлениями коровьей оспы на вымени у коров и нередко у других животных (козы, свиньи и другие). Так как обычно заражаются доярки, то заболевание носит название "узелки доильщиц".

Однако, такие кожные поражения могут наблюдаться и у лиц, которые снимают шкуру с туш свиней, овец и других животных.

ЭТИОЛОГИЯ

Большинство авторов считают, что возбудителем заболевания является вирус паравакцины *Strongyloplasma paravaccina*, так как при проведении лабораторных методов исследований с целью уточнения диагноза в цитоплазме пораженных клеток находились округлые включения "элементарные тельца", которые похожи на включения при оспе коров и овец.

Вирус находили Davis et Musil в 1968 году, размеры которого согласно исследованиям Evins et al.(1971) колебались от 140 до 300 нм.

КЛИНИКА

Инкубационный период длится в среднем 7-10 дней. Затем на тыльной поверхности кистей рук, пальцев появляются болезненные, полушаровидные, плотные, узелки размером до 3-5 мм и более в диаметре. Они возвышаются над поверхностью кожи. Папулы имеют резко очерченные границы.

Воспалительные явления со стороны окружающих кожных покровов отсутствуют. Цвет узелков красно-синий.

В центральной части отмечается пупковидное вдавление, где нередко наблюдается красно-коричневая корка, после отпадения которой обнажается влажная мокнущая поверхность с грануляциями.

В среднем через 6-12 недель высыпания регрессируют и остается временная пигментация. Пациенты предъявляют жалобы на зуд, болезненность в области высыпаний.

Нередко высыпания могут появляться на других участках кожного покрова — на лице в области щек, носа, углах рта, на предплечьях и в межпальцевых складках рук.

Могут наблюдаться лимфангоит и увеличение регионарных лимфатических узлов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Инкубационный период длится в среднем 7-10 дней.
- ◆ Узелки болезненные, полушаровидные, плотные, размером до 3-5 мм и более в диаметре.
- ◆ Возвышаются над поверхностью кожи.
- ◆ Узелки имеют резко очерченные границы.
- ◆ Цвет папул красно-синий.
- ◆ В центральной части узелков пупковидное вдавление, покрытое коркой красно-коричневого цвета.
- ◆ После удаления корки отмечается влажная мокнущая поверхность с грануляциями.
- ◆ Через 6-12 недель сыпь регрессирует.
- ◆ На местах бывших высыпаний остается временная пигментация.
- ◆ Субъективно зуд, болезненность в области высыпаний.
- ◆ Локализация: тыльная поверхность кистей рук и пальцев, реже — лицо (область щек, носа, углы рта), предплечья, межпальцевые складки рук.
- ◆ Нередко развиваются лимфангоиты и лимфаденит.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Лихеноидный туберкулез кожи, лишай золотушный (lichen scrofulosorum)

Болеют обычно ослабленные лица детского или юношеского возраста, страдающие туберкулезом внутренних органов и в первую очередь активным специфическим процессом в легких и лимфатических узлах.

Высыпания локализуются на боковых поверхностях туловища, реже в области груди, спины, на животе, конечностях и представлены папулами. Узелки многочисленные, мелкие,

размером 1-3 мм в диаметре. Чаще они располагаются диссеминировано и реже сгруппировано. В ряде случаев отмечается близкое расположение и внешне имеется вид слившихся очагов поражения. На поверхности таких очагов отмечаются тонкие серовато-коричневые чешуйки. Форма узелков округлая, конусовидная. Цвет желтоватый, желтовато-коричневый с розовато-лиловым оттенком. Узелки мягкой консистенции и пронизаны пушковым волосом.

После разрешения папул остаются точечные атрофические рубчики или едва заметная пигментация.

При обследовании пациентов выявляются туберкулезные поражения лимфатических узлов, внутренних органов, костно-суставного аппарата.

Туберкулиновые пробы положительные.

Пиогенная гранулема (granuloma pyogenicum, granuloma pediculatum, granuloma telaeangiectaticum), ботриомикомма (botryomycoma)

Относится к разновидностям пиококковых заболеваний кожи и вызывается золотистым стафилококком.

Наиболее часто патологический процесс локализуется в области концевых фаланг пальцев кистей и стоп, а иногда на лице, слизистых оболочках полости рта, губах.

Как правило, на местах травматизации кожи, инфицированных и плохо заживающих ран образуется одиночное, размером 3-5 мм в диаметре или несколько больше, опухолевидное образование. Поверхность крупно-зернистая в виде гранул, нередко гладкая. Грануляции сочные, ярко-красного, коричнево-красного или красно-синюшного цвета. Между ними скапливается гной, который затем постепенно ссыхается в желто-бурые рыхлые корки. При удалении корок отмечается болезненность и кровотечение.

Обычно пиогенная гранулема располагается на ножке в виде гриба, но иногда располагается прямо на поверхности кожи без ножки и напоминает "дикое мясо".

Течение заболевания длительное. Если не проводится лечение, ботриомикомма может существовать годы.

Ознобление (perniones)

Хроническое, склонное к рецидивам поражение кожи. Возникает в осенне-зимнее время года при повторных охлаждениях конечностей. Чаще болеют девочки в возрасте 15-17 лет. Возникновению заболевания способствуют пониженное питание, туберкулезная инфекция, авитаминоз, расстройства периферического кровообращения.

На тыльной поверхности пальцев рук, ног, в области ушных раковин появляются красно-синюшные напряженные пятна, которые на ощупь то холодные, то горячие. При их отогревании возникает чувство зуда.

Заболевание может проявляться в различных клинических формах:

- диффузные, розово-фиолетового цвета инфильтраты (кожа ушных раковин, кончик носа, пальцы кистей и стоп);
- пузырьные высыпания чаще с геморрагическим содержимым (ягодицы);
- узелки размером 1-3 мм в диаметре, бляшки и точечные кератозные образования (ладони).

Ознобление может осложняться вторичной пиококковой инфекцией.

Шанкр-панариций (*chancre - panarici*)

Как правило локализуется на пальцах кистей (чаще дистальная фаланга 1, 2 или 3 пальцев кисти), что объясняется функциональной активностью этих пальцев.

Появляются отек, уплотнение, багрово-синюшная окраска кожи. На этом фоне образуется глубокая округлая язва, вплоть до кости, подковообразной формы вокруг ногтя, с неровными подрытыми краями и зловонным, некротическим серо-грязным распадом на дне.

Субъективно отмечаются резкая стреляющая боль, общая слабость, недомогание, повышение общей температуры тела. Увеличиваются периферические лимфатические узлы (локтевые, подмышечные). Язва длительно не заживает.

В основном болеют медицинские работники (профессиональный контакт у врачей стоматологов, хирургов, гинекологов, патологоанатомов, лаборантов и др.).

Серологические реакции крови: РВ (реакция Вассермана), РИФ (реакция иммунофлюоресценции), РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем) положительные.

ПРОФИЛАКТИКА

- ◆ Соблюдение правил личной и общественной гигиены.
- ◆ Мытье рук перед и после каждого доения.
- ◆ Постоянно поддерживать хорошее санитарно-гигиеническое состояние скотоводческих ферм.
- ◆ Постоянный ветеринарный надзор за животными.
- ◆ Своевременная изоляция больных коров.
- ◆ Временное исключение тесного контакта больных работников ферм с здоровыми коровами.

БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН **доброкачественный вирусный лимфаденит,** **доброкачественный лимфоретикулез** **(lymphoreticulosis benigna inoculata),** **фелиноз, болезнь Дебре**

Заболевание возникает у людей после кошачьих царапин с первоначальной локализацией на кожных покровах и с последующим поражением лимфатических узлов.

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Возбудителем является вирус, который относится к группе Cysticetes, сходный с вирусом пситтакоза, венерической лимфогранулемы.

Природным резервуаром являются мыши, крысы и птицы, у которых проявления заболевания отсутствуют. От них заражаются кошки, но не исключена возможность инфицирования и людей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заражение происходит при укусах насекомых, уколах колючками растений, при царапинах и укусах кошек, а также других повреждениях целостности кожного покрова.

КЛИНИКА

Инкубационный период длится от 3-5 до 15-60 дней, после которого на местах царапин появляются эритематозные пятна, узелки, пузырьки, пузыри, гнойнички размером до 5-10 мм в диаметре, которые могут изъязвляться и затем покрываются гнойными корками желто-зеленого цвета. Постепенно сыпь распространяется на верхние конечности и другие участки тела.

У больных отмечается повышение температуры тела до 39°C, происходит увеличение и нагноение периферических лимфатических узлов. У части пациентов нарушается общее состояние: слабость, головные боли, недомогание, боли в мышцах и суставах. Возникают расстройства функции желудочно-кишечного тракта, поражается центральная нервная система (менингоэнцефалит, энцефалит кошачьих царапин).

Типичным и постоянным симптомом является одностороннее увеличение лимфатических узлов в зависимости от места внедрения инфекции. Лимфатические узлы мягкой консистенции, болезненные, могут нагнаиваться. Кожа над

ними гиперемированная, отечная. Через 3-5 недель наступает выздоровление.

Болеют чаще дети и женщины в любом возрасте.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Инкубационный период длится от 3-5 до 13-15 дней.
- ◆ Морфологические элементы представлены эритематозными пятнами, узелками, пузырьками, гнойничками, размером до 5-10 мм в диаметре.
- ◆ На поверхности высыпаний отмечаются желто-зеленые гнойные корки.
- ◆ Сыпь имеет тенденцию к распространению на верхние конечности и другие участки кожного покрова.
- ◆ Высыпания преимущественно локализируются на участках травматизации кожи (царапины, микротрещины, расчесы).
- ◆ Отмечаются расстройства общего состояния (повышение температуры тела до 39°C, слабость, головные боли, недомогание, боли в мышцах и суставах).
- ◆ Наблюдаются нарушения функции желудочно-кишечного тракта и поражение центральной нервной системы (энцефалит кошачьих царапин).
- ◆ Типичный и постоянный симптом - одностороннее увеличение лимфатических узлов (в зависимости от места внедрения инфекции).
- ◆ Лимфатические узлы мягкой консистенции, болезненные, увеличенные, нагнаиваются, кожа над ними гиперемирована.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Бруцеллез (brucellosis)

Возбудителем заболевания являются палочковидной или овоидной формы грамотрицательные неподвижные бактерии (бруцеллы), размером от 0,3-0,5 до 0,6-2,5 мкм, которые отличаются полиморфизмом (спор и капсул не образуют). Заражение людей происходит после употребления в пищу козьего молока. Инкубационный период длится от 5-7 до 30 и более дней.

Начало заболевания острое: общая слабость, озноб (чаще ночью), повышенная потливость, непостоянные и неинтенсивные головные боли, повышение температуры тела до 40°C. Появляются летучие боли в суставах и мышцах, по ходу нервных пучков и сплетений.

Увеличиваются регионарные лимфатические узлы (чаще шейные, подчелюстные, подмышечные, паховые). Не исключена возможность поражения центральной нервной системы (менингит, энцефалит), эндокринной системы, почек, желудочно-

кишечного тракта (сухость в полости рта, жажда, снижение аппетита, запоры и другие). Происходит увеличение печени (гепатит) и селезенки.

Типичной для бруцеллеза является лихорадка, для которой характерны периоды обострения с длительностью 2-3 недели, которые сменяются периодами ремиссий продолжительностью от нескольких дней до нескольких недель.

Кожные покровы влажные, бледной окраски. Отмечаются розеолезные, петехиальные, уртикарные высыпания.

Тулеремия (*tularemia*)

Возбудителем заболевания является *Francisella tularensis*. Относится к роду *Francisella* и семейству *Brucellaceae*. *Francisella tularensis* — мелкая неподвижная палочка, размером от 0,1-0,2 до 0,3-0,5 мкм, которая обладает полиморфизмом.

Резервуаром инфекции преимущественно являются грызуны (хомяки, водяные крысы, мыши, зайцы и другие), и реже дикие животные (волки, лисицы, куропатки и другие).

Носителями инфекции могут быть крупный рогатый скот, свиньи, овцы, кролики. Переносчиками являются кровососущие насекомые (клещи, слепни, комары, блохи).

Заражение может происходить различными путями: контактный (лица, занятые промыслом на ондатр, водяных крыс; работники мясокомбинатов при разделке тушек и обработке шкур), трансмиссивный (укусы насекомых), алиментарный (употребление в пищу инфицированных продуктов питания и воды, а также мяса больных грызунов и животных) и аспирационный (при вдыхании пыли зараженного грызунами зерна, фуража, соломы).

Инкубационный период длится от нескольких часов до 3 недель (в среднем 2-7 дней). Начало заболевания острое, внезапное. Отмечаются повышение общей температуры до 40°C, головная боль, головокружение, кратковременный озноб, потливость, боли в мышцах (преимущественно в икроножных) и пояснице. При тяжелом течении возникают помрачение сознания, загридинные боли, носовые кровотечения, рвота.

У пациентов наблюдаются гиперемия и пастозность кожи лица, развиваются конъюнктивиты. На кожных покровах появляются розеолезные, эритематозные и папулезные высыпания, экзантема. Увеличиваются печень и селезенка.

Инфекционный мононуклеоз, болезнь Филатова (*mononucleosis infectiosa*)

После инкубационного периода (4-15 дней) у пациентов возникают общая слабость, головная боль, повышение температуры, артралгии, миалгии, лихорадка, болезненность при

глотании. Происходит увеличение периферических лимфатических узлов (особенно заднешейные). На фоне лихорадочного состояния отмечается ангина. При осмотре выявляются двухсторонняя гиперемия зева, миндалины, выраженные экссудативные явления, некротические налеты на поверхности слизистых оболочек. Пациенты предъявляют жалобы на болезненность, затрудненное глотание и носовое дыхание.

Ранним и постоянным признаком заболевания является увеличение лимфатических узлов, а также гепато- и спленомегалия.

При исследовании периферической крови наблюдаются следующие изменения: умеренный лейкоцитоз, значительный мононуклеоз, снижение (исчезновение) количества эозинофилов до 0,5-1%, появление атипичных мононуклеаров, ускорение СОЭ.

Венерическая лимфогранулема

Возбудителем является один из трех серотипов L1, L2, L3 *Chlamydia trachomatis*, которые трудно дифференцировать от серотипов, вызывающих трахому и поражение мочевого тракта.

Инкубационный период длится от 3-5 дней до 3-4 месяцев (в среднем 1-2 недели). В месте внедрения появляются мелкие, единичные или множественные (группами) безболезненные папулы, пузырьки, пустулы, которые через несколько дней эрозируются или изъязвляются. Эрозии или язвы безболезненные, округлые или овальные, окружены тонким венчиком эритемы, быстро регрессируют, оставляя рубчик или пигментацию. При остром характере заболевания наблюдаются некротизация тканей и поражение регионарных лимфатических узлов, которые увеличиваются и достигают размеров до грецкого ореха и куриного яйца. Они болезненные, спаиваются между собой и окружающими тканями.

Могут поражаться паховые, бедренные, подвздошные, глубокие тазовые лимфатические узлы. Кожа над лимфатическими узлами красно-синюшного цвета, истончается, выражена болезненность. Постепенно появляется флюктуация, образуются фистулезные, длительно не заживающие ходы (свищи), из которых выделяется желтоватый густой гной. Патологический процесс длится месяцы, годы. После регресса остаются характерные множественные рубцы.

Абсцессы и некроз лимфатических узлов сопровождаются лихорадочным состоянием, болями в суставах.

Поражаются печень, селезенка, легкие. Отмечаются также флебиты, эпидидимиты, аднекситы и другие осложнения.

ЯЩУР
афтозная лихорадка,
рыльно-копытная болезнь (у животных)
эпидемический стоматит
(aphte epizooticae, stomatitis epidermica)

Острая вирусная зоонозная антропургическая инфекционная болезнь, которая передается человеку чаще контактным путем от больных животных. Относится к особо опасным инфекциям. Протекает циклично. Характеризуется возникновением на слизистой оболочке полости рта, на коже между пальцами и у ногтей везикулезных и эрозивных высыпаний (по-английски называется "Foot and mouth disease", что означает "болезнь ног и рта").

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудителем заболевания является фильтрующийся вирус. Согласно исследованиям ряда авторов выделяются 3 его типа А, О и С и ряд вариантов А4, А5 и О2). По иммунологическим признакам другие авторы подразделяют вирус на следующие 7 типов: Л, О, С, SAT 1, SAT 2, SAT 3, Азия-1, каждый из которых имеет много вариантов.

Относится к семейству Picornaviridae. Пикорнавирусы (piccolo - маленький) имеют однонитчатую РНК. Вирион размером 20-40 нм и предстает нуклеокапсидом без наружной липопротеидной оболочки. Частицы вируса состоят из 32 капсомеров диаметром до 7 нм. Хорошо растет вирус в однослойных культурах клеток эпителия языка и почек коров, свиней. Оптимальной является среда рН 7,5-7,6, а в кислой и щелочной средах вирус погибает.

Вирус ящура разрушается при нагревании, инактивируется в молоке при его скисании. Длительное время вирус может сохраняться в высушенном состоянии, при пониженной температуре, а также отсутствии инсоляции (до 6 месяцев).

При комнатной температуре в молоке вирус сохраняет патогенность 25-30 часов, при 4°C 9-12 дней, в сливках от 3 до 10 дней, в несоленом масле 4-45 дней, в сырокопченых мясных изделиях до 30 дней, в засоленных продуктах до 50 дней и на одежде вирус сохраняется до 100 дней.

Дезинфицирующими средствами, которые губительно действуют на вирус, являются формалин 1% раствор, щелочи 2% растворы, окись этилена 1% и g-пропилактон.

ПАТОГЕНЕЗ

Попадая в человеческий организм вирус размножается в клетках эпителия слизистой оболочки или в клетках эпидермиса. Возникает воспалительная реакция с образованием вези-

кул, которые изъязвляются и затем покрываются фиброзным налетом. Постепенно вирус размножается, распространяется по организму гематогенным и лимфогенным путями и развивается генерализованная инфекция. Образуются мелкие вторичные изъязвления на слизистой носа, десен, языка, губ и в межпальцевых складках кистей и стоп. Также, не исключена возможность их развития на слизистых оболочках желудочно-кишечного тракта и половых органов.

После перенесенного заболевания иммунитет у людей остается только к данному виду вируса.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Впервые заболевание ящуром человека в 1764 году было описано норвежским врачом M.Sagar, а в 1834 году Hertwig, Mann, Willain экспериментально в опытах самозаражения доказали возможность инфицирования человека от молока больной коровы.

Заражение человека может происходить по роду профессиональной деятельности (пастухи, доярки, скотники, зоотехники, ветеринары, работники мясокомбинатов и другие) или бытовым путем (заражение через молоко и молочные или мясные продукты). Инфицирование людей происходит в основном при употреблении в пищу не кипяченного молока и молочных продуктов от больных коров, а также при тесном контакте с больными животными. В литературе описаны некоторые случаи заражения людей в лабораториях при работе с вирусом ящура.

Преимущественно ящуром болеет крупный рогатый скот, однако встречаются случаи заболеваемости овец, свиней и коз.

КЛИНИКА

Инкубационный период при ящуре длится от 3-5 до 7-12 дней. В большинстве случаев характерным является острое начало заболевания с нарушением общего состояния (головные боли, слабость, недомогание, боли в мышцах, пояснице, повышение температуры тела до 39-40°C). Затем появляются сухость, жжение и болезненность в ротовой полости, а иногда светобоязнь, жжение при мочеиспускании.

На красной кайме губ, слизистых оболочках щек, десен, языка и неба отмечаются яркая гиперемия, отек. На этом фоне возникают рассеянные мелкие, овальные пузырьки, размером 1-4 мм в диаметре с прозрачным содержимым. Везикулы могут локализоваться и на слизистых оболочках носоглотки, гортани, а в ряде случаев и на кожных покровах в области верхних и нижних конечностей, на туловище. Содержимое пузырьков вначале прозрачное, а затем постепенно становится мутновато-желтым.

На слизистых оболочках ротовой полости пузырьки быстро вскрываются и образуются красно-розового цвета эрозии, которые сливаются между собой. По внешнему виду они напоминают афты ("афтозная лихорадка"). У больных ухудшается общее состояние, отмечаются боли при глотании, увеличиваются слюнные железы, возникает обильная саливация (до 4-5 л/сутки), язык увеличивается в размере, речь становится невнятной.

Периферические лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными при пальпации. В ряде случаев наблюдаются функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, увеличение печени и селезенки. Постоянными симптомами являются также гипотония и брадикардия.

Со стороны периферической крови выявляются лейкопения и эозинофилия. У большинства пациентов везикулезные высыпания отмечаются на коже с характерной локализацией в межпальцевых складках кистей и стоп, а также у основания ногтевых лож, где отмечаются отек, гиперемия, зуд, жжение (ногти могут выпадать).

На слизистой оболочке полости рта афты эпителизируются в среднем через 3-5 дней.

Различают 3 формы ящура:

- ◆кожная (рассеянные пузырьки локализуются на кожных покровах у входных ворот инфекции);
- ◆слизистая (афтозный стоматит);
- ◆кожно-слизистая (наиболее частая форма, характеризуется поражением слизистых оболочек и кожных покровов).

По тяжести клинического течения выделяют следующие формы:

- ◆острая форма;
- ◆стертая;
- ◆затяжная (хроническая) форма.

У части пациентов может наблюдаться легкое течение заболевания без выраженных общих симптомов, а клинически проявляться лишь гиперемией слизистых оболочек полости рта без образования везикул.

При тяжелом течении, наряду с пузырьками на слизистой ротовой полости, туловище, верхних и нижних конечностях возникают пятнистые, геморрагические, папулезные и узловатые элементы сыпи.

У детей заболевание характеризуется более тяжелым течением с диспепсическими расстройствами (рвота, жидкий частый стул с кровью) и возможным летальным исходом.

Часто присоединяется вторичная пиококковая инфекция, которая может способствовать развитию миокардита, пневмонии, сепсиса.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ◆ Инкубационный период от 3-5 до 7-12 дней.
- ◆ Острое начало: нарушение общего состояния, головные боли, слабость, недомогание, боли в мышцах, пояснице, температура тела до 39-40°C.
- ◆ Сухость, жжение и болезненность в ротовой полости, светобоязнь, жжение при мочеиспускании.
- ◆ Рассеянные мелкие овальные пузырьки, размером 1-4 мм в диаметре с прозрачным содержимым (затем становится мутновато-желтым).
- ◆ Пузырьки вскрываются с образованием красно-розовых, сливающихся эрозий — по внешнему виду напоминают афты ("афтозная лихорадка"); афты эпителизируются в среднем через 3-5 дней.
- ◆ Локализация — носоглотка, гортань, у большинства в межпальцевых складках кистей и стоп, у основания ногтевых лож (отек, гиперемия, зуд, жжение, ногти могут выпадать).
- ◆ Нередко пятнистые, папулезные, геморрагические, узловые элементы.
- ◆ Увеличиваются слюнные железы, обильная саливация (до 4-5 л/сутки), язык увеличивается в размере, боли при глотании, речь невнятная.
- ◆ Периферические лимфатические узлы увеличиваются, болезненные.
- ◆ Функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, увеличение печени и селезенки.
- ◆ Постоянные симптомы — гипотония и брадикардия.
- ◆ Лейкопения и эозинофилия в крови.

ПРОФИЛАКТИКА

- ◆ Санитарно-разъяснительная работа среди населения.
- ◆ Ветеринарно-санитарный надзор.
- ◆ Специфическая иммунизация животных с профилактической целью.
- ◆ Ухаживающие за больными животными должны быть под постоянным медицинским наблюдением, иметь специальную одежду (2 комплекта) и соблюдать меры личной профилактики.
- ◆ С целью предупреждения инфицирования молоком его надо кипятить в течение 5 минут, в лечебных и детских учреждениях необходимо осуществлять двухкратное кипячение молока, мясо подозрительных животных должно подвергаться тщательной термической обработке.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Афтозный стоматит

Как правило, отмечается острое начало (высокая температура, плохое самочувствие, обильное слюнотечение, неприятный запах

из рта). Увеличиваются регионарные лимфатические узлы, которые при пальпации болезненные. На слизистой оболочке полости рта в области губ, щек, неба, десен, языка возникают быстро вскрывающиеся пузырьки, с последующим образованием овальной формы, болезненных эрозий, язв и ярко-красным ободком по периферии (афты). Обычно заболевание продолжается в течение 2-х недель и заканчивается выздоровлением.

Многоформная экссудативная эритема (erythema exsudativum multiforme)

Острое инфекционное заболевание с сезонным характером (чаще возникает весной и осенью) и склонное к рецидивам. Появляются симметричные розово-красные пятна и узелки размером до 3-5-10 мм в диаметре, возвышающиеся над поверхностью кожи. Центральная часть папул через 1-2 дня становится синюшного или серого цвета, западает, а по краю остается розово-красного цвета ободок. Позднее, в центре появляется пузырь с серозным или геморрагическим содержимым. Через 7-10 дней пузыри подсыхают с образованием корок, после отторжения которых остается временное шелушение. Пятна постепенно бледнеют. После разрешения остаются пигментированные участки кожи. Пациенты предъявляют жалобы на зуд, жжение. Высыпания преимущественно локализуются на тыльной поверхности кистей и стоп, разгибательной поверхности предплечий и реже на других участках кожного покрова.

Нередко наблюдается изолированное расположение на слизистой оболочке полости рта и красной каймы губ. На фоне гиперемии слизистой появляются пузырьки, которые быстро вскрываются. Образуются болезненные и кровоточащие эрозии, которые позднее покрываются коричневыми, геморрагическими корками.

Пузырьковый лишай

На эритематозно-отечном фоне кожных покровов и слизистых оболочек возникают в большинстве случаев единичные, размером до 1-3 мм в диаметре пузырьки с прозрачным или серозным содержимым, которое затем постепенно мутнеет. В отличие от ящура высыпания сопровождаются мало выраженными субъективными ощущениями (зуд, жжение, болезненность).

В среднем через 3-5 дней пузырьки подсыхают и образуются желтые корки. При вскрытии везикул появляются мелкие розово-красные эрозии с мелкофестончатыми очертаниями. Затем образуются корки, которые позднее отпадают и оставляют после себя временную вторичную пигментацию.

У пациентов отсутствуют резко выраженные нарушения общего состояния.



Рис. 1. Пузырьковый лишай.



Рис. 2. Пузырьковый лишай.
(наблюдение проф. В.В.Владимирова и Б.И.Зудина)



Рис. 3. Опоясывающий лишай.
(наблюдение проф.В.В.Владимирова и проф.Б.И.Зудина)

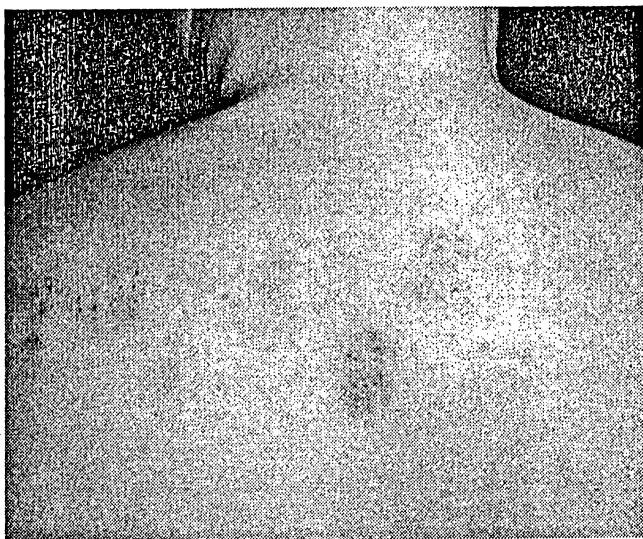


Рис. 4. Опоясывающий лишай.
(наблюдение проф.В.В.Владимирова и проф.Б.И.Зудина)



Рис. 5. Опоясывающий лишай (буллезная форма).
(наблюдение проф.В.В.Владимирова и проф.Б.И.Зудина)

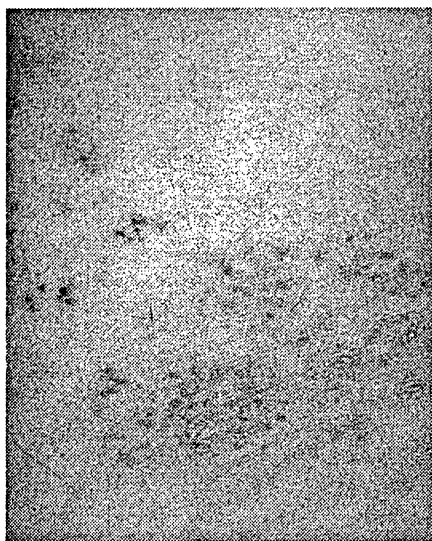


Рис. 6. Опоясывающий лишай.
(наблюдение проф.В.В.Владимирова и проф.Б.И.Зудина)

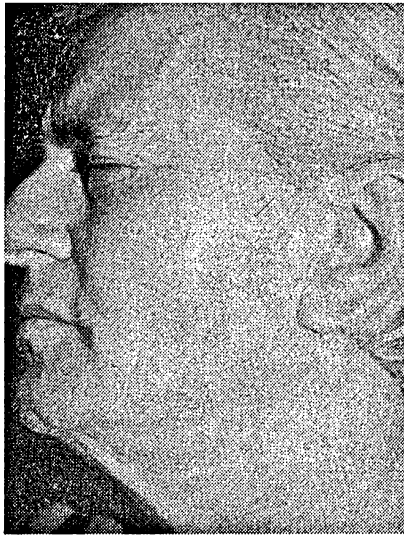


Рис. 7. Опоясывающий лишай.
(наблюдение проф.В.В.Владимирова и проф.Б.И.Зудина)



Рис. 8. Множественные юношеские бородавки на лице.

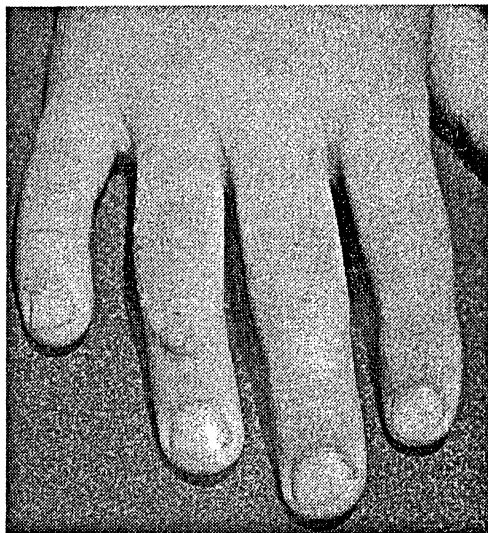


Рис. 9. Обыкновенные бородавки.
(наблюдение проф.В.В.Владимирова и проф.Б.И.Зудина)

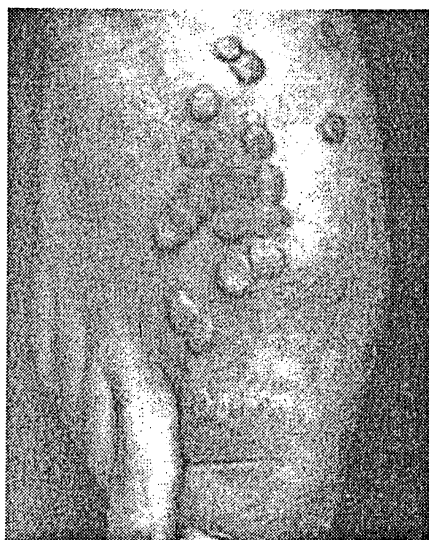


Рис. 10. Контагиозный моллюск.
наблюдение проф.Н.М.Туранова, проф.А.А.Студница,
проф.Н.С.Смелова)

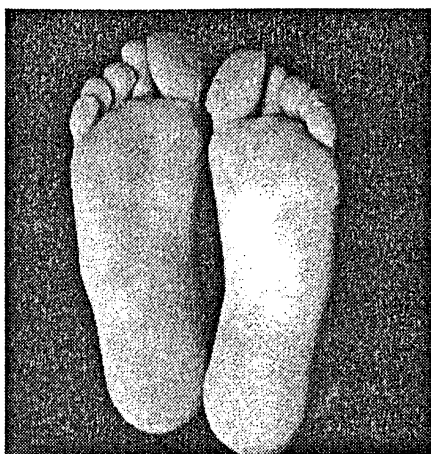


Рис. 11. Подошвенные бородавки.

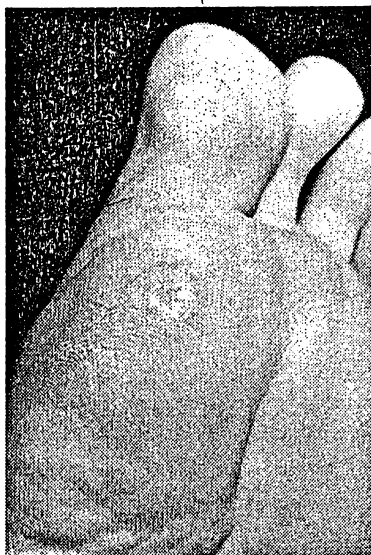


Рис. 12. Подошвенные бородавки.
(наблюдение проф.В.В.Владимирова и проф.Б.И.Зудина)



Рис. 13. Остроконечные кондиломы в области ануса.
(наблюдение проф.В.В.Владимирова и проф.Б.И.Зудина)

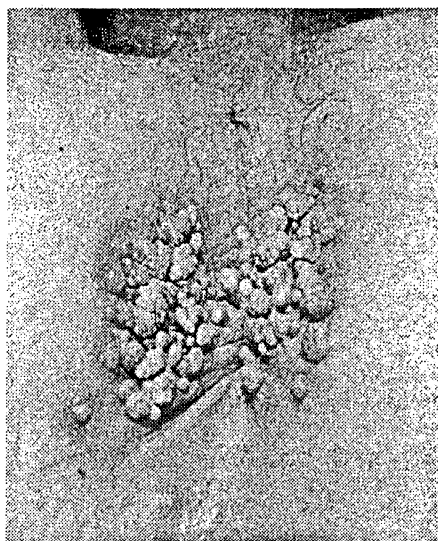


Рис. 14. Остроконечные кондиломы в области ануса.
(наблюдение проф.В.В.Владимирова и проф.Б.И.Зудина)

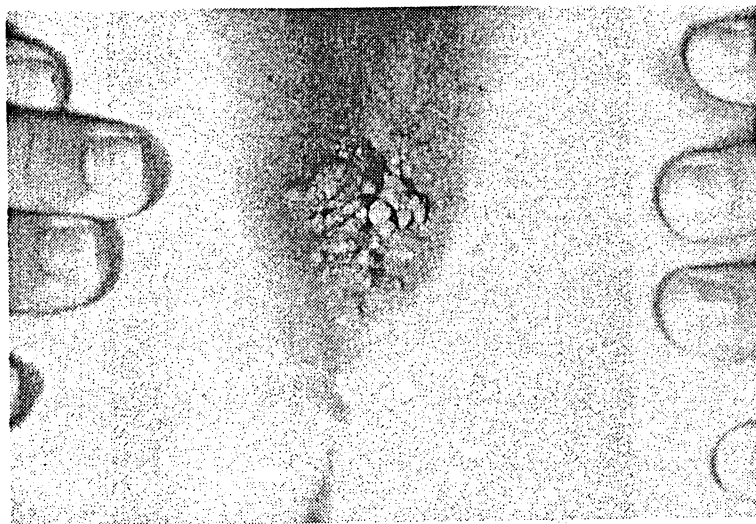


Рис. 15. Остроконечные кондиломы в области ануса.



Рис. 16. Остроконечные кондиломы на половом члене.



Рис. 17. Контагиозный моллюск.

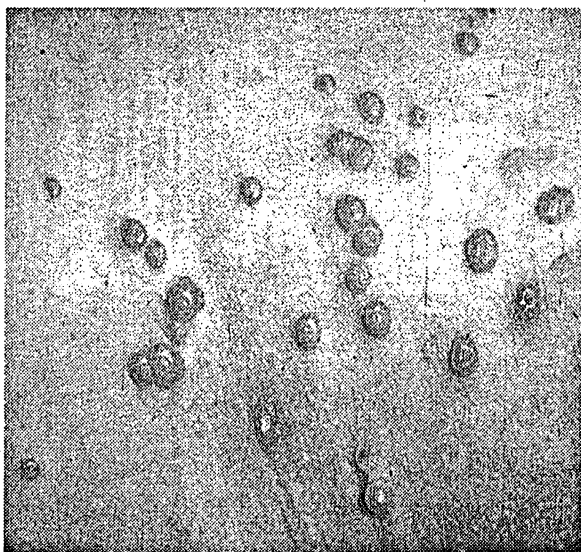


Рис. 18. Контагиозный моллюск.
(наблюдение проф.В.В.Владиминова и проф.Б.И.Зудина)

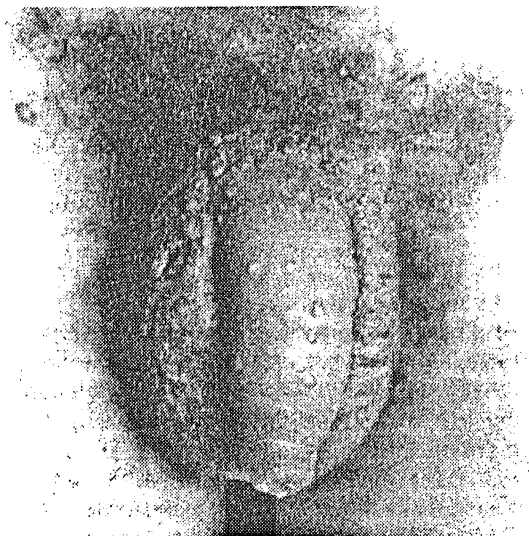


Рис. 19. Контагиозный моллюск.
(наблюдение проф.Н.М.Туранова, проф.А.А.Студницина,
проф.Н.С.Смелова)

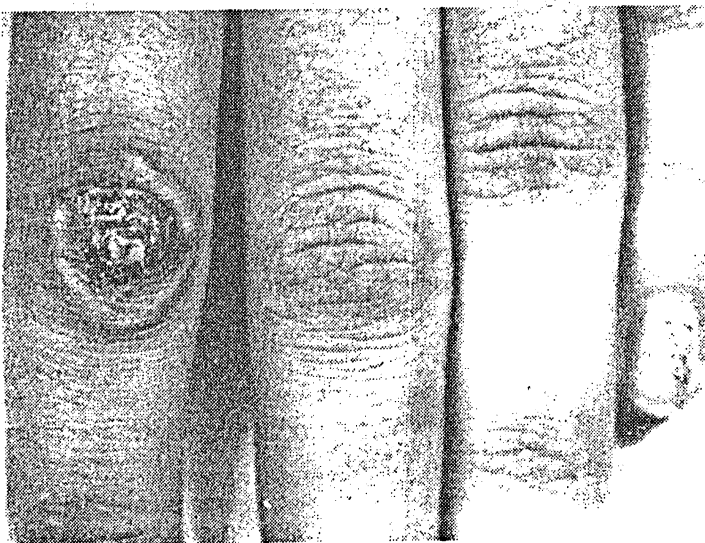


Рис. 20. Узелки доильщиц.

ЛЕЧЕНИЕ

В последние годы актуальной проблемой современной медицины является разработка новых эффективных методов терапии и профилактики вирусных заболеваний кожи и слизистых оболочек. Однако, следует отметить, что это представляет особые затруднения из-за способности вирусной инфекции персистировать в человеческом организме, находиться длительное время в латентном состоянии и реактивировать под влиянием внутренних и внешних неблагоприятных факторов.

Лечение вирусной инфекции является сложным в виду разнообразия клинических проявлений, хронического рецидивирующего течения и пожизненной персистенции вирусов в организме. Подходы к комплексной терапии вирусной инфекции зависят от частоты и тяжести патологического процесса, психо-социальных проблем и многих других причин.

Ряд авторов выделяют противовирусные препараты по механизму действия:

- ◆ Аналоги нуклеотидов, которые по своей структуре идентичные с продуктами биосинтеза ДНК и РНК и влияют на процессы репродукции вирусов на клеточном уровне.
- ◆ Препараты с вирулицидными свойствами.
- ◆ Интерферониндуцирующие препараты, которые действуют на культуры клеток и организм лабораторных животных (образуется интерферон, предохраняющий от вирусной инфекции).

Другие авторы антивирусные препараты разделяются на следующие группы (Ершов Ф.И., 1998):

- Химиопрепараты.
- Интерфероны.
- Индукторы интерферонов.
- Иммуномодуляторы.

Существует крайне ограниченный выбор этиотропных препаратов, включающий единственный активный виростатик ацикловир, который появился в начале 1980-х годов.

Ацикловир выпускается многими зарубежными и отечественными фармацевтическими фирмами под различными названиями (зовиракс, виролекс, герпетад, герпевир, ацигерпин, цикловиран, милавир и другие).

В то же время следует отметить, что ни ацикловир, ни другие известные противовирусные препараты не могут предотвратить переход вируса в латентное состояние, возникновения рецидивов заболевания, передачу вирусной инфекции, а также не влияют на естественное течение этой инфекции.

В последние годы разрабатываются новые методики системного и местного лечения. В повседневной деятельности врачами практического здравоохранения широко применяются противовирусные препараты как для общего, так и для наружного лечения вирусных заболеваний, которые занимают значительное место в комплексе лечебно-профилактических мероприятий и при своевременном использовании существенно влияют на клиническое течение заболевания, способствуют регрессу клинических проявлений, скорейшему выздоровлению, уменьшению количества рецидивов и их тяжести.

Следует отметить, что эффективность противовирусных средств, при острых вирусных инфекциях становится значительно выше в том случае, если они раньше назначены (в продромальный период или в первые сутки заболевания). Наибольший эффект отмечается в том случае, когда лечение начинают сами пациенты, так как врачи в большинстве случаев назначают медикаментозные препараты на 48 часов позже.

Такой подход позволяет облегчить клиническое течение болезни, предотвратить возникновение тяжелых осложнений, ограничить прием противовоспалительных и антибактериальных средств, сократить сроки излечения пациентов.

Классификация противовирусных препаратов (Ершов Ф.И. с соавт., 1993)

Аномальные нуклеозиды

- Ацикловир
- Видарабин
- Рибавирин
- Азидотимидин
- Ганцикловир.

Производные адамантана

- Амантадин
- Ремантадин
- Адапромин
- Дейтифорин
- Производные тиосемикарбозонов
- Синтетические аминокислоты.

Аналоги пирофосфата-фосфокарнет

Вирулицидные препараты

Прочие препараты.

При рецидивирующих формах вирусной инфекции целесообразно проводить сочетанную терапию вирусной инфекции противовирусными препаратами как системного, так и местного действия.

ГЕРПЕТАД /ф. "ТАД"/ (ацикловир)
Таблетки, содержащие 200 мг, 400 мг, 800 мг
ацикловира

ДЕЙСТВИЕ

- ◆ Противовирусное - оказывает влияние на вирусы: Varicella zoster, Herpes simplex типа I и II, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус.
- ◆ Ингибирует репликацию вирусной ДНК-полимеразы, что останавливает дальнейший синтез ДНК вируса и прекращает инфекционный процесс.
- ◆ Селективное - проникает в инфицированные вирусом клетки, при этом наблюдается низкая активность в отношении нормальных клеток.
- ◆ Снижает выраженность и продолжительность симптомов заболевания (отек, гиперемия, высыпания, субъективные ощущения), сокращает сроки заживления, препятствует появлению новых высыпаний, снижает частоту прогрессирования, генерализации и рецидивов.
- ◆ Быстро всасывается в кровь и достигает максимальной концентрации через 1,5-2 часа.
- ◆ Проникает в ткани и хорошо переносится при длительном приеме.
- ◆ В малой степени связывается с белками плазмы крови.
 - ◆ Выводится главным образом с мочой.
 - ◆ Практическое отсутствие побочных эффектов.
 - ◆ Профилактика рецидивов герпетической инфекции у пациентов с нормальным иммунным статусом и с иммунной недостаточностью.

Герпетад (ацикловир) мазь 2% в тубах по
2,0 г и 5,0 г

Герпетад слегка втирается тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 4 раза в сутки (10 дней), что значительно укорачивает период выделения вируса и улучшает клинические параметры (появление новых высыпаний, длительность существования клинических симптомов, время излечения и другие).

Пузырьковый лишай (острый процесс).

◆ Герпетад (ацикловир) назначается детям в возрасте старше 2 лет и взрослым внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки (5-7 дней).

◆ Детям в возрасте младше 2 лет назначается внутрь после еды по 100 мг 5 раз в сутки (5-7 дней).

Одновременно, рекомендуется применение герпетад (ацикловир) 2% мазь ⇒ смазывать очаги поражения 4-5 раз в сутки до стадии клинического выздоровления.

Продромальный период.

◆ Герпетад (ацикловир) назначается внутрь после еды по 200 мг 4 раза в сутки или по 400 мг 2 раза в сутки, в течение 5 дней (останавливает распространение патологического процесса, снижает тяжесть обострений у большинства пациентов).

Лечении рецидивов или профилактическая терапия.

◆ Герпетад (ацикловир) назначается внутрь после еды, по 200 мг 4 раза в сутки или по 400 мг 2 раза в сутки до клинического выздоровления.

Вирус ветряной оспы, опоясывающий лишай.

◆ Герпетад (ацикловир) назначается взрослым и детям в возрасте старше 6 лет внутрь после еды по 800 мг 5 раз в сутки (7-10 дней).

◆ Детям в возрасте от 2 до 6 лет назначается внутрь после еды по 400 мг 4 раза в сутки.

◆ Детям в возрасте до 2 лет назначается внутрь после еды по 200 мг 4 раза в сутки (7-10 дней).

Курс лечения может быть продлен.

Наряду с приемом внутрь, рекомендуется одновременно применять наружно 2% мазь "Герпетад" ⇒ втирать тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 4 раза в сутки на протяжении 10 дней.

Терапия рецидивов или профилактическое лечение.

◆ Герпетад (ацикловир) назначается внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки, в течение 5 дней до клинического выздоровления.

Супрессивная терапия.

Рекомендуется больным, у которых в анамнезе отмечается 6-8 и более обострений в год.

◆ Герпетад (ацикловир) назначается внутрь после еды по 400 мг 2 раза в сутки (значительно уменьшается частота, тяжесть и продолжительность обострений).

При этом не обнаруживаются токсичность препарата, снижение эффективности лечения с течением времени, появление резистентных вирусов.

ИЗОПРИНОЗИН

(молекулярный комплекс инозина и 1-диметиламино-2-пропанол-4-ацетаминбензоат в соотношении 1:3)

Син.: модимунал, инозиплекс, метизопринол, инозин пронабекс

Иммуностимулятор с противовирусной активностью

Производитель: АО Венгерский фармацевтический завод "Биогал" по лицензии фирмы Ewopharma AG

ДЕЙСТВИЕ

- ◆ Подавляет репликацию ДНК и РНК вирусов путем связывания с рибосомой пораженной вирусом клетки и изменения ее строения.
- ◆ Активизирует дифференцировку и пролиферацию Т-клеток.
- ◆ Повышает активность Т-хелперов и естественных киллеров.
 - ◆ Активизирует синтез интерферонов (особенно гамма-интерферона).
- ◆ Стимулирует хемотаксическую и фагоцитарную активность моноцитов, макрофагов, полиморфноядерных клеток.
 - ◆ За счет активации вспомогательных Т-лимфоцитов воздействует на В-лимфоциты, повышая синтез антител.

ПОКАЗАНИЯ

- ◆ Заболевания, вызванные вирусами герпеса (1, 2, 6, 7 типов), цитомегаловирусом (CMV), Varicella zoster, Herpes simplex et zoster.
 - ◆ Остроконечные кондиломы (HPV).
 - ◆ Инфекции мочеполовой сферы (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз).
 - ◆ Острые вирусные инфекции ВДП.
 - ◆ Гепатит В.
 - ◆ Инфекционный мононуклеоз EBV.
- ◆ Аутоиммунные заболевания, иммунодефицит, ВИЧ-инфекция.
- ◆ Детские вирусные инфекции (корь, паротит, ветряная оспа).
 - ◆ Атопический дерматит, тотальное облысение.
 - ◆ Подострый склерозирующий панэнцефалит.

ГРОПРИНОЗИН ®

Синтетический препарат, сочетающий свойства универсального иммуномодулятора с прямой противовирусной активностью в отношении широкого спектра ДНК- и РНК-геномных вирусов.

Международное название: Inosine Pranobex (Метизопринол)
Гродзиский фармацевтический завод ПОЛЬФА Сп. з о. о., Польша.
Таблетки по 500 мг, № 25 и № 50 в блистерах, в картонной коробочке.

ДЕЙСТВИЕ

- ◆ Противовирусное (прямое ингибирование вирусов в результате нарушения синтеза вирусной РНК и невозможность репликации полноценной РНК и ДНК соответствующих типов вирусов).
 - ◆ Иммуномодулирующее (повышается специфический и неспецифический противовирусный иммунитет, модулируется Т-клеточный иммунный ответ и усиливается гуморальный, нормализуется иммунорегуляторный индекс, повышается функциональная активность Т-лимфоцитов, стимулируется дифференцировка В-лимфоцитов).
 - ◆ Сочетается с антибиотиками, противовоспалительными и другими средствами.
 - ◆ Обладает высокой биодоступностью (после приема внутрь быстро всасывается и эффективная концентрация в плазме крови достигается через 30 минут и сохраняется до 6 часов).
- Метаболизируется в реакциях, типичных для пуринового обмена, с образованием мочевой кислоты.
- Кумуляции не выявлено, выводится с мочой (полное выведение препарата и его метаболитов происходит в течение 48 часов).

ПРИМЕНЕНИЕ И ДОЗЫ

Препарат принимают внутрь, лучше после еды (при необходимости таблетку можно измельчить).

◆ Взрослым назначается из расчета суточной дозы 50 мг на 1 кг массы тела за 3-4 приема.

В тяжелых случаях суточную дозу можно увеличить вдвое.

◆ Детям всех возрастных групп назначается в суточной дозе 50-100 мг/кг за 3-4 приема или по 1 таблетка (500 мг) на каждые 10 кг массы тела за 3-4 приема.

Средний курс лечения — 5-7 дней, при необходимости его можно продолжить до 2-3 недель и более (повторять с интервалом в 1-2 недели).

ПОКАЗАНИЯ

◆ Вирусные инфекции у (грипп, парагрипп, риновирусные и аденовирусные инфекции, бронхит, эпидемический паротит, корь).

- ◆ Инфекции, вызванные вирусами *Varicella zoster*, *Herpes simplex I* и *Herpes simplex II*, Эпштейна-Бар, цитомегаловирусом.
 - ◆ Вирусные гепатиты (преимущественно HBV-инфекции).
 - ◆ Вторичные инфекционно-вирусные заболевания на фоне ВИЧ.
 - ◆ Заболевания, вызванные *Human papillomavirus* (остроконечные кондиломы, папилломатоз, бородавки, неоплазии шейки матки).
 - ◆ Вторичные иммунодефицитные состояния.

СХЕМЫ НАЗНАЧЕНИЯ

- ◆ Заболевания верхних дыхательных путей: взрослые — по 2 таблетки 3 раза в сутки; дети — 50 мг/кг в сутки за 3-4 приема в течение 2-4 недель.
- ◆ Грипп, парагрипп, острые вирусные инфекции: взрослые — по 2 таблетки 3-4 раза в сутки; дети — 50-100 мг/кг в сутки за 3-4 приема (5-7 дней), затем препарат принимают еще 1-2 дня после исчезновения симптомов.
- ◆ Корь: 100 мг/кг в сутки в течение 1-2 недель.
- ◆ Острые инфекционные болезни: 50-100 мг/кг в сутки в течение 7-10 дней, через неделю курс лечения можно повторить.
- ◆ Эпидемический паротит: 70 мг/кг в сутки в течение 7-10 дней.
- ◆ Афтозный стоматит: 70 мг/кг в сутки в течение 6-8 дней.
- ◆ Инфекционный мононуклеоз: 50 мг/кг в сутки в течение 8 дней.
- ◆ Цитомегаловирусная инфекция: 50 мг/кг в сутки в течение 25-30 дней.
- ◆ Опоясывающий лишай, герпес красной каймы губ: взрослые — по 2 таблетки 3-4 р/сутки; дети — 50 мг/кг в сутки, 10 дней.
- ◆ Генитальный герпес: в острый период взрослые — по 2 таблетки 3-4 раза в сутки (50 мг/кг в сутки) в течение 5 дней, в период ремиссии — по 2 таблетки (1000 мг) 1 раз в сутки — до 6 месяцев.
- ◆ Остроконечные кондиломы после проведенных криодеструкции или электрокоагуляции — 50 мг/кг в сутки в течение 5 дней (2-3 курса с интервалом в 2-4 недели).
- ◆ Вирусный гепатит: 30-50 мг/кг в сутки в течение 15-30 дней.
- ◆ Тяжелые ожоги: 50-100 мг/кг в сутки в течение 5-10 дней.
- ◆ Вторичные иммунодефицитные состояния различного генеза: взрослые — по 2 таблетки 3-4 раза в сутки на протяжении 1-3 месяцев; дети — 50-100 мг/кг на протяжении 3 недель.
- ◆ Острые и хронические инфекции мочеполовой системы (хламидиоз, микоплазмоз и другие), по 2 таблетки 3-4 раза в сутки от 2 недель до 3 месяцев (в комплексном лечении с антибиотиками).

Больным с острой печеночной недостаточностью дозу необходимо уменьшить до 30-40 мг/кг в сутки.

АМИКСИН

Низкомолекулярное соединение класса флуоренонов
Первый пероральный синтетический низкомолекулярный
индуктор эндогенного интерферона
СОВМЕСТНОЕ УКРАИНСКО-БЕЛЬГИЙСКОЕ ХИМИЧЕСКОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ ОАО "ИНТЕРХИМ"

ДЕЙСТВИЕ

- ◆ Противовирусное (герпетическая инфекция, цитомегаловирус, вирусные гепатиты А, В, С, комплексная терапия инфекционно-аллергических заболеваний, урогенитальной инфекции).
- ◆ Вызывает образование в организме интерферонов типа α β γ
- ◆ Иммуномодулирующее (является модулятором иммунной системы, формирует гуморальный иммунный ответ, увеличивая продукцию IgM и IgG, восстанавливает соотношение Т-хелперы/Т-супрессоры).
- ◆ Уменьшает и устраняет иммунодепрессию.
- ◆ Увеличивает количество противовоспалительных цитокинов.
 - ◆ Антибактериальное.
 - ◆ Противовоспалительное.
 - ◆ Совместим с терапевтическими средствами (антибиотики, витамины, иммунопротекторы и другие).
 - ◆ Быстро проникает в кровь, органы и ткани.
 - ◆ Не связывается с белками.
- ◆ Формула крови и биохимические показатели не меняются.
- ◆ Корректирует вторичные интерферон - и иммунодефицитные синдромы при острых и хронических заболеваниях.

Назначается внутрь после еды по 250 мг 1 раз в день (2 дня), затем по 125 мг через день в течение 2 недель.

При осложненных формах вирусной инфекции продолжительность лечения составляет 4 недели.

При хроническом рецидивирующем процессе назначается по 250 мг 1 раз в день (2 дня), а затем по 125 мг через день в течение 3-4 недель, на курс лечения 1,250 г.

Отмечается длительная циркуляция (до 8 недель) терапевтической концентрации амиксина (50-100 ед/мл) после приема по 1 таблетке 1 раз в неделю (2 месяца).

ПРОТЕФЛАЗИД

Разработан отечественной НПК "ЭКОФАРМ"

Спиртовый экстракт темно-зеленого цвета, 1 капля содержит 2-5 мкг флавоноидных гликозидов выделенных из диких злаков (*deschampsia caespitosa* L. и *calamagrostis epigeios* L.)

ДЕЙСТВИЕ

- ◆ Противовирусное (подавляет ДНК-полимеразу в инфицированных клетках вирусами ВПГ 1 и 2, herpes zoster, СПИД, снижает и блокирует репликацию вирусной ДНК).
- ◆ Иммуномодулирующее (увеличивает продуцирование эндогенных α - и γ - интерферонов \Rightarrow вызывает неспецифическую резистентность, повышает иммунитет)
- ◆ Адаптогенное в отношении вирусов гепатита В и С
- ◆ Противоопухолевое (в комбинации с пирогеналом)
 - ◆ Жаропонижающее,
 - ◆ Антиоксидантное
- ◆ Улучшает белково-синтетическую функцию печени.

Впервые проводимое лечение назначается в лечебной дозе внутрь после еды по 5 капель 3 раза в день (2 дня), затем по 10 капель 3 раза в день (1-2 месяца) и в последующем поддерживающая доза по 5 капель 3 раза в день (через день) в течение 1-2 месяцев.

Вне обострения заболевания назначается внутрь после еды в лечебной дозе по следующей схеме: по 3 капли 3 раза в день (1-3 дни); по 5 капель 3 раза в день (4-6 дни); по 7 кап. 3 раза в день (7-9 дни) и затем по 8-10 капель 3 раза в день (3 месяца).

Поддерживающая доза по 5 капель 3 раза в день (через день) в течение 2-4 месяцев.

В случае наличия у пациента периодических обострений (стадии обострения) назначается по следующей схеме: в лечебной дозе по 5 капель 3 раза в день (1-2 дни); по 8 капель 3 раза в день (3-4 дни) и затем по 10 капель 3 раза в день (3-4 месяца). В поддерживающей дозе назначается по 7-8 капель 3 раза в день (через день) в течение 3-6 месяцев.

ЭПИГЕН ИНТИМ

(экстракт корня солодки ⇒ активное вещество глицерризиновая кислота)

Аэрозоль 125 мл во флаконе
(100 мл содержит 0,1 г глицерризиновой кислоты)

Раствор для наружного применения (флакон - механический
спрей 60 мл с пульверизатором для наружного и
интравагинального применения)

Наносится на пораженный участок в течение нескольких секунд
с расстояния 4-5 см путем нажатия клапана пульверизатора 3
раза в сутки в течение 3-4 дней и более.

ДЕЙСТВИЕ

◆ Противовирусное
(избирательное действие на процесс репродукции вируса)

◆ Иммуностимулирующее

◆ Противовоспалительное

◆ Ранозаживляющее

◆ Дезодорирующее

ПОКАЗАНИЯ

◆ Герпес генитальный.

◆ Герпес лабиальный.

◆ Папилломовирусная инфекции
(остроконечные кондиломы, вульгарные бородавки,
папилломы, вирусзависимая патология шейки матки).

◆ Цитомегаловирусная инфекция.

◆ Опоясывающий лишай.

◆ Неспецифические вагиниты и кольпиты.

◆ Лечение беременных и детей
(не оказывает тератогенного и эмбриотического действия).

◆ Предродовая санация родовых путей
(профилактика инфицирования новорожденных герпетической
и папилломавирусной инфекциями).

ПУЗЫРЬКОВЫЙ ЛИШАЙ

Случай наблюдения из практики

Больная К., 37 лет, обратилась в клинику кожных и венерических болезней с жалобами на высыпания в области верхней губы, зуд, жжение. Болеет в течение трех лет, когда впервые после общего переохлаждения появилась сыпь. Со слов пациентки высыпания периодически возникают 4-5 раз в год. Неоднократно лечилась у врача дерматолога по месту жительства, который поставил диагноз простой пузырьковый лишай. Назначались анилиновые красители, противовирусные мази (оксалиновая, теброфеновая и другие), но безуспешно.

При объективном осмотре на верхней губе на фоне гиперемированной и отечной кожи отмечались единичные, размером до 1-3 мм в диаметре пузырьки с прозрачным серозным содержимым.

Был поставлен диагноз хронический рецидивирующий пузырьковый лишай и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- изопринозин – назначался внутрь после еды по 1000 мг (2 таблетки) 3 раза в день в течение 7 дней;
- протезлазид - назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день (1 месяц) и затем по 5 капель 3 раза в день (через день) в течение 2 месяцев;
- амиксин – назначался внутрь после еды по 125 мг через день в течение 3 недель;
- герпетад (ацикловир) назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки, в течение 5 дней; затем рекомендовалось продолжать принимать герпетад (ацикловир) по 400 мг 2 раза в сутки в течение 6-12 месяцев.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- пузырьки смазывались раствором бриллиантовой зелени 3 раза в день до подсыхания, а затем применялась 2% мазь герпетад, которая слегка втиралась тонким слоем в очаги в течение 1 минуты 4 раза в сутки в течение 10 дней.

После проведенного лечения наступило клиническое выздоровление.

Случай наблюдения из практики

Больной Р., 28 лет, обратилась в клинику кожных и венерических болезней. Предъявлял жалобы на болезненную сыпь в области красной каймы нижней губы и на подбородке. Болеет в течение пяти лет, когда заболел острой респираторной вирусной инфекцией и впервые возникли высыпания. С тех пор высыпания периодически появляются 4-5 раз в год, преимущественно в холодное время года. Во время периодов обострения заболевания лечился у врача дерматолога по месту жительства с диагнозом простой пузырьковый лишай. Назначались противовирусные препараты (герпетическая вакцина,

противовирусные мази и другие). После проведенного лечения клинические проявления болезни регрессировали, но затем вновь появлялась сыпь.

При объективном исследовании на верхней губе и подбородке определялись сгруппированные, слившиеся пузырьки размером 2-5 мм в диаметре с прозрачным содержимым. В местах высыпаний кожа красного цвета, отечная.

Был поставлен диагноз хронический рецидивирующий пузырьковый лишай и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- гропринозин назначался внутрь после еды по 1000 мг (2 таблетки) 3 раза в сутки в течение 7 дней;
- протефлазид - назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день (1 месяц) и затем по 5 капель 3 раза в день (через день) в течение 2 месяцев;
- амиксин – назначался внутрь после еды по 125 мг через день в течение 3 недель;
- герпетад (ацикловир) назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки, в течение 5 дней; затем рекомендовалось продолжать принимать герпетад (ацикловир) по 400 мг 2 раза в сутки в течение 6-12 месяцев.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- пузырьки смазывались 2% раствором бриллиантового зеленого 3 раза в день до подсыхания, а затем применялась 2% мазь герпетад, которая слегка втиралась тонким слоем в очаги в течение 1 минуты 4 раза в сутки в течение 10 дней.

После проведенного лечения наступило клиническое выздоровление.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

Случай наблюдения из практики

Больной С., 25 лет, обратился в клинику кожных и венерических болезней с жалобами на зудящие высыпания в области полового члена. Болеет в течение шести лет. Причину заболевания ни с чем не связывает. Лечился у врача дерматолога по поводу генитального герпеса противовирусными мазями. После лечения наступало выздоровление, но затем вновь отмечались обострения заболевания.

При осмотре на внутреннем листке крайней плоти в области венечной борозды выявлялись гиперемия и отечность кожи, сгруппированные пузырьки с серозным и мутным содержимым, которые были размером 2-5 мм в диаметре, местами имелись краснорозового цвета мелкие эрозии с скудным серозным отделяемым на поверхности. Субъективно пациента беспокоили зуд, жжение, болезненность в очагах поражения.

Был выставлен диагноз хронический рецидивирующий генитальный герпес и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- изопринозин – назначался внутрь после еды по 1000 мг (2 таблетки) 4 раза в день (10 дней), а в период ремиссии по 1000 мг 1 раз в сутки в течение 6 месяцев;
- протезлазид – назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день (2 месяца) и в последующем по 5 капель 3 раза в день (через день) в течение 3 месяцев;
- амиксин – назначался внутрь после еды по 125 мг через день в течение 4 недель;
- герпетад (ацикловир) назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки (5 дней), а затем по 400 мг 2 раза в сутки в течение 6-12 месяцев.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- пузырьки смазывались раствором бриллиантовой зелени 3 раза в день до подсыхания, а затем применялась 2% мазь герпетад, которая слегка втиралась тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 4 раза в сутки в течение 10 дней.

После проведенного лечения наступило клиническое выздоровление.

Случай наблюдения из практики

Больной С., 25 лет, обратился в клинику кожных и венерических болезней с жалобами на зудящие высыпания в области полового члена. Болеет в течение пяти лет. Причину заболевания ни с чем не связывает. Лечился у врача дерматолога по поводу рецидивирующего герпеса противовирусными мазями (оксалиновая, теброфеновая и другие), но безуспешно.

При осмотре на головке полового члена выявлялась гиперемия и отечность кожи, сгруппированные пузырьки с серозным содержимым, размером до 1-3 мм в диаметре. Субъективно – зуд, жжение, болезненность. Было назначено следующее лечение:

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- гропринозин назначался внутрь после еды по 1000 мг (2 таблетки) 4 раза в сутки (10 дней), а в период ремиссии по 1000 мг 1 раз в сутки в течение 6 месяцев;
- протезлазид – назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день (2 месяца) и в последующем по 5 капель 3 раза в день (через день) в течение 3 месяцев;
- амиксин – назначался внутрь после еды по 125 мг через день в течение 4 недель;
- герпетад (ацикловир) назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки (5 дней), а затем по 400 мг 2 раза в сутки в течение 6-12 месяцев.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- пузырьки смазывались раствором фукоцина 3 раза в день до подсыхания, а затем применялась 2% мазь герпетад, которая слегка

втиралась тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 4 раза в сутки в течение 10 дней.

После проведенного лечения наступило клиническое выздоровление.

ЦИТОМЕГАЛИЯ

Общее лечение

- ◆ Противовирусные препараты системного действия.
- ◆ Иммуностимулирующие препараты.
- ◆ Общеукрепляющие средства.

Местное лечение

- ◆ Противовирусные препараты местного действия (аппликации, тампоны, промывания, смазывания).

Случай наблюдения из практики

Больная К., 27 лет, была направлена на консультацию в клинику кожных и венерических болезней. На протяжении последних 3-х лет страдает хроническим хламидийным уретритом, эндоцервицитом. Неоднократно лечилась по месту жительства у врача дерматовенеролога, гинеколога, но безуспешно. В анамнезе отмечает два самопроизвольных выкидыша. Замужем в течение 5 лет. На момент обращения предъявляла жалобы на периодические незначительные слизисто-гнойные выделения из влагалища, зуд, жжение во время мочеиспускания. При лабораторном исследовании в соскобах с шейки матки был выделен цитомегаловирус, а также обнаружены хламидии. При объективном исследовании пациентки слизистая оболочка влагалища слегка гиперемированная. Шейка матки слегка отечная, гиперемированная, свободная от высыпаний

Пациентке был выставлен диагноз: хронический хламидийный уретрит, эндоцервицит цитомегаловирусной и хламидийной этиологии и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- герпетад (ацикловир) – назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки, в течение 1-5 дней;
- изопринозин – назначался внутрь после еды по 1000 мг (2 таблетки) 3 раза в день, 1-10 дни лечения;
- вильпрафен – назначался внутрь после еды по 500 мг 2 раза в день, 6-25 дни лечения;
- йогурт – назначался внутрь после еды по 1 капсуле 2 раза в сутки, 1-25 дни лечения.
- протектазид – назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день (1 флакон);
- амиксин – назначался внутрь, после еды, по 0,125 г через день (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19 дни лечения и т.д.), на курс 20 таблеток.
- трипсин (химотрипсин) кристаллический, вводился внутримышечно ежедневно по 10 мг 1 раз в сутки (перед инъекцией содержимое 1

флакона растворялось в 2-3 мл изотонического раствора натрия хлорида), на курс лечения 20 процедур.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

– эпиген интим – вводился во влагалище в течение нескольких секунд путем нажатия клапана пульверизатора 3 раза в сутки, чередуя с протезлазидом (в виде аппликаций), на курс лечение 20 процедур;

После проведенной комплексной терапии у пациентки наступило клиническое выздоровление.

ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ

Общее лечение

◆ Анальгетики при болевых ощущениях (анальгин внутрь после еды, по 0,5 г 2-3 раза в день в течение 5-7 дней).

◆ Салицилаты.

◆ Ацетилсалициловая кислота внутрь после еды по 0,5 г 3-4 раза в день в течение 5-7 дней.

◆ Иммуностимуляторы.

◆ Противовирусные препараты.

◆ Гипосенсибилизирующие препараты.

– Препараты кальция: 10% раствор хлорида кальция внутривенно по 10,0 мл 1 раз в сутки, на курс 10-12 инъекций; 10% раствор глюконата кальция внутримышечно по 10,0 мл 1 раз в сутки, на курс 10-15 процедур; 30% раствор гипосульфита натрия внутривенно по 10,0 мл 1 раз в сутки, на курс 10-12 вливаний.

– Аутогемотерапия – после взятия из локтевой вены кровь пациента (аутокровь) вводится подкожно вокруг пупка 1 раз в 3 дня по 3-5-7-10-7-5-3 мл (аутокровь оказывает специфическое гипосенсибилизирующее действие).

– Инъекции цитратной или гемолизированной крови – по 3-5-7-10 мл через 2-3 дня, на курс 7-8 процедур.

Детям и лицам пожилого возраста предпочтительно назначать пероральный прием: 10% раствор глюконата кальция по 1-2 столовые ложки 2-3 раза в день; 30% раствор тиосульфата натрия по 1 столовой ложке 3 раза в день; глицерофосфат кальция по 0,5 г 3 раза в день и другие.

При геморрагических и гангренозных формах опоясывающего лишая рекомендуются витамины группы В, витамины С, Р.

Витамин Р (рутин) назначается взрослым по 0,02-0,05 г 2-3 раза в сутки внутрь после еды в течение 2-3 недель.

Rp.: Rutini 0,02 № 30

D.S. По 0,02 г 3 раза в день
внутри после еды.

Для внутримышечного и подкожного введения применяются рутин (рутин 0,025 г и уротропин 0,05 г в 1 мл дистиллированной воды), рутамин (рутин 0,05 г и новокаин 0,075 г в 1 мл дистиллированной воды), цитрин (2-3% раствор в 1 мл дистиллированной воды), которые назначаются по 1 мл 1 раз в сутки, на курс 30-50 инъекций.

Выпускается также в таблетках под названием "Аскорутин" (рутин, аскорбиновая кислота по 0,05 г и глюкоза 0,2 г) – назначается внутри после еды по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1-1,5 месяцев.

Rp.: Tab. "Ascorutinum" № 30

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день
внутри после еды.

Для ликвидации остаточных явлений (парезы, невралгии, гиперестезии) назначаются витамины B₁, B₂, B₁₂

В и т а м и н B₁ (тиамин); синтетические препараты (тиамина бромид, тиамин гидрохлорид) – назначаются в суточной дозе 0,005-0,01 г в течение 30-40 дней.

Rp.: Tab. Thiamini chloridi 0,002 № 50

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день
внутри после еды.

Подкожно или внутримышечно взрослым назначается тиамин хлорид по 0,025-0,05 г (1 мл 2,5% или 5% раствора) или тиамин бромид по 0,03-0,06 г (1 мл 3% или 6% раствора) 1 раз в день, на курс 20-30 инъекций.

Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3% 1 ml

D. t. d. № 20 in ampull.

S. По 1 мл внутримышечно
1 раз в день.

Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2,5% 1 ml

D. t. d. № 20 in ampull.

S. По 1 мл внутримышечно
1 раз в день.

Необходимо исключить одновременное парентеральное введение витамина В₁ с витаминами В₆ и В₁₂, так как витамин В₆ затрудняет фосфорилирование витамина В₁, а витамин В₁₂ усиливает алергизирующие свойства витамина В₁, что может привести к нежелательным алергическим реакциям, сердечно-сосудистым и желудочно-кишечным расстройствам, анафилактическому шоку.

В и т а м и н В₂ (рибофлавин) назначается внутрь после еды по 0,005-0,01 г 3 раза в сутки, 1-1,5 месяцев.

Rp.: Tab. Riboflavini 0,005 № 50
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день
внутри после еды.

Внутримышечно или подкожно применяется рибофлавина мононуклеотид 1% раствор по 1 мл 1 раз в сутки, 10-15 дней.

Rp.: Sol. Riboflavini mononucleotidi 1% 1 ml
D. t. d. № 15 in ampull.
S. По 1 мл внутримышечно
1 раз в день.

В и т а м и н В₆ (пиридоксина гидрохлорид). Лечебная доза для взрослых составляет 0,05-0,1 г в сутки 1-2 раза в день, 1-2 месяца.

Rp.: Tab. Pyridoxini 0,01 № 50
D.S. По 2 таблетке 3 раза в день
внутри после еды.

Rp.: Sol. Pyridoxini 5% 1 ml
D. t. d. № 10 in ampull.
S. По 1 мл внутримышечно
1 раз в день.

В и т а м и н В₁₂ (цианокобаламин) вводится внутримышечно, подкожно взрослым по 200-500 мкг через день, на курс лечения 15-20 инъекций.

Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,05% 1 ml
D. t. d. № 10 in ampull.
S. По 1 мл внутримышечно
1 раз в день.

- Физиотерапия.
- Сегментарно-рефлекторное воздействие диадинамических токов.
- Косвенная диатермия шейных и поясничных симпатических узлов.
- Магнитное поле.
- Диадинамик.
- Ультразвук по ходу нервных волокон.
- Новокаиновая блокада соответствующей области.
- Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах.
- Соллюкс и другие процедуры.

Наружное лечение

◆ Анилиновые красители.

Применяются водные или спиртовые растворы анилиновых красителей (1-2% растворы бриллиантового зеленого, пиоктанина, эозина, фулорцин), обладающие дезинфицирующим и высушивающим действием.

Rp.: Viridis nitentis 2,0
 Spiritus aethylici 70* 100 ml
 M.D.S. Смазывать очаги поражения на коже 2 раза в день.

Rp.: Sol. Eosini 2% 30 ml
 D.S. Смазывать очаги поражения на коже 2 раза в день.

- ◆ Противовирусные кремы, мази.
- ◆ Примочки с протефлазидом.
- ◆ Аппликации диметилсульфоксида (ДМСО) на очаги поражения и сегментарно; марлевые повязки, пропитанные ДМСО.

Случай наблюдения из практики

В клинику обратилась больная К., 62 лет, с жалобами на высыпания на коже туловища, сильную боль в очагах поражения. Из анамнеза: около 7 дней назад после сильного переохлаждения почувствовала "колющие, стреляющие" боли в области поясницы. Затем через 2 дня появились высыпания, которые быстро распространились по всему туловищу. Занималась самолечением (смазывала пораженные участки настойкой калдендулы), но состояние не улучшалось.

При объективном исследовании патологический процесс носит односторонний характер, асимметричный и локализуется на коже поясницы справа с переходом на кожу живота. На фоне гиперемированной и отечной кожи отмечаются множественные сгруппированные пузырьки с мутным содержимым, размером 3-5 мм в диаметре. Общая температура тела 38,0С. Пациентка предъявляла жалобы на сильное жжение в очагах поражения, тупые боли.

Был установлен диагноз: опоясывающий лишай и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- герпетад (ацикловир) – назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки, в течение 5 дней, затем по 400 мг 2 раза в сутки в течение 1 месяца;
- изопринозин – назначался внутрь после еды по 1000 мг (2 таблетки) 4 раза в сутки в течение 10 дней;
- амиксин – назначался внутрь после еды по 125 мг через день, на курс лечения 20 таблеток;
- протезлазид – назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день в течение 1 месяца;
- анальгин – назначался внутрь после еды по 1 таблетке 2 раза в день (5 дней);
- фенкарол – назначался внутрь после еды по 1 таблетке 3 раза в день (10 дней);
- 30% раствор тиосульфата натрия – назначался внутрь после еды по 1 столовой ложке 3 раза в день (20 дней).

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- везикулы смазывались 1% водным раствором эозина 3 раза в день до подсыхания, а затем применялась 2% мазь герпетад, которая слегка втиралась тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 4 раза в сутки в течение 10 дней.

После проведенной терапии высыпания регрессировали, однако сохранились умеренные боли по ходу пораженного нервного ствола, которые позднее исчезли.

Случай наблюдения из практики

В клинику обратился больной М., 65 лет с жалобами на высыпания на коже груди, которые сопровождалась резкими болевыми ощущениями. Считает себя больным в течение 5 дней. Причину заболевания связывает с вирусной респираторной инфекцией. Не лечился.

При осмотре пациента в области грудной клетки слева по ходу межреберных нервов отмечаются сгруппированные, местами слившиеся пузырьки размером 3-5 мм в диаметре, с прозрачным, мутным, а местами с геморрагическим содержимым. Пациент предъявлял жалобы на сильное жжение в очагах поражения.

Был выставлен диагноз опоясывающий лишай и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ::

- герпетад (ацикловир) – назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки (5 дней), а затем по 400 мг 2 раза в сутки в течение 2 месяцев;
- гропринозин – назначался внутрь после еды по 1000 мг (2 таблетки) 4 раза в сутки (10 дней);
- протезлазид – назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день (1 месяц), затем по 5 капель 3 раза в день (через день) в течение 2 месяцев;

- амиксин – назначался внутрь после еды по 125 мг через день в течение 4 недель;
- анальгин – назначался внутрь после еды по 1 таблетке 2 раза в день (5 дней);
- димедрол – назначался внутрь после еды по 1 таблетке 3 раза в день (10 дней);
- аскорутин – назначался внутрь после еды по 1 таблетке 3 раза в день (1 месяц);
- 30% раствор тиосульфата натрия — назначался внутрь после еды по 1 столовой ложке 3 раза в день (20 дней).

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- везикулы смазывались 1% водным раствором эозина 3 раза в день до подсыхания, а затем применялась 2% мазь герпетад, которая слегка втиралась тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 4 раза в сутки в течение 10 дней.

После проведенного лечения наступило клиническое выздоровление.

ВАКЦИНАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ, ВАКЦИННАЯ ЭКЗЕМА, ВАКЦИННАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ И ВАКЦИННАЯ ЭМБРИОПАТИЯ

Общее лечение

- ◆ Противовирусные препараты (противооспенный или противокоревой гамма-глобулин 0,1-0,3 мл на 1 кг массы тела ребенка 2-3 раза в неделю, на курс 3-4 инъекции; интерферон в нос 2-3 капли 3-6 раз в день).
- ◆ Антибиотики широкого спектра действия.

Вильпрафен таблетки

Назначается взрослым и детям старше 14 лет внутрь в суточной дозе 1-1,5 г в течение 10-15 дней.

Вильпрафен суспензия

Назначается детям:

- в возрасте до 1 года с массой тела от 5,5 до 10 кг по 2,5-5,0 мл 2 раза в день;
- в возрасте от 1 года до 6 лет с массой тела от 10 до 21 кг по 5-10,0 мл 2 раза в день;
- в возрасте от 6 до 14 лет с массой тела более 21 кг по 10-15 мл 2 раза в день.

Вильпрафен форте суспензия

Назначается детям:

- в возрасте от 1 года до 6 лет с массой тела от 10 до 21 кг по 2,5-5,0 мл 2 раза в день;
- в возрасте от 6 лет до 14 лет с массой тела 21-45 кг по 5-10,0 мл 2 раза в день;

- в возрасте от 6 до 14 лет с массой тела более 21 кг по 10-15,0 мл 2 раза в день;
- в возрасте старше 14 лет и взрослым по 7,5-10,0 мл 2 раза в день.

- ◆ Антигистаминные препараты.
- ◆ Гипосенсибилизирующие средства.
- ◆ Глюкокортикостероидные гормоны (в тяжелых случаях) в зависимости от возраста и веса ребенка в дозе 2-5 мг/кг массы тела ребенка.
- ◆ Дезинтоксикационные средства (реополиглюкин или неогемодез внутривенно капельно по 200-400 мл 1 раз в сутки, 4-5 процедур).
- ◆ Седативные препараты.
- ◆ Витамины (витамин С, рутин, витамины группы В).

Местное лечение

- ◆ Анилиновые красители
- ◆ Противовирусные мази герпетад /ацикловир/ (мазь) слегка втирается тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 4 раза в сутки в течение 10 дней.
- ◆ Антибактериальные мази.

Случай наблюдения из практики

В клинику кожных и венерических болезней обратилась мама по поводу своего ребенка. Девочка в возрасте 5 лет, в течение последних трех лет болеет детской экземой. Заболевание периодически обостряется в осенне-зимнее время года. Во время обострений лечится амбулаторно у дерматолога по месту жительства. Наступает выздоровление. В летнее время высыпания полностью регрессируют, особенно после пребывания на Азовском побережье. В детском садике, который посещает девочка, были сделаны противооспенные прививки. На следующий день после вакцинации у девочки появились: повышение температуры тела до 38-39°C, головные боли, а через 3 дня возникли зудящие высыпания рядом с местом проведенной прививки.

При объективном исследовании на коже вблизи места вакцинации и окружающих участках кожного покрова отмечаются обильные пятнистые высыпания, узелки, пузырьки и пустулы размером от 1 до 3 мм в диаметре, везикуло-пустулы с пупковидным вдавлением в центральной части.

Был поставлен диагноз вакцинальная болезнь и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- герпетад (ацикловир) – назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней;
- вильпрафен суспензия – назначался внутрь после еды по 5 мл 2 раза в день в течение 7 дней;
- глюконат кальция – назначался внутрь после еды по 0,25 г 3 раза в день (20 дней);
- ацетилсалициловая кислота – назначалась внутрь после еды в суточной дозе 0,1 г в 3 приема в течение 5 дней;

- димедрол – назначался внутрь после еды, в суточной дозе 0,02 г в 3 приема (7 дней);
- витамин С – назначался внутрь после еды по 0,1 г 3 раза в день (20 дней);

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- пузырьки смазывались раствором бриллиантовой зелени 2 раза в день до подсыхания, а затем применялась мазь герпетад, которая втиралась тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 3 раза в сутки в течение 10 дней.

После проведенного лечения наступило клиническое выздоровление.

ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ЭКЗЕМА КАПОШИ

- ◆ Противовирусные препараты (интерферон вводится в нос по 2-3 капли 3-6 раз в день, гамма-глобулин и другие).
- ◆ Глюкокортикостероидные гормоны (в тяжелых случаях) в дозе 2-5 мг/кг массы тела ребенка.
- ◆ Антибиотики широкого спектра действия.

Вильпрафен таблетки

Назначается взрослым и детям старше 14 лет внутрь в суточной дозе 1-1,5 г в течение 10-15 дней.

Вильпрафен суспензия

Назначается детям:

- в возрасте до 1 года с массой тела от 5,5 до 10 кг по 2,5-5,0 мл 2 раза в день;
- в возрасте от 1 года до 6 лет с массой тела 10-21 кг по 5-10,0 мл 2 раза в день;
- в возрасте от 6 до 14 лет с массой тела более 21 кг по 10-15,0 мл 2 раза в день.

Вильпрафен форте суспензия

Назначается детям:

- в возрасте от 1 года до 6 лет с массой тела от 10 кг до 21 кг по 2,5-5,0 мл 2 раза в день;
- в возрасте от 1 года до 6 лет с массой тела 10-21 кг по 5-10,0 мл 2 раза в день;
- в возрасте от 6 до 14 лет с массой тела более 21 кг по 10-15,0 мл 2 раза в день;
- в возрасте старше 14 лет и взрослым по 7,5-10,0 мл 2 раза в день.

- ◆ Дезинтоксикационные средства

(реополиглюкин или неогемодез вводятся внутривенно капельно по 200-400 мл 1 раз в сутки, на курс лечения 4-5 процедур).

- ◆ Гипосенсибилизирующие препараты.
- ◆ Антигистаминные средства.
- ◆ Седативные препараты.
- ◆ Витамины.

Витамин С (кислота аскорбиновая) назначается внутрь после еды по 0,3-0,5 г 2-3 раза в день в течение 1-1,5 месяцев.

Rp.: Acidi ascorbinici 0,1
 Sacchari 0,3
 M. f. pulv.
 D. t. d. № 30
 S. По 1 порошку 3 раза в день
 внутрь после еды.

Rp.: Tab. Acidi ascorbinici 0,05 № 50
 D.S. По 2 таблетке 3 раза в
 день внутрь после еды.

Внутривенно или внутримышечно назначаются 5% и 10% растворы аскорбиновой кислоты по 2-10 мл ежедневно, на курс лечения до 20 процедур.

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% 1 ml
 D. t. d. № 20 in ampull.
 S. По 1 мл внутримышечно
 1 раз в день.

Витамин В₁ (тиамин), витамин В₆ (пиридоксина гидрохлорид).

Витамин РР (кислота никотиновая, витамин В₃) назначается по 0,05-0,1 г 2-4 раза в день в течение 3-5 недель.

Rp.: Tab. Acidi nicotinici 0,05 № 50
 D.S. По 1 таблетке 3 раза в день
 внутрь после еды.

Внутримышечно никотиновая кислота вводится по 1 мл 1% раствора 1 раз в день в течение 10-15 дней.

Rp.: Sol. Acidi nicotinici 1% 1 ml
 D. t. d. № 10 in ampull.
 S. По 1 мл внутримышечно
 1 раз в день.

Витамин В₁₅ (кальция пангамат). Суточная доза для взрослых составляет 100 - 300 мг.

Rp.: Tab. Calcii pangamas 0,05 № 100

D.S. По 2 таблетке 3 раза в сутки после еды.

Местное лечение

- ◆ Анилиновые красители.
- ◆ Дезинфицирующие кремы (мази).

Случай наблюдения из практики

В клинику кожных и венерических болезней обратились родители мальчика, возраст которого был 3 года, с жалобами на болезненные высыпания у ребенка на лице, верхних и нижних конечностях, которые появились 2 дня назад. Из анамнеза было выяснено, что после рождения мальчик находился на искусственном питании и в настоящее время наблюдается у дерматолога по месту жительства по поводу детской экземы. Папа ребенка в течение последних нескольких лет страдает пузырьковым лишаем (последний раз переболел 10 дней назад).

При объективном исследовании у ребенка на щеках, плечах, предплечьях и бедрах отмечаются многочисленные, многокамерные, размером от 1-3 до 5 мм в диаметре, сгруппированные везикуло-пустулезные элементы, а также оспенopodobные везикуло-пустулы с плотной покрывкой и пупковидным вдавлением в центре. Кожа лица отечная. При пальпации подчелюстные лимфатические узлы, увеличенные, болезненные.

Был поставлен диагноз герпетиформная экзема Капоши и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- герпетад (ацикловир) – назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней;
- вильпрафен суспензия – назначался внутрь после еды по 5 мл 2 раза в день в течение 10 дней;
- глюконат кальция – назначался внутрь после еды по 0,25 г 3 раза в день (20 дней);
- ацетилсалициловая кислота – назначалась внутрь после еды, в суточной дозе 0,05 г в 3 приема в течение 5 дней;
- фенкарол – назначался внутрь после еды, в суточной дозе 0,02 г в 3 приема (7 дней);
- витамин С – назначался внутрь после еды по 0,05 г 3 раза в день (20 дней);

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- пузырьки смазывались раствором бриллиантовой зелени 2 раза в день до подсыхания, а затем применялась мазь герпетад, которая втиралась тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 3 раза в сутки в течение 10 дней.

После проведенного лечения наступило клиническое выздоровление.

БОРОДАВКИ (ОБЫКНОВЕННЫЕ ПЛОСКИЕ, ЮНОШЕСКИЕ, ПОДОШВЕННЫЕ, ОСТРОКОНЕЧНЫЕ)

В настоящее время существует большое количество различных методов терапии бородавок. При наличии множественных высыпаний рекомендуются внутрь или парентерально противовирусные препараты в комбинации с местным лечением. Терапия остроконечных кондилом проводится с учетом количества, размеров и локализации высыпаний и также включает общее и местное лечение.

Общее лечение

- ◆Противовирусные препараты.
- ◆Иммуностимуляторы.
- ◆Гипосенсибилизирующие препараты.
- ◆Анальгетики (при болевых ощущениях).
- ◆Антибиотики широкого спектра действия. Вильпрафен (при осложнениях вторичной пиококковой инфекцией).

Местное лечение

- ◆Подорожник 10-25% спиртовой раствор.
(подорожник 20,0 г; спирт этиловый 70% 70,0 мл; коллодий 10,0 г).
Вата или марля смачиваются в растворе и прикладываются на высыпания 2-3 раза в день 2 раза в неделю (отмечена токсичность препарата и его не рекомендуется применять у беременных);
общая площадь воздействия препарата не должна быть более 10 см², а количество не более 0,5 мл на одну процедуру.
- ◆Подорожниковый токсин 0,5% раствор.
Смазываются элементы сыпи 2 раза в день (3 дня), а затем перерыв 4 дня (до 4 циклов); площадь применения препарата не более 10 см², а объем не более 0,5 мл (не рекомендуется применение у беременных).
- ◆Кондилин
(0,5% раствор подождитоксина в 96° спирте).
Проводятся аппликации на высыпания 2 раза в день (3-5 дней).
- ◆Раствор пергидроля – смазывание.
- ◆Сок чистотела – смазывание.
- ◆Противовирусные кремы (мази).
- ◆5 фторурациловый 5% крем.
Наносится на высыпания 1 раз в сутки 1 неделя или 1 раз в неделю (10 недель); для первичного лечения 5 фторураци-

ловый 5% крем недостаточно эффективный, так как излечение, согласно статистическим наблюдениям, наступает в 33-70% случаев (применение препарата сопровождается сильными болевыми ощущениями и нередко изъязвлениями кожного покрова).

- ◆ Резорцин (резорцин 3,0 и этиловый спирт 70% – 10,0). Смазывать поверхность кондилом 1-2 раза в день.
- ◆ 0,25-0,5% риодоксол (трийодрезорцин). Аппликации 6-7 раз в день (12-18 дней).
- ◆ Ферезол (фенол 60% и трикрезол 40%). Обработка кондилом от 10 до 60 минут с перерывом 1 неделя.
- ◆ Трихлоруксусная кислота (80-90%). Наносится на область кондилом, а остаток кислоты удаляется тальком или пищевой содой; при необходимости трихлоруксусная кислота наносится каждую неделю, но если кондиломы остаются после 6 процедур, рекомендуется применение других средства.
- ◆ Озонотерапия. Аппликации озонидами 2 раза в день в течение 2 недель до и после CO₂ – лазерной вапоризации.
- ◆ Интерферон L-, B- и g (раствор, мазь, суппозитории). Эффективным является применение путем введения в кондиломы или в виде аппликаций 1 раз в день в течение 7-14 дней или 3 раза в неделю в течение 2 месяцев (побочных явлений не отмечается).
- ◆ Криодеструкция.
- ◆ Электро- и диатермокоагуляция.
- ◆ Местное хирургическое лечение.

При объективном клиническом исследовании у беременных женщин остроконечные кондиломы рыхлой консистенции и имеют склонность к пролиферации и рецидивированию.

Лечение рекомендуется проводить у них в более ранние сроки беременности и применять лишь физические деструктивные методы терапевтического воздействия (криотерапия, лазер).

Такая же терапевтическая тактика должна соблюдаться и в отношении детей.

В комплексном лечении папилломо-вирусной инфекции нами хороший эффект был получен при использовании в комплексной терапии универсального кератолитика "Колломак" /фирма "Mask"/ (в 10,0 г раствора содержатся: салициловая

кислота – 2,0 г, молочная кислота – 0,5 г, 0,2 г полидоканол 600 и пр. ингредиенты), который после применения не вызывал рубцовых изменений кожи.

"Колломак" наносился на пораженный участок кожи по 1 капле 1-2 раза в день до полного отторжения бородавок (обычно в среднем через 3-4 дня после начала лечения и проведённой теплой мыльно-содовой ванночки происходило отторжение).

Случай наблюдения из практики

В клинику кожных и венерических болезней обратился пациент С., 22 лет, учащийся, по поводу сыпи на лице. Считает себя больным в течение года, когда впервые появились единичные высыпания на щеке справа. К врачу не обращался. Занимался самолечением (смазывал соком чистотела). Однако, появлялись новые высыпания и больной обратился к врачу дерматологу студенческой больницы, откуда был направлен в клинику кожных и венерических болезней.

При объективном исследовании на лице в области лба, щек, на подбородке отмечаются множественные плоские, гладкие узелки, округлой формы, светло-серого, светло-коричневого цвета, размером от 1-3 до 3-5 мм и более в диаметре с шелушением на поверхности.

Был выставлен диагноз множественные плоские бородавка и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- изопринозин – назначался внутрь после еды по 1000 мг (2 таблетки) 3 раза в день в течение 20 дней;
- протезлазид – назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день, в течение 1 месяца;
- амиксин – назначался внутрь после еды по 125 мг через день, на курс 20 таблеток.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- "Колломак" наносился на пораженный участок кожи по 1 капле 2 раза в день в течение 5 дней; затем назначалась теплая мыльно-содовая ванночка и проводилась механическая чистка тупым ножом.

После проведенного лечения наступило клиническое выздоровление.

Случай наблюдения из практики

В клинику обратился пациент Б., 43 лет, по профессии шахтер, с жалобами на ощущение образования на подошвенной поверхности правой стопы, а также на боли, которые усиливаются при ходьбе. Считает себя больным в течение года. Занимался самолечением (смазывал очаг поражения мозольной жидкостью, срезал лезвием). Однако, состояние не улучшалось. Пациент утратил трудоспособность и обратился к хирургу по месту жительства. Был установлен диагноз подошвенная бородавка и предложено хирургическое лечение, от которого больной отказался. Был направлен на консультацию в клинику кожных и венерических болезней.

При объективном исследовании на подошвенной поверхности правой стопы, в проекции головки IV плюсневой кости определяется глубокий болезненный узел, серо-желтого цвета, размером до 15 мм в диаметре, возвышающийся над окружающей кожей и неровной шероховатой поверхностью, на которой видны мелкие черно-коричневые ворсинки и точки.

Был выставлен диагноз подошвенная бородавка и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- гропринозин – назначался внутрь после еды по 1000 мг (2 таблетки) 3 раза в день в течение 20 дней;
- протезлазид – назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день, в течение 1 месяца;
- амиксин – назначался внутрь после еды по 125 мг через день, на курс 20 таблеток.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- "Колломак" наносился на пораженный участок кожи по 1 капле 2 раза в день в течение 5 дней; затем назначалась теплая мыльно-содовая ванночка и проводилась механическая чистка тупым ножом.

После проведенного лечения наступило клиническое выздоровление.

Случай наблюдения из практики

Большая Ц., 20 лет, обратилась в клинику 03.12.02 г. с жалобами на высыпания в области наружных половых органов, во влагалище, а также на болезненность и кровянистые выделения из влагалища после половых актов.

Из анамнеза болезни было выявлено, что вышеуказанные жалобы появились около 3 месяцев назад. Обратилась на прием к врачу гинекологу по месту жительства. Был выставлен диагноз множественные остроконечные кондиломы и назначено местное лечение (аппликации ферезолом, спиртовой настойкой чистотела). Однако лечение оказалось не эффективным. Появлялись новые высыпания. Половой партнер на момент обращения жалоб не предъявлял. При объективном исследовании кожные покровы и видимые слизистые у него были свободные от высыпаний.

При объективном исследовании наблюдалась следующая клиническая картина заболевания: по гребням больших половых губ, в перианальной области и промежности отмечались единичные сосочковые образования на тонкой ножке, розового цвета, мягкой консистенции, размером от горошины до крупной вишни, слегка чувствительные при пальпации. При осмотре гинекологическим зеркалом на всем протяжении слизистой оболочки влагалища множественные сосочковые разрастания розового цвета, размерами от 3-5 до 10-20 мм в диаметре, мягкой консистенции, полностью слившиеся, по внешнему виду напоминающие "гроздь винограда". При дотрагивании легко кровоточащие. Шейка матки свободная от высыпаний.

Пациентке был выставлен диагноз: множественные остроконечные кондиломы влагалища и наружных половых органов и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- изопринозин – назначался внутрь после еды по 1000 мг (2 таблетки) 3 раза в день в течение 25 дней;
- протезлазид – назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день (2 месяца) и в последующем по 5 капель 3 раза в день (через день) в течение 2 месяцев;
- амиксин – назначался внутрь после еды по 125 мг через день, на курс 20 таблеток.
- герпетад (ацикловир) – назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки, в течение 5 дней, затем по 400 мг 2 раза в день в течение 1 месяца.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- эпиген интим – наносился интравагинально в течение нескольких секунд путем нажатия клапана пульверизатора 3 раза в сутки, чередуя с мазью герпетад и протезлазидом;
- герпетад /ацикловир/ (мазь) – назначалась в виде аппликаций на очаги поражения 4 раза в сутки.
- протезлазид – наносился в виде аппликация на область кондилом 2 раза в день;
- колломак – поверхность кондилом смазывали раствором 2 раза в день.

После проведенного лечения через 3 месяца у пациентки большинство остроконечных кондилом во влагалище регрессировали. Остроконечные кондиломы наружных половых органов были обработаны раствором "Колломак" и через 2 недели регрессировали.

Однако, во влагалище сохранялись единичные крупные остроконечные кондиломы, размером до 15 мм в диаметре и большой было рекомендовано провести диатермокоагуляцию у врача гинеколога..

Половому партнеру с профилактической целью был назначен амиксин – по 125 мг через день (10 таблеток) и герпетад (ацикловир) – по 200 мг 2 раза в день (1 месяц).

Случай наблюдения из практики

В клинику кожных и венерических болезней обратился пациент К., 20 лет, с жалобами на образование в области наружного отверстия мочеиспускательного канала.

Считает себя больным около 3-х месяцев, когда впервые заметил появление этого образования. Дважды обращался к хирургу по месту жительства, который проводил оперативное удаление с последующей диатермокоагуляцией. При проведенном гистологическом исследовании был выставлен диагноз остроконечная кондилома. Общее противовирусное лечение не назначалось. Через 2-3 недели процесс рецидивировал и вновь появилось образование.

При осмотре в области устья мочеиспускательного канала отмечается единичное сосочковое разрастание на тонкой ножке, до 15 мм в длину, розово-красного цвета, мягкой консистенции, легко кровоточащее при дотрагивании.

Был поставлен диагноз хроническая рецидивирующая остроконечная кондилома в области наружного отверстия мочеиспускательного канала и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- гропринозин – назначался внутрь после еды по 1000 мг (2 таблетки) 3 раза в день в течение 25 дней;
- протезлазид – назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день (2 месяца) и в последующем по 5 капель 3 раза в день (через день) в течение 3 месяцев;
- амиксин – назначался внутрь после еды по 125 мг через день, на курс 20 таблеток;
- герпетад (ацикловир) – назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки (5 дней), затем по 400 мг 2 раза в день в течение 1 месяца.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- эпиген интим – наносился в течение нескольких секунд путем нажатия клапана пульверизатора 3 раза в сутки, чередуя с мазью герпетад и протезлазидом;
- герпетад /ацикловир/ (мазь) – слегка втиралась тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 3 раза в сутки;
- протезлазид – наносился в виде аппликаций на область кондиломы 2 раза в день;
- колломак – поверхность кондиломы смазывали раствором 2 раза в день.

Через 3 месяца образование значительно уменьшилось в размерах и практически регрессировало.

Рекомендовалось продолжить местное лечение.

Половому партнеру с профилактической целью был назначен амиксин – по 125 мг через день (10 таблеток) и герпетад (ацикловир) – по 200 мг 2 раза в день (1 месяц).

КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК

Существуют различные методы терапии контагиозного моллюска.

- ◆ Выдавливание пинцетом или выскабливание острой ложечкой Фолькмана с последующим смазыванием места удаления 5-10% раствором йода или 0,25-1% раствором нитрата серебра.
- ◆ Противовирусные мази.
- ◆ Диатермокоагуляция.
- ◆ Криодеструкция.

При множественных высыпаниях рекомендуются:

- ◆ Противовирусные препараты системного и местного действия.
- ◆ Антибиотики широкого спектра действия.
- ◆ Эритемные дозы ультрафиолетового облучения.

При лечении контагиозного моллюска нами применялся универсальный кератолитик "Колломак" (фирма "Mask"), который наносился на поверхность высыпаний по 1 капле 1-2 раза в день до полного отторжения.

Случай наблюдения из практики

В клинику обратился больной А., 25 лет, с жалобами на высыпания на коже лобка, промежности без субъективных ощущений. Считает себя больным в течение 2-х месяцев, когда впервые заметил появление сыпи. Самолечением не занимался. К врачу не обращался. Результаты общеклинических анализов без патологии.

При осмотре на коже лобка, промежности отмечаются рассеянные узелки полусферической формы с пуповидным вдавлением в центре, размером 2-4 мм в диаметре, цвета нормальной кожи. При сдавливании узелка по бокам пинцетом отделяется белая кашицеобразная масса.

Был выставлен диагноз: контагиозный моллюск и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- герпетад (ацикловир) – назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки, в течение 5 дней;
- протезлазид – назначался внутрь после еды по 10 капель 3 раза в день в течение 1 месяца;
- амиксин – назначался внутрь после еды по 125 мг через день, на курс 20 таблеток.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- герпетад /ацикловир/ (мазь) – слегка втиралась тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 4 раза в сутки в течение 10 дней.

После проведенного лечения наступило клиническое выздоровление.

Случай наблюдения из практики

В клинику обратились родители больного ребенка, возраст которого был 3,5 года. Со слов родителей в течение 2-3 недель появились высыпания на спине и правом плече. Лечились у врача косметолога (выдавливание пинцетом), но безуспешно. Появлялись новые высыпания, которые распространились на лицо. При осмотре на коже в области правой лопатки, правого плеча, предплечья и тыльной поверхности кисти, а также на лице в периорбитальной области справа отмечались множественные полусферические узелки перламутрового,

розового цвета с пупковидным вдавлением в центральной части, размерами от 1-3 мм до 3-7 мм в диаметре. При сдавливании узелка по бокам из центрального углубления выделялась белая кашицеобразная масса.

Был установлен диагноз: контагиозный моллюск и назначено лечение.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- герпетад (ацикловир) – назначался внутрь после еды по 200 мг 5 раз в сутки, в течение 5 дней.
- протефлазид – назначался внутрь после еды по 3 капли 3 раза в день в течение 10 дней;

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- герпетад /ацикловир/ (мазь) – слегка втиралась тонким слоем в очаги поражения в течение 1 минуты 2-3 раза в сутки в течение 10 дней.

После проведенного лечения наступило клиническое выздоровление. На местах бывших высыпаний отмечались корки, шелушение.

Однако через 2 недели вновь появились единичные высыпания на лице, правом плече и предплечье. Был повторно назначен курс лечения, после которого сыпь регрессировала.

КОРОВЬЯ ЛОЖНАЯ ОСПА

Как правило, узелки доильниц подвергаются самопроизвольному разрешению и специальной терапии не требуют.

Иногда рекомендуется наружное применение 1-2% водных или спиртовых растворов анилиновых красителей, противовирусных мазей.

БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН

- ◆Противовирусные препараты системного и местного действия.
- ◆Анальгетики.
- ◆Антибиотики широкого спектра действия.
- ◆Общеукрепляющие (алоэ, поливитамины и другие).
- ◆Глюкокортикостероидные препараты из расчета 0,5-1-2 мг на 1 кг массы тела ребенка (2-3 недели).
- ◆Седативные средства

ЯЩУР

Общее лечение

- ◆ Легкая щадящая диета (дробное питание – 5-6 раз в сутки, обильное питье, жидкая, полужидкая пища).
- ◆ Общеукрепляющие препараты.
- ◆ Биостимуляторы.
- ◆ Витаминотерапия (А, С).
- ◆ Общее УФО.
- ◆ Противовирусные препараты.
- ◆ Витамины (рибофлавин, никотиновая кислота)
- ◆ Симптоматические средства.

При тяжелом течении, осложнении вторичной инфекцией рекомендуются:

- ◆ Антибиотики широкого спектра действия. В и л ь п р а ф е н
- ◆ Дезинтоксикационные средства.
- ◆ Сердечно-сосудистые препараты.
- ◆ Витамины.
- ◆ Болеутоляющие.
- ◆ Витаминотерапия (А, С).

Наружное лечение

Смазывание растворами анилиновых красителей, полоскания 1-3% раствором перекиси водорода, 3-5% раствором борной кислоты, 1% раствором перманганата калия, раствором риванола 1:1000, отваром шалфея, ромашки. Поверхность афт рекомендуется обрабатывать противомикробными растворами, мазями.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

1. Айзятулов Р.Ф. Болезни передаваемые половым путем (иллюстрированное руководство).— Донецк: "Донеччина", 2000. — 384 с., ил.
2. Айзятулов Р.Ф. Клиническая дерматология (иллюстрированное руководство).— Донецк: "Донеччина", 2002. — 432 с., ил.
3. Айзятулов Р.Ф. Сифилис (иллюстрированное руководство).— Донецк: "Донеччина", 1998. — 228 с., ил.
4. Андрейчин М.А., Курята І.Г. Комбінована терапія оперізуючого герпесу //Дематовенерология, косметология, сексопатология. — 2000.— № 1(3).— С.150-153.
5. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребенюк В.Н. Герпес (этиология, диагностика, лечение).— Москва: "Медицина", 1986.— 272 с., ил.
6. Беклемишев Н. Д. (1985) Иммунопатология и иммунорегуляция.— Медицина, Москва. 256 с.
7. Богатырева И.И., Бухова В.П., Знаменская Л.Ф. Папилломавирусная инфекция урогенитального тракта, клинико-иммунологический анализ и современные методы лечения //Тезисы докладов научно-практической конференции "Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи".— Москва.— 1997.— С.9-10.
8. Борисенко Л.К. Сравнительная терапевтическая и профилактическая эффективность противовирусных препаратов алпизарин и зовиракс //Тезисы докладов научно-практической конференции "Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи".— Москва.— 1997.— С.142.
9. Брагина Е.Е., Курило Л.Ф., Абдумаликов Р.М., Шилейко Л.В. Владимирова Е.Н., Максюкова С.А. Влияние герпетической инфекции на сперматогенез //Тезисы докладов научно-практической конференции "Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи".— Москва.— 1997.— С.142-144.
10. Владимирова Е.В. Герпетическая инфекция кожи и слизистых оболочек //Вестник дерматологии и венерологии.— 1997.— № 2.— С.45-51.
11. Владимиров В.В., Зудин Б.И. Кожные и венерические болезни. Атлас.— Москва: "Медицина", 1980.— 288 с., ил.
12. Галецкий С.А., Молочков А.В., Гурцевич В.Э., Молочков В.А. Возможность передачи герпесвируса 8-го типа половым путем: клиническое наблюдение //Тезисы докладов научно-практич. конф. "Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи".— Москва.— 1997.— С.26.
13. Дидовец С.Р., Бондаренко Г.Ф. Ящур.— Киев:"Урожай", 1974.— 216 с.

14. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей /Под ред. А.А.Студницина.— Москва: Медицина, 1983.— 560 с., ил.
15. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей /Под ред. Б.А.Беренбейна, А.А.Студницина.— Москва: "Медицина", 1989.— 672 с., ил.
16. Довжанский С.И., Ивановская К.Н. (1982) Кожные болезни. Саратов, 259 с., ил.
17. Захаров М.А., Баранов С.В. Герпетическая инфекция как осложнение атопического дерматита у детей: современные особенности течения и терапии //Тезисы докладов научно-практической конференции "Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи".— Москва.— 1997.— С.35-36.
18. Зенін О.С., Торсуєв О.М. Шкірні та венеричні хвороби.— Київ: Здоров'я, 1967.— 351 с., ил.
19. Зверькова Ф.А. Болезни кожи детей раннего возраста.— Санкт-Петербург: СОТИС, 1994.— 236 с.
20. Змейчук И.Я., Ющшин Н.И., Семенуха К.В. Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек //Дематовенерология, косметология, сексопатология.— 1998.— № 1.— С.100-106.
21. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин.— Москва: "Медицина", 1991.— 288 с., ил.
22. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология: Редкие и атипичные дерматозы.— Ереван: "Айстан", 1989.— 567 с., ил.
23. Калюжная Л.Д. Ацигерпин в терапии герпетической инфекции //Дерматологія та венерологія.— 2002.— № 3 (17).— С.65-66.
24. Кожные и венерические болезни. Атлас /Под ред. Туранова Н.М., Студницина А.А., Смелова Н.С.— Москва: "Медицина", 1977.— 412 с., ил.
25. Крапивница. Вирусные дерматозы /Под ред. Е.В.Соколовского.— Санкт-Петербург: "СОТИС", 2000.— 160 с.
26. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Атлас вирусных, хламидийных заболеваний гениталий и цитопатологии.— Москва: "Авиценна", ЮНИТИ, 1996.— 207 с., ил.
27. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий.— Москва: "Авиценна", ЮНИТИ, 1995.— 317 с., ил.
28. Ляшенко В. А., Дроженикова В. А., Молотковская И. М. (1988) Механизмы активации иммунокомпетентных клеток. Медицина, Москва 126-180 с.
29. Мавров И.И. Половые болезни. Руководство для врачей, интернов и студентов.— Харьков: Факт, 2002.— 789 с., ил.
30. Мавров И.И. Половые болезни. Энциклопедический справочник.— Киев-Москва: "Аст-пресс", 1994.— 480 с., ил.
31. Мавров И.И. Герпес-вирусная инфекция: клинические формы, патогенез, лечение. Руководство для врачей.— Харьков: Факт, 1998.— 80 с.

32. Мавров И.И., Аль Шевареб Имад. Характер иммунодефицита у больных венерической герпес-вирусной инфекцией //Дерматология и венерология.— 1996.— № 2.— С.42-43.
33. Манухин И.Б., Кондриков И.Н., Крапошина Т.П. Заболевания наружных половых органов у женщин.— Москва: МИА, 2002.— 303 с., ил.
34. Машкиллейсон Л.Н. Ифекционные и паразитарные болезни кожи.— Москва: МЕДГИЗ, 1960.— 369 с.
35. Машковский М.Д. (1987) Лекарственные средства т.1. Медицина, Москва, 623 с.
36. Машковский М.Д. (1987) Лекарственные средства т.2. Медицина, Москва, 576 с.
37. Милявский А.И. (1987) Физиотерапия заболеваний кожи. Здоровья, Киев, 72 с.
38. Павлов С.Т., Шапошников О.К., Самцов В.И., Ильин И.И. (1985) Кожные и венерические болезни. Медицина, Москва, 368 с., ил.
39. Покровский В.И., Черкасский Б.Л. Ящур //Эпидемиология и инфекционные болезни.— 2001.— № 4.— С.52-55.
40. Постовит В.А. Инфекционные болезни. Руководство.— Санкт-Петербург: "СОТИС", 1997.— 502 с.
41. Потоцкий И.И., Торсуев Н.А. (1978) Кожные и венерические болезни. Вища школа, Киев, 495 с., ил.
42. Протефлазид. Информационные материалы по свойствам и методикам применения.— Киев, 2003.— 64 с.
43. Противовирусная терапия при лечении рецидивирующего генитального герпеса. Пособие для врачей.— Москва, 2000.— 6 с.
44. Противовирусные препараты. Руководство для врачей и фармацевтов /Под ред. М.Г.Романцова.— Санкт-Петербург, 1996.— 57 с.
45. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные болезни.— Санкт-Петербург: СПб.:ЭЛБИ, 2002.— 314 с.
46. Святенко Т.В., Федотов В.П. Опоясывающий лишай (особенности клинического течения, диагностика, современные методы лечения) //Дематовенерология, косметология, сексопатология.— 2000.— № 1(3).— С.62-70.
47. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4-х томах. Т.4.— Москва: "Медицина", 1995.— 276 с., ил.
48. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни.— Москва: "Триада-Фарм", 2001.— 688 с.
49. Скрипкин Ю.К. (1979) Кожные и венерические болезни (учебник). Медицина, Москва, 552 с., ил.
50. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студницин А.А. уководство по детской дерматовенерологии.— Ленинград: Медицина, 1983.— 480 с., ил.
51. Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.А., Шарапова Г.Я. (1997) Кожные и венерические болезни (учебник). Медицина, Москва, 464 с., ил.
52. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Кожные и венерические болезни.— Москва: "Медицина", 1987.— 320 с., ил.

53. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем. Практическое руководство.— Москва: "МЕДпресс-информ", 2001.— 368 с.
54. Справочник дерматовенеролога /Под ред. А.А.Студницина.— Ташкент: "Медицина", 1978.— 343 с.
55. Справочник Видаль. (1999) Лекарственные препараты в России. 745 с.
56. Стребличенко Н.В. Инфракрасный коагулятор в терапии вульгарных бородавок в косметологической клинике //Дематовенерология, косметология, сексопатология.— 1998.— № 1.— С.146-147.
57. Студницын А.А., Стоянов Б.Т. (1979) Кожные и венерические болезни (учебник).4-е изд. Медицина, Москва, 280 с., ил.
58. Суколин Г.И. Клиническая дерматология. Краткий справочник по диагностике и лечению дерматозов.— Санкт-Петербург: "Гарт-Курсив", 1997.— 384 с.
59. Тищенко Л.Д. (1987) Витамины в дерматологии. Учебное пособие. Издательство УДН, Москва, 95 с.
60. Шапошников О.К. (1991) Венерические болезни. Руководство для врачей. Медицина, Москва, 544 с., ил.
61. Шелюженко А.А., Браиловский А.Я. (1982) Кожные болезни у лиц пожилого и старческого возраста. Здоровья, Киев, 200 с.
62. Щуцкий И.В. Руководство по детской дерматологии.— Киев: "Здоровья", 1988.— 480 с.
63. Яговдик Н.З., Новицкий А.С., Талапин В.И. (1978) Фармакологический справочник дерматолога. Беларусь, Минск, 175 с.
64. Ajithkumar K, Pulimood S et al. Vaccine-induced necrobiotic granuloma. *ClinExp Dermatol* 1998; 23: 222—224.
65. Amichai B and Maltzer S. Herpes simplex virus associated erythema multiforme in a pre partum woman without involvement of the newborn // *Journal of the European academy of dermatology and venerology (JEADV)*.— 2002.— Vol.16, № 5.— P.546.
66. Baykal C, Ozkaya-Bayazit E and Kaymaz R. Granuloma annulare possibly triggered by antitetanus vaccination // *Journal of the European academy of dermatology and venerology (JEADV)*.— 2002.— Vol.16, № 5.— P.516-518.
67. Benedetti J, Zeh J, Selke S, Corey L. Frequency and reactivation of nongenital recurrences among patients with genital herpes simplex virus. *Am J Med* 1995; 98: 237-242.
68. Beutner K.R., Friedman D.J., Forszpaniak C. et. al. Valaciclovir compared with acyclovir for improved therapy for herpes zoster in immunocompetent adults. *Antimicrob. Agents. Chemoter.* 1995, 39, 1546-1553.
69. Bezold G., Lange M., Pillekamp H., Peter R.U. Varicella zoster viraemia during herpes zoster is not associated with neoplasia // *Journal of the European academy of dermatology and venerology (JEADV)*.— 2002.— Vol.16, № 4.— P.357-366.
70. Bernstein DI Potential for immunotherapy in the treatment of herpesvirus infections. *Herpes* 2001; 8: 8-11.

71. Beuter KR, Friedman DJ, Forszpaniak C et al. Valaciclovir compared with acyclovir for improved therapy for herpes zoster in immunocompetent adults. *Antimicrob Agents Chemother* 1995; 39: 1546-53.
72. Bhala BB, Ramamoorthy C, Bowsher D et al. Shingles and postherpetic neuralgia. *Clin J Pain.*— 1988, № 4.— P.169-74.
73. Bozdag KE, Karaman A, Guven FO et al. Detection of herpes simplex virus DNA in erythema multiforme lesions by polymerase chain reaction. The 9th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology, Geneva, October 2000, Abstracts book, P11-06.
74. Calista D. Topical cidofovir for severe cutaneous human papillomavirus and molluscum contagiosum infections in patients with HIV/AIDS. A pilot study// *Journal of the European academy of dermatology and venerology (JEADV).*— 2000. Vol.14, № 6.— P.484-488.
75. Carrasco D.A., Trizna Z., Colome-Grimmer M and Tyring S.K. Verrucous herpes of the scrotum in a human immunodeficiency virus-positive men: case report and review of the literature // *Journal of the European academy of dermatology and venerology (JEADV).*— 2002.— Vol.16, № 5.— P.511-515.
76. Davis MD, Gostout BS, McGovern RM, et al. Large plantar wart caused by human papillomavirus-66 and resolution by topical cidofovir therapy. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 340-343.
77. Decroix J., Partsch H., Gonzalez R., Mobacken H., Goh C.L., Walsh J.B., Shukla S., Naisbett B. Factors influencing pain outcome in herpes zoster an observational study with valaciclovir//*Journal of the European academy of dermatology and venerology (JEADV).*— 2000.— Vol.14, № 1.— P.23-33.
78. Englund JA, Zimmerman ME, Swierkosz EM et al. Herpes simplex virus resistant to acyclovir: a study in a tertiary care center. *Ann Intern Med* 1990; 112: 416-422.
79. Fleming DT, McQuillan GM, Johnson RE et al. Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976 to 1994. *N Engl J Med* 1997; 337: 1105-1111.
80. Garcia-Corbeira P, Dal-Re, Aguilar L et al. Is sexual transmission an important pattern for herpes simplex type 2 virus seroconversion in the Spanish general population? *J Med Virol* 1999; 59: 194-197.
81. Gottlieb SL, Mycowski PL. Molluscum contagiosum. *Int Dermatol* 1994; 33: 453-461. Beutner KR, Spruance SL, Hougham AJ, et al. Treatment of genital warts with an immune-response modifier (imiquimod). *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 230-239.
82. Guil MA, Grotte DK. Granuloma annulare at sites of healing herpes zoster. *Arch Dermatol* 1978; 114: 1383.
83. Harding SP. Management of ophthalmic zoster // *J Med Virol; Suppl.*— 1993, № 1.— P.97— 101.
84. Hengge UR, Tietze G. Successful treatment of recalcitrant condyoma with topical cidofovir. *Sex Transm Infect* 2000; 7: 143.
85. Horner P, Harris J. A herpes simplex skin ulcer in a patient with AIDS. An unusual presentation. *Int J STD AIDS* 1990; 1: 288-289.
86. Hope-Simpson RE. The nature of herpes zoster: a long-term study and a new hypothesis. *Proc R Soc med* 1965, Vol.58.— P.9-20.

87. Houcker Bruge C, Delaporte E, Catteau B et al. Granuloma annulare following BCG vaccination. *Ann Derm Venereol* 2001; 128:541-544.
88. Ibarra V, Blanco JR, Oteo JA, Rosel L. Efficacy of cidofovir in the treatment of recalcitrant molluscum contagiosum in an AIDS patient. *Acta Derm Venereol* 2000; 80: 315-316.
89. Imafuku S, Kokuba H, Aurelian L, Burnett J. Expression of herpes simplex virus DNA fragments located in epidermal keratinocytes and germinative cells is associated with the development of erythema multiforme lesions. *J Invest Dermatol* 1997; 109: 550-556.
90. Kalb R, Grossman M. Chronic perianal herpes simplex in immunocompromised host. *Am J Med* 1986; 80: 486.]
91. Koelle DM, Wald A, Herpes simplex virus: the importance of asymptomatic shedding. *J Antimicrob Chemother* 2000; 45 (Topic T3): 1-8.
92. Lafferty WE, Downey L, Celum C, Wald A. Herpes simplex virus type 1 as a cause of genital herpes: impact on surveillance and prevention. *J Infect Dis* 2000; 181:1454-1457.
93. Leung DT, Sacks SL. Current recommendations for the treatment of genital herpes. *Drugs* 2000; 60: 1329-1352.
94. Lutz ME, Perniciaro C, Lim KK. Zosteriform lichen planus without evidence of herpes simplex virus or varicella-zoster virus by polymerase chain reaction. Report of two cases. // *Acta Derm Venereol.*— 1997.— Vol.77.— P.491-492.
95. Martinelli C, Farese A, Del Mistro A, Giorgini and I.Ruffino S. Resolution of recurrent perianal condylomata acuminata by topical cidofovir in patients with HIV infection // *Journal of the European academy of dermatology and venerology (JEADV).*— 2001.— Vol.15, № 6.— P.568-569.
96. Meadows KP, Tyring SK, Pavia AT, Rallis TM. Resolution of recalcitrant molluscum contagiosum virus lesions in human immunodeficiency virus-infected patients treated with cidofovir. *Arch Dermatol* 1997; 133: 987-990.
97. Mole L, Ripich S, Margolis D, Holodnif M. The impact of active herpes simplex virus infection on human immunodeficiency virus load. *J Infect Dis* 1997; 176: 766-770.
98. Morton P, Thomson AN. Oral acyclovir in the treatment of herpes zoster in general practict. *NZ Med J* 1988; 102: 93-5.
99. Naisbett B. Factors influencing pain outcome in herpes zoster: an observational study with valaciclovir // *Journal of the European academy of dermatology and venerology (JEADV).*— 2000.— Vol.14, № 1.— P.23-33.
100. Patel R, Barton SE, Brown D et al. HSV Special Interest Group (of the Medical Society for the Study of Venereal Diseases, UK). European guidelines for the management of genital herpes. *Int J STD AIDS* 2001; 12 (Suppl. 3): 34-39.
101. Patel R, Boselli F, Cairo 1 et al. Patients' perspectives on the burden of recurrent genital herpes. *Int J STD AIDS* 2001; 12: 640-645.
102. Patel R, Tyring S, Stand A et al. Impact of suppressive antiviral therapy on helth quality of life of patents with recurrent genital herpes infection. *Sex Transm Infect* 1999; 75: 398-402.

103. Peltonen R. Antibodies herpesvirus typs 1 and 2 among women with neoplastic change of uterine cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1975; 54: 36-372.
104. Pereira FA. Herpes simplex: Evolving concepts. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35:503-520.
105. Petzoldr D, Gross G, editors. German STD guidelines for herpes genitalis. *Diagnostische und Therapie Sexuell Übertragbarer Krankheiten-Leitlinien 2001 der Deutschen STD-Gesellschaft.*— Springer-Verlag, New York, 2001.— P. 52-57.
106. Portenoy RK, Duma C, Foley KM. Acute herpetic and post-herpetic neuralgia: clinical review and current management. *Ann Neurol* 1986; 20: 651-64.
107. Robinson PN, Fletcher N. Postherpetic neuralgia. *J R Coll Gen Pract* 1986; 36: 24-8.
108. Rona M., MacKie *Clinical Dermatology An illustrated Textbook* . Oxford—New York—Tokyo— Oxford university press, 1991— 365 p.
109. Rouse DJ, Stringer JS. An appraisal of screening for maternal type-specific herpes simplex virus antibodies to prevent neonatal herpes. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:400-406.
110. Quinnan G, Masur H, Rook AH et al. Herpesvirus infections in the acquired immunodeficiency syndrome. *JAMA* 1984; 252: 72-77.
111. Safrin S, Kemmerly S, Plotkin B et al. Foscarnet resistant herpes simplex virus infection in patients with AIDS. *J Infect Dis* 1994; 169: 193-196.
112. Schomogyi M, Wald A, Corey L. Herpes simplex virus-2 infection. An emerging disease ? *Infect Dis Clin North Am* 1998; 12: 47-61.
113. Siegfried ES. Warts and molluscum an approach to therapy. *Dermatol Ther* 1997; 12: 51-56.
114. Skinhoj P. Herpesvirus infections in the immunocompromised patient. *Scand J Infect Dis* 1985; 47 (Suppl.): 121-127.
115. Shemer A, Weiss G, Trau H. Wolf's isotopic response: a case of zosteriform ichen planus on the site of healed herpes zoster // *Journal of the European academy of dermatology and venerology (JEADV).*— 2001.— Vol.15, № 5.— P.445-447.
116. Snoeck R, Van Ranst M, Andrei G, et al. Treatment of anogenital papillomavirus infection with an acyclic nucleoside phosphonate analogue. *N Engl J Med* 1995; 333: 943-944.
117. Snoeck R, Andrei G, De Clercq E, et al. A new topical treatment for resistant herpes simplex infections. *N Engl J Med* 1993; 329: 968-969.
118. Stanberry LR, Cunningham AL, Mindel A et al. Prospects for control of herpes simplex virus disease through immunization. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 549-566.
119. Stanberry LR, Cunningham A, Mertz G et al. New development in the epidemiology, natural history and management of herpes. *Antiviral Res* 1999; 42:1-14.
120. Sterling JC, Kurtz JB. Human papillomavirus. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM editors. *Rook, Wilkinson, Ebling Textbook of Dermatology*. Blackwell Science, Oxford, 1998: 1040-1045.

121. Strand A., Barton S., Alomar A., Kohl P., Kroon S., Moyal-Barracco M., Munday P., Paavonen J. and Volpi A. Current treatments and perceptions of genital herpes: a European-wide view. // Journal of the European academy of dermatology and venerology (JEADV).— 2002.— Vol.16, № 6.— P.564-572.
122. Strauss SE, Takiff HE, Seidlin M et al. Suppression of frequently recurring genital herpes. A placebo-controlled double-blind trial of oral acyclovir. *N. Engl J Med* 1984; 310: 1545-1550.
123. Tong P, Mutasim D. Herpes simplex virus infection masquerading as condyloma acuminata in a patient with HIV disease. *Br J Dermatol* 1996; 134: 797-800.
124. Tyring SK, Carlton SS, Evans T. Herpes, atypical clinical manifestations. *Dermatol Clinics* 1998; 16: 783-788.
125. Wald A. Herpes. Transmission and viral shedding. In: Freedman D, editor. *Dermatol Clin* 1998; 16(4): 795-797.
126. Wheeler CE Jr. The herpes simplex problem. *Jam Acad Dermatol* 1998; 18(1 Part 2): 163-168.
127. Whitley RJ, Shukla S, Crooks RJ. The identification of risk factors associated with persistent pain following herpes zoster. Accepted for publication in *J Infect Dis* 1998; 178 (Suppl.1) : S71-S75.
128. Wood MJ. Herpes zoster in immunocompetent patients // *Res Clin Forums*.— 1986, № 8.— P.61-70.
129. Wood MJ. Herpes zoster and pain // *Scand J Infect Suool*.— 1991, Vol.78.— P.53-61.
130. Wood MJ, Shukla S, Fiddian AP, Crooks RJ. Treatment of acute herpes zoster: effect of early (< 48 h) versus late (48-72 h) therapy with acyclovir and valaciclovir on prolonged pain. *J Infect Dis* 1998; 178 (Suppl.1): S81-4.
131. Zabawski EJ, Sands B, Goetz D, Naylor M. Treatment of verruca vulgaris with topical cidofovir (letter). *JAMA* 1997; 278: 1236.



Айзятұлов Рушан Фатихович

Доктор медицинских наук, профессор,
с 1995 года заведующий кафедрой
кожных и венерических болезней
факультета последипломного образования
Донецкого государственного медицинского
университета им. М. Горького,
член Правления Украинской ассоциации
дерматовенерологов и косметологов,
член Союза журналистов Украины,
действительный член Европейской академии
дерматологии и венерологии,
Нью-Йоркской академии наук.

Окончил Донецкий мединститут в 1974 году,
защитил кандидатскую диссертацию в 1983 году,
докторскую - в 1990 году.