

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.  
Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации ГБОУ ВО  
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.проф. В.И. Прохоренкова

Зав. Каф. д.м.н. профессор Карачева Ю.В.

### **РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:**

«Вирусные заболевания кожи. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика.  
Лечение»

**Специальность: дерматовенерология**

**Кафедра: Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.проф. В.И.  
Прохоренкова**

**Выполнил: врач-ординатор Гапьяк Ульяна Андреевна**

## ПРОСТОЙ ГЕРПЕС

Простой герпес - одно из наиболее распространенных вирусных заболеваний, вызываемое ВПГ 1 и 2-го типа (ВПГ-1 и ВПГ-2) человека, характеризующееся в типичном варианте высыпанием на коже и слизистых оболочках, сгруппированных пузырьков на отечногиперемированном фоне и являющееся пожизненной инфекцией. Иногда ПГ носит тяжелый характер с вовлечением в вирусный процесс внутренних органов, что позволяет рассматривать его как системное заболевание - **герпетическую болезнь**.

Большинство людей вступают в контакт с ВПГ-1 в раннем возрасте (3-6 лет). Источник инфекции - человек. В 99% случаев после контакта клинические симптомы не развиваются, но в сыворотке обнаруживают антитела.

С началом сексуальной жизни возможен контакт с ВПГ-2 и, независимо от наличия или отсутствия симптомов генитального герпеса, в крови также появляются антитела.

До недавнего времени считали, что ВПГ-1 поражает кожу и слизистые оболочки, вызывая повреждения, локализованные на верхней части туловища: губах, лице, слизистой оболочки полости рта, руках, туловище. ВПГ-2 - локализуется в нижней части тела: на половых органах, ягодицах, ногах. В последние годы отмечают увеличение числа случаев генитального герпеса, обусловленного ВПГ-1 или ВПГ-1 совместно с ВПГ-2. Это можно связать с орогенитальными контактами среди сексуально активного населения.

### Клиническая картина

С учетом преимущественной локализации можно выделять лабиальный и генитальный герпес.

### Генитальный герпес (*herpes genitalis*)

Этиологический фактор генитальной герпесвирусной инфекции - ВПГ 1-го (3-11%) и 2-го (77-89%) типа. ВПГ размножается в ядре и цитоплазме инфицированной клетки, имея 14-часовой цикл воспроизведения.

Герпес половых органов передается при тесном физическом генитально-генитальном, орально-генитальном, генитально-анальном, орально-анальном контакте.

Заражение может происходить в тех случаях, когда у партнера (источника инфекции) наблюдают рецидив болезни в последующие 10- 14 дней после эпителизации эрозий.

**Инкубационный период** составляет от 2 до 10 сут, иногда до 3 нед. Заболевание возникает в любом возрасте, но наиболее часто среди лиц 25-35 лет.

Проникнув в организм человека через слизистую оболочку и кожу, ВПГ достигает лимфатических узлов и внутренних органов. В дальнейшем вирусы оседают в регионарных чувствительных **нервных ганглиях**, находясь в латентном состоянии.

Рецидивам генитального герпеса способствуют стресс, переохлаждение или перегревание организма, механические факторы - бурная половая связь, особенно в состоянии алкогольного опьянения, интеркуррентные заболевания и другие неблагоприятные факторы, снижающие иммунитет.

По течению (периодичности) рецидивов выделяют следующие формы генитального герпеса:

- тяжелая форма течения (6-8 рецидивов и более в год);
- среднетяжелая форма течения (3-4 рецидива в год);
- легкая форма течения (1-2 рецидива в год).

За несколько часов до появления пузырьков пациенты ощущают *жжение, зуд, покалывание* в зоне поражения.

Пузырьки - сгруппированные с серозным содержимым, на отечном основании. На месте вскрывшихся пузырьков образуются эрозии, болезненные, иногда поверхностные язвочки, без уплотнения с полициклическими краями.

Первый эпизод может сопровождаться симптомами общей интоксикации, паховым лимфаденитом.

Типичная локализация генитального герпеса у **мужчин** - головка полового члена, венечная борозда, внутренняя поверхность препуциального мешка (рис. 15-1). У **женщин** - малые и большие половые губы, вульва, клитор, влагалище, шейка матки.

### **Лабиальный герпес**

На губах образуются сгруппированные пузырьки, существующие от 1 до 3 дней, иногда с гнойным содержимым (рис. 15-2, 15-3). Дальнейшая эволюция пузырьков соответствует проявлениям генитального герпеса. Практически аналогичны и причины, вызывающие рецидив.

### **Особенности течения герпеса у детей**

- У детей, матери которых в своей жизни болели простым герпесом (95-99% населения имеют антитела к ВПГ), до 6-месячного возраста в крови сохраняются материнские антитела к ВПГ. Именно поэтому ПГ редко встречается у грудных детей. К 6-12 мес количество антител резко снижается и, следовательно, возрастает заболеваемость герпесом.
- Если женщина заболела первичным генитальным герпесом во время беременности, риск заразиться герпесом у ребенка трансплацентарно или при прохождении через родовые пути очень высок - развивается **неонатальный герпес**. В большинстве случаев при внутриутробном инфицировании ребенок рождается недоношенным. Заболевание развивается на 7-е сутки жизни и проявляется множественной сгруппированной везикулезной сыпью на коже, а также интоксикацией и поражениями внутренних органов (прогрессирующая гепатоспленомегалия, энцефалиты, менингиты, гипотермия). Летальность при данном заболевании очень высока.
- Наиболее частая форма первичного герпеса у маленьких детей - герпетический гингивостоматит, который может протекать бессимптомно.
- Экзема Капоши чаще встречается как осложнение атопического дерматита у детей 8-12 мес жизни, реже у детей более старшего возраста.
- Генитальный герпес не характерен для маленьких детей. Встречается у подростков, имеющих половые контакты. При обнаружении данного заболевания у маленьких детей необходимо исключить эпизоды сексуального насилия.

## Диагностика

При типичных высыпаниях диагностику ВПГ основывают на клинической картине. Однако исключение сифилиса при генитальном герпесе обязательно (исследование соскоба с эрозии на *Tr. pallidum* в темном поле зрения и постановка РМП).

В неясных случаях, а также с целью определения типа вируса (ВПГ-1 или ВПГ-2) используют ПЦР. ИФА при исследовании свежих высыпаний весьма чувствительна, но не дифференцирует типы ВПГ, а их дифференциация имеет значение в прогнозировании течения генитального герпеса и его рецидивов.

## Дифференциальная диагностика

Заболевание дифференцируют от твердого шанкра, чесоточной эктимы, баланопостита, вульвовагинита, многоморфной экссудативной эритемы, медикаментозной токсикодермии.

## Лечение

Основа лечения ВПГ - назначение одного из противовирусных препаратов - *ацикловира*, *валацикловира*, *фамцикловира*. Следует помнить, что два последних характеризуются лучшей биодоступностью в сравнении с ацикловиром. В детском возрасте используют только ацикловир.

Данные препараты ускоряют разрешение высыпаний, снижают риск рецидива, уменьшают выделение возбудителя, но не уничтожают полностью вирус.

Схема лечения лабиального герпеса:

- ацикловир: 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней;
- валацикловир: по 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 3-5 дней;
- фамцикловир: по 250 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 3-5 дней.

Можно проводить пульс-терапию, прерывающую течение заболевания:

- валацикловир: 4 таблетки по 250 мг 2 раза в сутки, 1 день;
- фамцикловир: 3 таблетки по 500 мг однократно (1500 мг). **Схемы лечения генитального герпеса**

### 1-й эпизод:

- ацикловир: 400 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 10 дней;
- валацикловир: по 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5-7 дней;
- фамцикловир: по 250 мг внутрь 3 раза в сутки, 5 дней.

При тяжелом течении назначают ацикловир внутривенно из расчета 5-10 мг на 1 кг массы тела, каждые 8 ч в течение 5-7 сут. Общая продолжительность лечения составляет 7-14 сут.

**При рецидивах:** фамцикловир, валацикловир назначают 2 раза в сутки, ацикловир 3 раза в сутки, лечение - 5 сут.

**Наружное лечение.** Противовирусные препараты: гель алломедин\*, крем ацикловир, гель тромантадин, аэрозоль с аммония глицирризинатом и др. Наиболее эффективно лечение в продромальном периоде при возникновении зуда, жжения и в первые 2-3 дня после появления пузырьков.

### **Консультирование**

Следует рассказать пациентам о вероятности рецидивов, продроме, минимальных симптомах простого герпеса с целью своевременного начала лечения; о рекомендации пользоваться презервативами после обострения процесса (10-14 дней). При лабиальном герпесе избегать поцелуев, оральных сексуальных контактов (взрослые). Не контактировать с ребенком больному герпесом, особенно если ребенок болен atopическим дерматитом.

## **15.2. ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС**

Опоясывающий герпес (*herpes zoster*) - острое вирусное заболевание человека с преимущественным поражением кожи и нервной системы.

### **Этиология и патогенез**

Возбудитель - вирус варицелла зостер (*virus varicella-herpes zoster*).

Название вирус получил в связи с тем, что может вызывать 2 различных по клинической картине заболевания - **ветрянку оспу и опоясывающий герпес**.

Естественный хозяин вируса варицелла зостер - человек. Основные пути распространения вируса - *контактный и воздушно-капельный*.

У переболевшего ветряной оспой в детском возрасте сохраняется пожизненный иммунитет. Однако вирус продвигается в паравертебральные чувствительные ганглии, переходит в латентное состояние (хроническая персистенция возбудителя).

Вероятность развития опоясывающего герпеса в течение жизни человека составляет 10-20%, но риск развития увеличивается с возрастом. Пациенты старше 45 лет составляют 85%.

*Провоцирующие* факторы развития опоясывающего герпеса - переохлаждение, гиперинсоляция, стресс, ОРВИ, прием глюкокортикоидов, цитостатиков, тяжелые заболевания, сопровождаемые иммунодефицитом (ВИЧ, рак, болезни крови и др.).

### **Клиническая картина**

#### **Типичная клиническая картина**

При типичной клинической картине выделяют 4 периода течения заболевания: 1) продромальный, 2) клинических проявлений, 3) реконвалесценции, 4) остаточных явлений - постгерпетическая невралгия.

#### **Продромальный период**

Продромальный период продолжается 2-3 дня и проявляется лихорадкой, головной болью, слабостью и зудом, чувством онемения, покалывания в зоне иннервации пораженного нерва. Иногда вирусный процесс манифестируется поражением кожи без продромальных явлений.

### **Период клинических проявлений**

Период клинических проявлений - острая стадия, болевой синдром достаточно выражен - боли жгучие, режущие, колющие.

На фоне отечно-гиперемированной кожи, приуроченной к зоне иннервации пораженного нерва, возникают и подсыпают в течение 3-5 дней сгруппированные пузырьки размером с просыаное зерно или крупнее, имеющие напряженную покрывку и серозное содержимое (рис. 15-4, 15-5). Иногда свежие высыпания появляются в сроки до 2 нед. В дальнейшем (через 2-3 дня) содержимое пузырьков мутнеет, часто становясь гнойным.

### **Период реконвалесценции**

Пузырьки сосыхаются, образуя желтовато-коричневатые корочки, отпадающие в течение 2-3 нед, на месте которых остается гипоили гиперпигментация.

### **Период остаточных явлений**

Остаточные явления - постгерпетическая невралгия причиняет больше страданий, чем боль в острый период и может продолжаться до 2-3 лет.

### **Атипичные формы**

Наряду с типичной клинической картиной встречаются следующие формы.

- Abortивная форма - имеются участки гиперемии с небольшой отечностью или отдельные папулы по ходу пораженного нерва.
- Буллезная форма - крупные пузыри с фестончатыми очертаниями, возникающие за счет слияния пузырей (рис. 15-6).
- Гангренозная или язвенно-некротическая форма - на месте везикул образуются глубокие, длительно незаживающие язвы, покрытые массивными некротическими корками. После их отторжения остаются рубцы.
- Генерализованная форма - наряду с одиночными сгруппированными очагами имеются диссеминированные вариолиформные элементы, напоминающие ветряную оспу. Помимо указанного может возникать *офтальмогерпес* (поражаются роговица, конъюнктив, склера и др.) (рис. 15-7), *синдром Ханта* (парез лицевого нерва, неврит ушного нерва и везикулы вдоль пораженных нервных ветвей), *менингоэнцефалит* (спутанность сознания, тошнота, рвота, тахикардия и др.).

## **Особенности течения заболевания у детей**

- Дети болеют реже, чем взрослые.
- Течение опоясывающего герпеса - более легкое (абортное) - высыпания могут быть представлены несколькими везикулезными, быстро подсыхающими элементами. Исключение составляют случаи развития заболевания на фоне выраженного иммунодефицита (ВИЧ-инфекции, химиотерапии, глюкокортикоидной терапии и т.д.).
- Реже, чем у взрослых, возникают невралгии, особенно постгерпетические. Часто основная жалоба у детей - чувство зуда в области высыпаний.

## **Диагностика**

Диагноз основывают на клинической картине, при необходимости проводят ПЦР-диагностику.

## **Дифференциальная диагностика**

Заболевание дифференцируют от простого герпеса, буллезной формы рожистого воспаления, импетиго.

## **Лечение**

### **Общее лечение**

Назначают противовирусные средства - синтетические ациклические нуклеозиды (один из них).

- Ацикловир: 1000 мг 3 раза в сутки, 7-10 дней.
- Валацикловир: по 1000 мг 3 раза в сутки, 7 дней.
- Фамцикловир: по 250 мг 3 раза в сутки, 7 дней.

При выраженной интоксикации назначают внутривенно гемодез\*, декстран (ср. мол. масса 35 000-45 000), внутрь витамины С, А, Е.

### **Наружное лечение**

Показано туширование высыпаний подсушивающими и антисептическими средствами (фулорцин, метиленовый синий, бриллиантовый зеленый).

Применяют цинковую пасту с 5% рацементолом и 10% бензокаином.

Антивирусные наружные препараты: крем ацикловир, гели алломедин\*, тромантадин, аэрозоль с аммония глицирризинатом и др.

При некротической форме после указанной наружной терапии применяют солкосерил<sup>†</sup> и другие ранозаживляющие препараты.

### **Консультирование**

Пациенту необходимо объяснить этиологию и патогенез заболевания, роль триггерных факторов, необходимость приема противовирусных препаратов с целью не только

купирования клинических симптомов заболевания, но и профилактики постгерпетической невралгии. Необходима изоляция детей, не переболевших ветряной оспой, от больного опоясывающим герпесом.

### **15.3. ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ**

#### **Этиология**

Возбудитель папилломавирусной инфекции (ПВИ) - ВПЧ.

Известно более 100 типов вируса папилломы человека. В большинстве случаев инфекция ВПЧ любого типа протекает бессимптомно и считается пожизненной. Однако есть наблюдения о самоизлечении и заражении ВПЧ других типов.

Основной путь передачи ВПЧ у взрослых - половой. Заражение происходит от 2-3 половых партнеров. Способствуют заражению микротравмы кожи и слизистых оболочек.

Выделяют типы ВПЧ «низкого риска» (прежде всего 6 и 11-й), которые вызывают остроконечные кондиломы; и типы ВПЧ «высокого риска» (особенно 16, 18, 31 и 45-й), ассоциируемые с дисплазией шейки матки и раком шейки матки, ануса, вульвы и полового члена.

В большинстве случаев инфицирование наступает в возрасте до 30 лет и ПВИ протекает бессимптомно. Новорожденный может инфицироваться при родах при наличии клинических проявлений ПВИ у матери.

#### **Клиническая картина**

##### **Аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы)**

Остроконечные кондиломы возникают через 1-3 мес после заражения или позднее.

Выделяют 4 типа остроконечных кондилом.

- Типичные кондиломы обычно поражают влажные участки слизистых оболочек и кожи: преддверие влагалища, задний проход, внутренний листок крайней плоти. Нередко напоминают цветную капусту
- Гиперкератотические кондиломы покрыты роговыми наслоениями. Чаще располагаются на ороговевающем эпителии (наружный листок крайней плоти, тело полового члена, мошонка, большие половые губы)
- Папулезные кондиломы лишены роговых наслоений, имеют гладкую поверхность
- Плоские кондиломы проявляются в виде пятен, почти не возвышаются над поверхностью кожи. Иногда их сложно заметить невооруженным взглядом.

##### **Гигантские кондиломы Бушке-Левенштейна**

Существуют гигантские кондиломы Бушке-Левенштейна (HPV-16, 18). Они локализуются на наружных половых органах, матки, перианальной области у женщин, на половом члене (р 12), вокруг ануса (рис. 15-13) и на коже паховой области у мужчин бородавчатоподобные образования, достигающие диаметром до возвышающиеся над уровнем кожи. На их поверхности имеются ковидные выросты, вегетации, бороздки с липким отделяемым - минают участки гиперкератоза.

### **Обыкновенные бородавки**

Обыкновенные бородавки - полушаровидные узелки, четк ченные, плотной консистенции, множественные, безболезненн диаметр - 0,2-0,5 см, цвет серовато-розовый или серо-желтый. П ность шероховатая, покрыта выростами с гиперкератозом (рис. Среди нескольких бородавок имеется наиболее крупная - «ма ская».

Локализация: тыл кистей, стоп, но бывают и на других у тела.

### **Ладонно-подошвенные бородавки**

Ладонно-подошвенные бородавки возникают чаще, чем обыкновенные. Различают *глубокую гиперкератотическую* форму и *поверхностную мозаичную*. В 1-м случае видны плотные гиперкератотические разрастания с кратерообразным углублением, болезненные (рис. 15-5). Во 2-м - субъективных расстройств нет, отмечают гиперкератоз, чаще в области переднего отдела стопы (рис. 15-16).

### **Плоские бородавки**

Плоские бородавки представляют из себя мелкие множественные уплощенные узелки цвета нормальной кожи, поверхность их гладкая

(рис. 15-17).

Локализация: лицо, тыл кистей, предплечий.

### **Особенности течения ПВИ у детей**

- Частое проявление вирусной инфекции в детском возрасте.
- У детей наиболее характерное проявление ПВИ - обыкновенные, подошвенные и плоские бородавки.
- Плоские юношеские бородавки встречаются только у детей и подростков. Характерно самоизлечение к 14-16 годам.

- Появление вульгарных и подошвенных бородавок у детей часто провоцируется травмой (область локтей, колен), а также ношением неудобной жесткой обуви (коньки, ролики, кроссовки и т.д.).

## **Диагностика**

Диагноз ПВИ может быть основан на клинической картине. Желательно провести лабораторное подтверждение. Однако их отрицательный результат не исключает ПВИ.

## **Дифференциальная диагностика**

Заболевание дифференцируют от вторичного периода сифилиса (кондиломы, папулы ладоней и подошв), контагиозного моллюска.

## **Лечение**

В большинстве случаев бессимптомные, не беспокоящие больного бородавки не требуют лечения, поскольку, как правило, спонтанно регрессируют. Исключение составляют остроконечные кондиломы, удаление которых снижает риск заражения половых партнеров, а также развития онкозаболеваний.

Эффективность большинства методов лечения составляет 60-80%. Рецидивы возможны при терапии любым методом. Бессимптомная инфекция не требует лечения.

## **Методы лечения**

- Методы физической деструкции: криодеструкция жидким азотом, а также стиком Кривофарма, лазеродеструкция, электрокоагуляция, кюретаж.
- Химическая деструкция: 80-90% трихлоруксусная и дихлоруксусная кислоты, растворы солкодерм\* (комбинация органических и неорганических кислот), ферезол\* (60% фенола и 40% трикрезола), 20% раствор нитрата серебра, веррукацид\*.
- Препараты цитотоксического действия: 0,5% раствор или гель подофиллотоксина, подофиллин\*, крем с 0,025-0,05% ретиноевой кислотой или с третиноином, кремы с фторурацилом.
- Кератолитические методы: пластыри или лаки с 40% салициловой кислотой.
- Противовирусные препараты: мази с ИФН- $\alpha_2$ , бромнафтохиноном, оксалиновая мазь\*, спрей с аммония глицирризинатом, крем с 5% имихимодом и др.

При наличии язвенного процесса после удаления кондилом рекомендуют местно назначить эллагохит\*, обладающий противовоспалительным действием и препятствующий образованию рубца.

После деструкции внутрь назначают инозин пранобекс, обладающий иммуностимулирующим и противовирусным действием, в дозе 50 мг/кг в сутки.

При наличии ВПЧ высокого риска (16, 18, 31, 45-й) назначают индинол\* по 2 таблетки 2 раза в сутки (400 мг/сут) в течение 3 мес.

## **Консультирование**

Больному объясняют, что ПВИ чаще протекает бессимптомно; рак и другие осложнения встречаются не часто; большинство людей, живущих половой жизнью, инфицируются ВПЧ.

Следует напомнить родителям, что бородавки - инфекционное заболевание и необходимо предпринимать меры во избежание передачи ПВИ окружающим. Необходимо соблюдение правил личной гигиены, использование презервативов, лечение воспалительных заболеваний мочеполовых органов, повышение общей реактивности организма и иммунитета. Рекомендуют избегать ношения тесной неудобной обуви, травматизации кожи.

Всем девочкам в предпубертатном возрасте (до 12 лет) с профилактическими целями рекомендуют вакцинацию четырехвалентной вакциной (гардасил\*) с типами ВПЧ 6, 11, 16 и 18 или бивалентной вакциной (церварикс\*) с 16 и 18-м типом ВПЧ. Применение данных вакцин снижает заболеваемость раком шейки матки, вызванным ВПЧ.

#### **15.4. КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК**

Контагиозный моллюск (*molluscum contagiosum*) - вирусное заболевание кожи, преимущественно детского возраста, хотя может встречаться и у взрослых, чаще на фоне иммунодефицита.

Пик заболеваемости приходится на детский возраст 2-5 лет.

##### **Этиология и патогенез**

Согласно современным представлениям вирус контагиозного моллюска - один из представителей семейства поксвирусов. Патогенны для человека 2 серотипа. Однако до настоящего времени выделить вирус контагиозного моллюска в культуре клеток не удалось.

Заражение вирусом происходит либо при **прямом** контакте (у взрослых нередко при половых контактах), либо **опосредованно** при пользовании общими предметами гигиены (мочалками, губками, полотенцами). После заражения вирус распространяется в коже путем аутоинокуляции. Инкубационный период может колебаться от 2 нед до 2-3 мес.

Дети до года болеют редко, что связано с приобретенным иммунитетом и длительностью инкубационного периода (несколько месяцев). Данное заболевание у взрослых пациентов наблюдают при иммунодефицитных состояниях: ВИЧ-инфицированных, больных саркоидозом, больных, получающих иммуносупрессивную терапию.

Вирус контагиозного моллюска - невысококонтагиозный возбудитель, хотя описаны случаи эпидемических вспышек заболевания в детских коллективах. Есть данные о возможности заражения в банях, косметических салонах, при ручном массаже.

##### **Клиническая картина**

В местах инокуляции вируса возникают гладкие, блестящие, полупрозрачные розоватые или жемчужно-белого цвета узелки, размером от просяного зерна до горошины (2-5 мм), полусферической формы, с характерным вдавлением в центре (рис. 15-18). Количество элементов может быть различным - от единичных, располагающихся чаще на лице, шее и тыле кистей, до многочисленных, беспорядочно разбросанных по всему кожному покрову или сгруппированных в отдельные очажки. У взрослых в случае полового заражения высыпания могут локализоваться на лобке, половых органах, внутренней поверхности бедер. Субъективные ощущения отсутствуют.

При склонности к группировке высыпания сливаются в крупные неровные опухолевидные образования («гигантский моллюск»).

Патогномоничный признак для узелков контагиозного моллюска - выделение белесоватой кашицеобразной массы из центрального углубления папул при сдавливании их пинцетом.

### **Особенности течения у детей**

- Данное заболевание наиболее часто развивается среди маленьких детей. Заражение происходит в детских коллективах (чаще детских садах).
- Заболевание склонно к спонтанному самоизлечению.
- При обнаружении распространенного контагиозного моллюска у подростков необходимо обследование для выявления сопутствующих заболеваний, приводящих к иммунодефицитному состоянию.

### **Диагностика**

Диагноз основывается на клинической картине, особенно при выявлении патогномоничного симптома. При окрашивании и микроскопии соскоба папулы выявляют тельца контагиозного моллюска (тельца Хендерсона-Паттерсона).

### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальный диагноз проводят с плоскими бородавками, кератоакантомами, эпителиомами, фибромами, милиумами, фолликулитами.

### **Лечение**

Лечение заключается в удалении узелков путем выдавливания пинцетом или выскабливания ложечкой Фолькмана с последующим тушированием травмированных мест 5% водным раствором перманганата калия или 2% спиртовым раствором йода. В ряде случаев возможно проведение криодеструкции и электрокоагуляции.

У маленьких детей при невозможности из-за болезненности деструкции элементов применяют точечное ежедневное туширование высыпаний 2-3% раствором йода в течение 7-10 дней (важно обрабатывать только элементы во избежание ожога окружающей кожи!).

При диссеминированных формах заболевания дополнительно можно назначать препараты *интерферона* как местно, так и системно, в виде капель в нос (по 3-4 капли 4-5 раз в день) или *ректально* (свечи с интерфероном альфа-2). Также назначают инозин пранобекс по 50 мг на 10 кг массы тела пациента 3 раза в сутки, 3-4 курса по 10 дней с 7-10 дневными перерывами между ними. Наружно назначают гель алломедин\*.

### **Консультирование**

Необходимо избегать непосредственного телесного контакта с больными. Так как распространенность заболевания среди пациентов детского возраста особенно велика, то ребенка, больного контагиозным моллюском, необходимо изолировать из детского коллектива до полного выздоровления.

## 15.5. ВИРУСНАЯ ПУЗЫРЧАТКА ПОЛОСТИ РТА И КОНЕЧНОСТЕЙ

Вирусная пузырчатка (или пузырчатка полости рта, ладоней и подошв; *hand-food-and-mouth disease*) - вирусное заболевание, протекающее с характерной экзантемой, локализующейся на слизистой оболочке полости рта, ладонях и стопах.

Чаще болеют дети раннего и младшего возраста. Возможны семейные случаи заболевания.

### Этиология и патогенез

Возбудители данного заболевания - вирусы Коксаки (тип А16, А5, А7, А9 и др.), а также энтеровирус 71-го типа.

Пик заболеваемости приходится на конец лета и начало осени. Инкубационный период составляет 3-5 дней. Больные контагиозны в период за 2 дня до появления сыпи и 2 дня после ее возникновения.

### Клиническая картина

Заболевание обычно начинается с короткого продромального периода, сопровождаемого недомоганием и лихорадкой. У некоторых больных возможны кашель и диарея.

На 2-3-и сутки появляются высыпания на коже и слизистой оболочки полости рта. Типичная сыпь при вирусной пузырчатке локализуется в ротовой полости и на коже ладоней и подошв.

Высыпания на *слизистой оболочке полости рта* представлены быстро вскрывающимися везикулами, оставляющими после себя болезненные эрозии (афты), расположенные на гиперемизированном основании и покрытые белесоватым налетом (рис. 15-19). Размер эрозий диаметром 4-8 мм. Наиболее часто высыпания локализуются на слизистой оболочке щек и языка. В некоторых случаях поражаться могут нёбо, дуж-

ки зева, миндалины, задняя стенка глотки. В ротовой полости эрозии сохраняются около 1 нед и нередко сопровождаются болезненностью, которая может нарушать прием пищи, артикуляцию.

Характерное кожное проявление при данном заболевании - *поражение ладоней и подошв*, при котором отмечают серовато-белые везикулы и пустулы диаметром 2-4 мм, овальной формы, не возвышающиеся над поверхностью кожи и окруженные венчиком гиперемии (рис. 15-20).

Высыпания при данном заболевании могут локализоваться также на коже ягодиц, верхних и нижних конечностях, где проявляются неспецифической сыпью: воспалительными пятнами, волдырями, везикулами и пустулами.

### Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят с герпетическим гингивостоматитом, афтозным стоматитом, чесоткой, крапивницей, вирусными экзантемами.

## **Лечение**

При обычном течении заболевания специфического лечения не требуется. У маленьких детей при обезвоживании рекомендуют проведение инфузионной терапии. Везикулы и пустулы обрабатывают водными растворами анилиновых красителей.

## **Консультирование**

Прогноз благоприятный: длительность заболевания составляет 7-10 дней и заканчивается выздоровлением пациентов.

**Литература:**

- 1. Кожные и венерические болезни : учебник. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г.**
- 2. национальное руководство по дерматовенерологии Бутов Ю.С., Ю.К. Скрипкин**
- 3. <http://medicineform.net/>**

## Рецензия на реферат

На рецензию представлен реферат на тему: **«Вирусные заболевания кожи. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение»**

. Реферат представлен в печатной форме на 15 страницах.

В реферате представлены этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и принципы лечения вирусных заболеваний кожи

Реферат составлен по форме. Может быть применен как пособие в дальнейшей практической деятельности врача. Считаю нецелесообразным выполнение рефератов в рукописной форме.

**Проферила:**

**Зав.каф. проф. ,д.м.н. Карачева Ю.В.**