

Казанский национальный исследовательский
технологический университет

Лекция

*Инфекционные и неинфекционные
заболевания кожи*

Казань - 2012



Паразитарные дерматозы

К числу заразных паразитарных заболеваний кожи относятся чесотка и вшивость.

1. Чесотка - очень распространенное и заразное паразитарное заболевание кожи, вызванное внешним паразитом – чесоточным клещом.

Этиология и патогенез. Возбудителем заболевания является чесоточный клещ или, как его еще называют, зудень. Клещ – паразит человека (человек является единственным хозяином клеща в природе). Возбудитель имеет размер около 100 мкм. После попадания особей или личинок на кожу человека самки в течение 0,5 - 1 ч пробуравливают эпи-дермис, формируя ходы, в которые откладывают яйца.

Этиология и патогенез чесотки

Через 3-4 дня из отложенных яиц появляются личинки, скапливающиеся в зоне рогового слоя. Спустя 2-3 дня у них происходит первая линька с образованием из личинок нимфы, которая выходит на поверхность кожи, затем через 3-4 дня из нимф появляются клещи. Стенки чесоточных ходов покрыты экскретами паразитов, которые могут вызывать аллергическую реакцию, обуславливая клинические проявления чесотки. Во внешней среде клещ нестоек: при низких температурах, а также при температуре $+55^{\circ}\text{C}$ он гибнет в течение 10 мин, при температуре $+80^{\circ}\text{C}$ и выше клещ гибнет моментально.

Пути передачи

Источником заражения является человек, больной чесоткой. Передается контактным путем. Заражение может происходить непосредственно при контакте с больным человеком, а также опосредованно, т.е. при контакте с инфицированными предметами быта (постельным бельем, ношенной одежде, мягкими игрушками, мягкой мебелью). Эпидемический очаг создается благодаря тому, что больной человек заражает чесоткой людей, которые находятся с ним в бытовом, профессиональном или половом контакте. Животные не могут являться переносчиками чесоточного клеща, так как клещ может паразитировать только в коже человека.

Клиника

Сразу после заражения наступает период инкубации возбудителя, длительность которого варьируется. Когда самки начинают откладывать яйца, на коже появляются морфологические изменения, которые являются результатом пролиферативной воспалительной реакции. При нарастании количества паразитов, обитающих в коже, человек начинает ощущать зуд. Средняя продолжительность инкубационного периода составляет от 3 до 14 дней. Основной жалобой, предъявляемой больными чесоткой, является кожный зуд, который беспокоит их преимущественно в вечернее и ночное время.

Возникновение чесоточных ходов

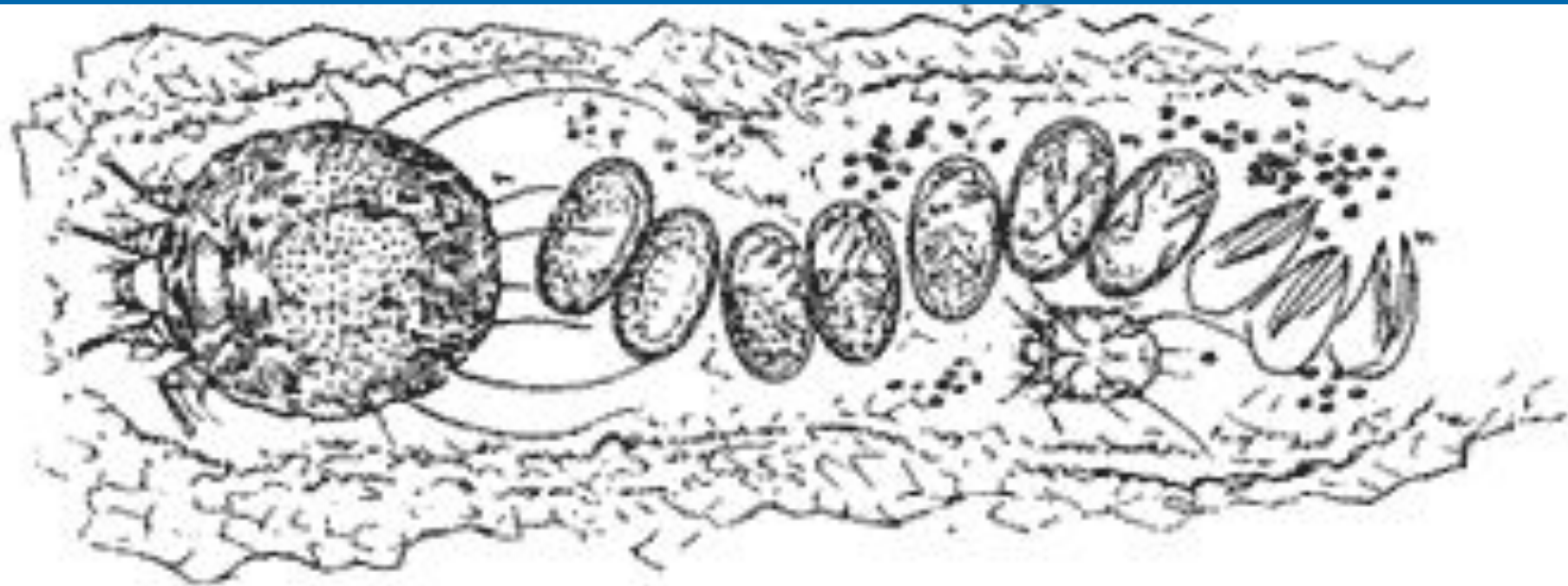


Рис. 3. Содержимое типичного чесоточного хода *S. scabiei* в препарате соскоба эпидермиса в молочной кислоте. 1 – самка с яйцом, 2 – яйцо с развивающимися зародышами, 3 – сформированные личинки в яйце на стадии перекреста и разворота щетинок III ног; 4 – вылупившаяся личинка; 5 – опустевшие яйцевые оболочки; 6 – экскременты.

Клиника

Клиническая картина чесотки обусловлена несколькими факторами: жизнедеятельностью клеща и формированием им чесоточных ходов, степенью аллергизации организма к возбудителю и появлением на коже аллергических высыпаний. Выделяют несколько клинических форм заболевания.

Типичная форма чесотки

Высыпания локализуются в наиболее типичных местах: на животе, особенно вокруг пупка, на передневнутренней поверхности бедра, на ягодицах, молочных железах, боковых поверхностях пальцев кистей и стоп и др.

Картина заболевания чесоткой



Типичная форма чесотки

Очень редко встречаются высыпания на лице и волосистой части головы, на коже ладоней и стоп могут появляться лишь единичные высыпания. Чесоточные ходы имеют вид слегка возвышенной белесоватой или сероватой прямой или изогнутой линии, длиной 5-7 мм. Чаще ход визуально обнаружить трудно, а видны его окончания в виде милиарных папул и везикул, в которых при лабораторном исследовании можно обнаружить чесоточного клеща. Эти мелкие папуловезикулярные элементы (0,5-0,7 мм) расположены на одном из концов хода и частично покрыты точечными кровянистыми корочками из-за расчесов.

Типичная форма чесотки

Кроме парных папуло-везикул и чесоточных ходов, на коже больного обнаруживают точечные и линейные эскориации (свидетельствуют о зуде), а также различные пиококковые осложнения, которые начинаются в разгибательной зоне локтей. **Симптом Арди** — обнаружение на локтях гнойных или гнойно-кровянистых



К атипичным формам чесотки относятся:

- чесотка чистоплотных,
- узелковая чесотка
- корковая (норвежская) чесотка.

Различия в клинике обусловлены измененной реактивностью больного (высокой или низкой), что приводит к различной реакции организма на инвазию клеща.

- Чесотка чистоплотных представляет собой стертую форму заболевания, которое развивается у людей, тщательно соблюдающих правила личной гигиены, имеющих нормальную иммунореактивность (повышенная чувствительность к антигену).

К атипичным формам чесотки относятся:

Клинические проявления в этом случае будут минимальными и представляют собой отдельные мелкие фолликулярные папулы или пузырьки, единичные мелкие геморрагические корочки, расположенные преимущественно на передней поверхности тела (вокруг пупка и на груди). Единичные высыпания сопровождаются выраженным зудом ночью. Узелковая чесотка возникает в результате гиперергической реакции замедленного типа, которая развивается на продукты жизнедеятельности клеща. Папулы могут образовываться при нелеченой чесотке (типичной формы или стертой) в основном у пациентов, длительно болеющих или болевших чесоткой в результате неправильной диагностики или рецидива.

Чесотка

Зудящие красновато-коричневые узелки возникают под чесоточными ходами и всегда расположены в местах, характерных для высыпаний для типичной чесотки. Папулы находятся преимущественно на закрытых участках кожи.



Норвежская чесотка

Самой редкой атипичной формой чесотки является корковая или норвежская чесотка. Данный вид чесотки возникает у больных, имеющих ослабленную иммунореактивность. Корковая чесотка проявляется образованием на поверхности кожи корок и представляет собой самую контагиозную форму чесотки. Норвежская чесотка развивается у больных, которые страдают иммунодефицитными состояниями (СПИДом, длительном лечении цитостатическими и глюкокортикоидными препаратами по поводу системных заболеваний, алкоголизмом, истощением).

Корковая чесотка



Норвежская чесотка

Для этой формы чесотки характерны серовато-грязные корки, имеющие тенденцию к наслоению друг на друга и разную площадь и толщину. Корки плотно спаяны с подлежащими тканями, удаляются с трудом и болезненно. После удаления корок под ними обнажаются эрозии желтого цвета. Поражаются разгибательные поверхности конечностей (тыл кистей, пальцев, локти, колени), ягодицы, волосистая часть головы, лицо, ушные раковины.

Диагноз чесотки можно поставить, учитывая следующие критерии:

- 1) клинические данные (вечерне-ночной зуд, характерные высыпания в типичных местах, а также симптом Арди, наличие папул на коже молочных желез);
- 2) эпидемиологические сведения (осмотр контактных лиц и обнаружение у них клинических признаков чесотки, сведения о пребывании больного в эпидочаге);
- 3) лабораторная диагностика (обнаружение клеща и его яиц в соскобах элементов сыпи).

Лечение

Для лечения больных чесоткой надо использовать средства, губительно действующие на паразитиру-ющих в роговом слое чесоточных клещей и их личинок. Независимо от выбранного препарата и методики его применения для успешного лечения больной чесоткой должен соблюдать следующие правила:

- 1) Обрабатывать проточесоточным средством всю кожу, а не только пораженные чесоточным клещом участки, исключение составляет только кожа головы;
- 2) строго соблюдать рекомендованную врачом методику лечения и мыться только непосредственно перед лечением и после его окончательного завершения;

Лечение

3) проводить смену нательного и постельного белья до лечения и после его окончания.

В последние годы в связи с высокой эффективностью и малой токсичностью широкое распространение получил бензилбензоат (бензиловый эфир бензойной кислоты) в форме эмульсионной мази 20%, которую втирают в кожу, а для детей-10%-я мазь. Сначала необходимо обрабатывать верхние конечности (по 2 мин каждую), туловище (исключая кожу головы, лица и шеи), а затем нижние конечности (также по 2 мин). Особое внимание необходимо уделять межпальцевым промежуткам, свободному ногтевому краю, крупным складкам кожи и генитальной областям.

Лечение

Последовательность противопаразитарной обработки кожи одинакова при всех методах лечения. После каждой обработки поверхности тела больному необходимо менять нательное и постельное белье; грязное белье необходимо после стирки подвергать термообработке. Повторное обрабатывание кожи проводят на 2-4 день. Данная методика обработки обусловлена тем, что вылупившиеся в течение 2-х суток личинки чесоточного зудня более доступны воздействию противочесоточной терапии. Через 3 дня после окончания лечения больному рекомендуют повторную смену нательного и постельного белья, а также тщательное мытье.

Лечение

Необходимо обеззаразить верхнюю одежду и мягкую мебель. Распространено применение при чесотке препаратов, содержащих серу, чаще применяют серную мазь (20%-ю, для детей 6-10%-ю), а также применяют метод М.П. Демьяновича. Серную мазь ежедневно втирают на ночь в течение 5 дней во всю кожу (за исключением кожи головы, лица и шеи). Через день после завершения лечения больной моется под душем с мылом и меняет постельное белье, термически обрабатывает верхнюю одежду (проглаживает утюгом).

Лечение чесотки

Высокоэффективны и безопасны такие современные средства лечения чесотки, как **спрегаль** (аэро-золь эсдепаллетрина в сочетании с бутоксидом пиперонила в баллоне, производства Франции) и **линдан**. Вечером без предварительного мытья пациент опрыскивает всю кожу (кроме головы и лица) спрегалем с расстояния 20-30 см от поверхности кожи, не оставляя ни одного участка тела необработанным. Через 12 ч необходимо тщательно вымыться с мылом. Однократного применения препарата бывает достаточно. При значительной длительности заболевания кожу обрабатывают дважды (по 1 разу в сутки). **Нежелательные эффекты:** пощипывание кожи и раздражение горла, наблюдаются редко.

Лечение чесотки

Линдан является хлорорганическим инсектицидом (гексахлорциклогексан). Обладает высокой эффективностью, лишен цвета и запаха. Втирают 1%-ный крем (эмульсию) вечером 3 дня подряд во всю кожу (от шеи до кончиков пальцев стоп). Перед лечением и ежедневно через 12-24 ч после обработки нужно принимать теплый душ или ванну. Беременным женщинам и детям лечение линданом не рекомендуется.

Лечение чесотки

Особенности лечения корковой чесотки. После снятия массивных корок (в результате применения кератолитических мазей и общих ванн) проводят курсы лечения чесотки обычными антискабиозными препаратами вплоть до полного излечения. Важно выразить патогенез иммунодефицитного состояния, т.е. установить заболевание (состояние), которое привело к резкому ослаблению реактивности больного и по возможности провести его коррекцию.

Профилактика

Для профилактики важно активное раннее выявление больных чесоткой, своевременное их лечение. Необходимо установить очаги чесотки и организовать работу по их ликвидации (осмотр и обработку членов семьи, лиц, проживающих с больным в одном помещении, членов организованных коллективов). Очень важно проводить одновременное лечение всех больных, выявленных в одном очаге (для профилактики реинвазии).

2. Вшивость

Вшивость - паразитарное поражение кожи облигатными паразитами человека – вшами.

Этиология. На коже человека могут паразитировать 3 вида вшей – головные, платяные, лобковые.

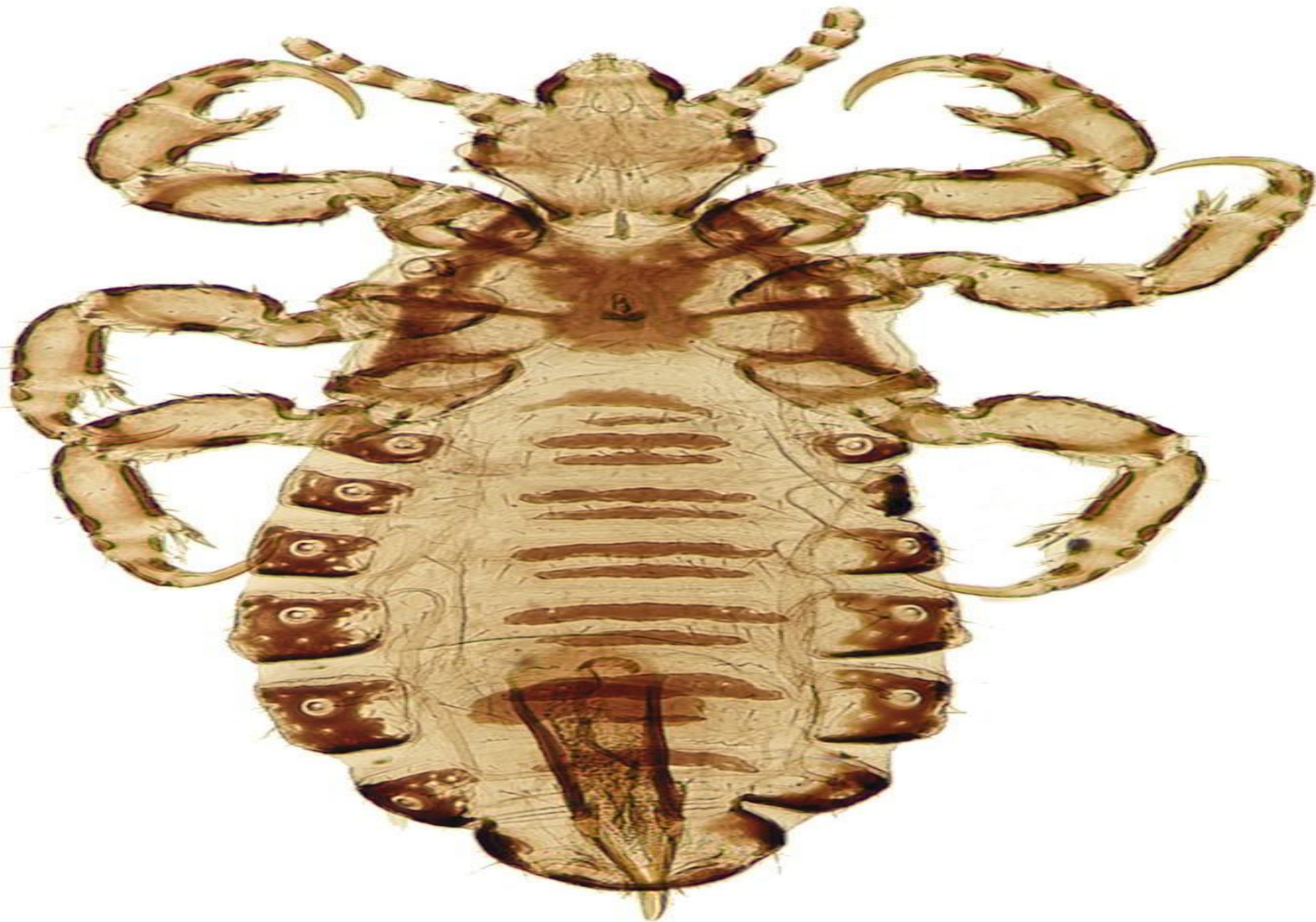
Головные вши – подвижные паразиты темно-серого цвета, размер от 2-3 мм (самец) до 3,5 мм (самка). После того как самка поселяется на волосистой части головы, она откладывает яйца (гниды) белесоватого цвета длиной 0,7-0,8 мм, плотно приклеивая их к поверхности волос. Наиболее хорошо заметны гниды на темных волосах.

2. Вшивость

Платяные вши - подвижные насекомые белесовато-серого цвета размером от 3-4 мм (самец) до 3-5 мм (самка) - откладывают яйца (гниды) в складках кожи, приклеивая их к ворсинкам ткани.

Лобковые вши или плати - малоподвижные мелкие (1-2 мм) насекомые, желто-коричневого цвета, напоминающие по форме краба. Интенсивность окраски зависит от содержания крови хозяина в кишечнике вши (после укуса насекомое становится темнее). Гниды приклеиваются к волосам на лобке, бедрах, животе. В далеко зашедших случаях гниды можно обнаружить на волосах в зоне подмышечных впадин, груди, бровей, ресниц. У лиц с выраженным волосяным покровом насекомые и гниды могут находиться в любой зоне

Платяная вошь



Виды вшивости



Головная вошь



Лобковая вошь



Яйцо лобковой вши;
приклеивается самкой к
волосу

Заражение всеми видами вшей осуществляется при прямом контакте с больным человеком (бытовой и половой контакты), а также при опосредованном контакте (через предметы быта, постельные принадлежности, белье, одежду, спортивный инвентарь).

Клиника

Головные вши поселяются на волосистой части головы преимущественно в затылочной и височной областях. Головные вши являются кровососущими насекомыми, п.э. на месте их укусов образуются воспалительные папулы шаровидной формы. Укусы вызывают нестерпимый зуд в результате чего больной их расчесывает и заносит инфекцию и возникает заболевание вульгарный импетиго.

Гнойные корки склеивают волосы в единый сплошной комок, а также могут увеличиваться шейные и затылочные лимфоузлы. При тщательном осмотре больного на волосах можно обнаружить белесоватые гниды, подвижные головные вши видны не всегда. Обнаружение гнид и тем более вшей подтверждает диагноз.



Платяная вшивость

Контактным путем с больного человека платяные вши попадают на одежду и кожу окружающих людей. Поселяются в складках одежды и кусают прилегающую к ним кожу. Реакция кожи на укусы - в виде воспалений и отеков и папул. Локализация укусов совпадает с зонами, где одежда максимально прилегает к поверхности кожи (это поясница, межлопаточная и подмышечная зоны, кожа шеи, голеней). Укусы вызывают сильный зуд, следствием которого могут быть расчесы и пиогенные осложнения в виде стрептостафилококковых пиодермитов. При длительном существовании вшей и хроническом расчесывании кожа пигментируется. Опасны, т.к. являются переносчиками возбудителя сыпного тифа.

Реакция кожи на укусы



Лобковая вшивость

Заражение происходит при половом контакте. Лобковые вши (площицы) поселяются в зонах оволосения тела (в лобковой области и промежности, реже в подмышечных впадинах, на груди). В запущенных случаях вшей находят на бровях и ресницах, куда они приклеивают свои гниды. Площицы малоподвижны, прикрепляются к коже и основаниям волос; иногда в этих местах развивается воспалительная реакция в виде небольшого размера (до 1 см) синюшных с геморрагическим оттенком пятен (так называемые вшивые пятна), не исчезающих при диаскопии. В случае поражения ресниц возникает отек и воспаляются веки.

Диагностика

Одинакова для всех видов вшивости и основана на обнаружении паразитов, гнид и следов их укусов. Однако при развитии обширных гнойных осложнений на волосистой части головы и коже туловища клиническая картина вшивости может быть замаскирована. В таких случаях следует обращать внимание на жалобы больного (зуд кожи в соответствующих локализациях), а также на сведения о зуде у членов семьи и других контактных лиц.

Противоэпидемические мероприятия должны включать:

- 1) противопаразитарную обработку у больного человека волос и кожи в пораженных областях;
- 2) медицинский осмотр и обязательную противопаразитарную обработку контактных лиц (половые и бытовые контакты);
- 3) санитарную обработку одежды, головных уборов, постельных принадлежностей, обивки мягкой мебели, полотенец, мочалок, мягких детских игрушек (стирку при температуре выше 80 °С, проглаживание утюгом с паром, обработку химическими акарицидными средствами).

Лечение

Лечение направлено на уничтожение взрослых насекомых и гнид. Большинство противопаразитарных средств - производные перметрина. Перметрин (ниттифор) выпускается в форме водно-спиртового 0,5%-го раствора. При наружном применении уничтожаются гниды, личинки и половозрелые особи головных и лобковых вшей. Пара-плюс – аэрозоль для наружного применения – содержит перметрин, малатион, пиперонил бутоксид. Применяется для лечения лобкового и головного педикулеза, уничтожает взрослых насекомых и гнид, время экспозиции 10 мин. Через 7 дней нужно повторить противопаразитарную обработку для

ЛЕКЦИЯ: «Атопический дерматит»

Атопический дерматит (или диффузный нейродермит, эндогенная экзема, конституциональная экзема, диатез) - это наследственно обусловленное хроническое заболевание всего организма с преимущественным поражением кожи, которое характеризуется поливалентной гиперчувствительностью и эозинофилией в периферической крови.

Этиология и патогенез. Атопический дерматит относится к мультифакторным заболеваниям. Наследуемая предрасположенность к атопическим заболеваниям реализуется под действием провоцирующих факторов

Этиология и патогенез

Неполноценность иммунного ответа способствует повышенной восприимчивости к различным кож-ным инфекциям (вирусным, бактериальным и ми-котическим). Большое значение имеют суперанти-гены бактериального происхождения. Важную роль в патогенезе атопического дерматита играет неполноценность кожного барьера, связанная с нарушением синтеза керамидов: кожа больных теряет воду, становясь сухой и более проницаемой для попадающих на нее различных аллергенов. Существенное значение имеют особенности пси-

Этиология и патогенез

- Существенное значение имеют особенности психоэмоционального статуса больных. Характерны черты депрессивности, напряжения и тревожности. Изменяется реактивность вегетативной нервной системы. Происходит выраженное изменение реактивности сосудов, имеющее динамический характер в соответствии с тяжестью заболевания.
- Дети, имевшие в раннем возрасте проявления атопического дерматита, представляют группу риска развития атопической бронхиальной астмы и аллергического ринита

Атопический дерматит рук



Атопический дерматит, развившийся в пожилом возрасте



Атопический дерматит век



Диагностика

Для постановки правильного диагноза используются основные и дополнительные диагностические критерии. В качестве основы используются критерии, предложенные на Первом международном симпозиуме по атопическому дерматиту.

Основные критерии

1. Зуд. Выраженность и восприятие зуда могут быть разными. Как правило, зуд больше беспокоит в вечернее и ночное время. Связано это с естественным биологическим ритмом.

Основные критерии

2. Типичная морфология и локализация высыпаний:

- в детском возрасте: поражение лица, разгибательной поверхности конечностей, туловища;
- у взрослых: грубая кожа с подчеркнутым рисунком на сгибательных поверхностях конечностей.

3. Семейная или индивидуальная атопия в анамнезе: бронхиальная астма, аллергический риноконъюнктивит, крапивница, атопический дерматит, экзема, аллергический дерматит.

Основные критерии

4. Возникновение болезни в детском возрасте. В большинстве случаев первое проявление атопического дерматита встречается еще в грудном возрасте. Нередко это связано с введением прикормов, назначением антибиотиков по какому-то поводу, сменой климата.
5. Хроническое рецидивирующее течение с обострениями весной и в осенне-зимнее время года. Эта характерная особенность болезни проявляется обычно в возрасте не ранее 3-4 лет. Возможно непрерывное внесезонное течение

Клиника А.Д.

Возрастная периодизация. А.Д. проявляется рано — на первом году жизни, хотя возможно и более позднее его проявление. Длительность течения и сроки ремиссий значительно варьируют. Заболевание может продолжаться до пожилого возраста, но чаще с возрастом его активность значительно утихает. Можно выделить 3 типа течения А.Д.:

- 1) выздоровление до 2-х лет (встречается наиболее часто);
- 2) выраженная манифестация до 2-х лет с последующими ремиссиями;
- 3) непрерывное течение.

Клиника А.Д.

В условиях ухудшающейся экологической обстановки роль внешних факторов все более увеличивается. К ним относят воздействие атмосферных загрязнений и профессиональных агрессивных факторов, повышенный контакт с аллергенами. Существенное значение имеют и психологические стрессы. А.Д. протекает, хронически рецидивируя. Клинические проявления заболевания меняются с возрастом больных. В течение болезни возможны длительные ремиссии. Клиническая картина А.Д. у детей в возрасте от 2 месяцев до 2 лет имеет свои особенности.

Клиника А.Д.

Поэтому выделяют младенческую стадию заболевания, которая характеризуется остро- и подостро-воспалительным характером поражений с тенденцией к экссудативным изменениям и определенной локализацией – на лице, а при распространенном поражении – на разгибательных поверхностях конечностей, реже на коже корпуса.

В абсолютном большинстве случаев имеется четкая связь с алиментарными раздражителями. Начальные изменения обычно проявляются на щеках, реже – на наружных поверхностях голеней и других участках.

Клиника А.Д.

Очаги располагаются прежде всего на щеках, помимо носогубного треугольника, непораженная кожа которого резко отграничена от очагов на щеках. Наличие высыпаний на коже носогубного треугольника у больного А.Д. в этом возрасте свидетельствует о тяжелом течении болезни. Первичными являются эритематоотечные очаги. При остром течении развиваются папуловезикулы, трещины, мокнутие, корки. Характерен сильный кожный зуд (неконтролируемые чесательные движения днем и во время сна). Ранним признаком А.Д. могут являться молочные корки (появление на коже волосистой части головы жирных корок буроватого цвета, сравнительно плотно спаянных

Клиника А.Д.

2-й возрастной период (детская стадия) охватывает возраст от 3 лет до пубертатного. Для него характерно хронически рецидивирующее, часто зависящее от сезона года течение (обострение заболевания весной и осенью). За периодами тяжелых рецидивов могут следовать продолжительные ремиссии, во время которых дети чувствуют себя практически здоровыми. Экссудативные явления уменьшаются, с преобладанием папул. Экземо-подобные проявления имеют тенденцию к группировке, наиболее часто проявляясь на предплечьях и голенях, напоминая бляшечную экзему или экзематид.

Клиника А.Д.

Нередко появляются трудно поддающиеся лечению эритематосквамозные высыпания вокруг глаз, рта, в локтевых сгибах, подколенных ямках и на задней поверхности шеи. При развитии вегето-сосудистой дистонии появляется сероватая бледность кожи. К концу второго периода возможно уже формирование типичных для А.Д. изменений на лице: пигментация на веках (особенно нижних), глубокая складка на нижнем веке (симптом Денни – Моргана, особенно характерный для фазы обострения), у некоторых больных - поредение наружной трети бровей.

Клиника А.Д.

3-й возрастной период (взрослая стадия) характеризуется меньшей склонностью к островоспалительным реакциям и менее заметной реакцией на аллергические раздражители. Пациенты жалуются на кожный зуд. Экземоподобные реакции наблюдаются в периоды обострения А.Д. Характерны выраженная сухость кожи, резко усиленный пило-моторный рефлекс. Среди дерматологических осложнений А.Д. 1-е место занимает присоединение вторичной бактериальной инфекции. В тех случаях, когда преобладает стафилококковая инфекция, говорят о пустулизации. Если осложнение А.Д. обусловлено стрептококками, развивается импетигинизация.

Лечение А.Д.

Терапевтические мероприятия при А.Д. включают активное лечение в фазу обострения, а также постоянное строгое соблюдение режима и диеты, общее и наружное лечение, климатотерапию. Перед началом терапии необходимо провести клинико-лабораторное обследование, выявить факторы, провоцирующие обострение заболевания. Для успешного лечения А.Д. очень важны обнаружение и контроль факторов риска, вызывающих обострение заболевания (психогенных, метеорологических, инфекционных и иных факторов).

Лечение А.Д.

Исключение таких факторов значительно облегчает течение заболевания (иногда до полной ремиссии), предотвращает необходимость госпитализации и уменьшает потребность в медикаментозной терапии. В младенческой фазе на первый план обычно выступают алиментарные факторы. Выявление таких факторов возможно при достаточной активности родителей ребенка (тщательное ведение пищевого дневника). В дальнейшем роль пищевых аллергенов несколько снижается.

Лечение А.Д.

- Больные А.Д. должны избегать продуктов, богатых гистамином (ферментированных сыров, сухих колбас, кислую капусту, томаты). Среди непище-вых аллергенов значительное место занимают клещи, шерсть животных, пыльца.
- Простуды и ОРВИ могут вызвать обострение А.Д. При первых симптомах простуды необходимо начинать прием гипосенсибилизирующих средств.
- При нетяжелых обострениях А.Д. ограничиваются назначением антигистаминных средств. Чаще всего используются блокаторы H_1 -рецепторов гистамина (цетиризин, лоратадин),

Лечение А.Д.

- Препараты этой группы уменьшают реакцию организма на гистамин, снижая вызываемые гиста-мином спазмы гладкой мускулатуры, уменьшают проницаемость капилляров, предупреждают разви-тие вызываемого гистамином отека тканей. Под влиянием этих препаратов понижается токсич-ность гистамина. При умеренных обострениях А.Д. терапию целесообразно начинать с внутри-венных вливаний растворов эуфиллина (2,4%-ный раствор - 10мл) и сульфата магния (25%-ный раствор - 10 мл) в 200-400 мл изотонического раствора хлорида натрия (ежедневно, 6-10 влива-ний на курс). Наружная терапия проводится по обычным правилам с учетом остроты и особен-

Лечение А.Д.

Наиболее часто используются кремы и пасты, содержащие противозудные и противовоспалительные вещества. Часто используют нафталанскую нефть, АСД, древесный деготь. Для усиления противозудного действия добавляются фенол, триме-каин, димедрол. При наличии островоспалительной реакции кожи с мокнутием используют примочки и влажно-высыхающие повязки с вяжущими противомикробными средствами. При осложнении заболевания присоединением вторичной инфекции в наружные средства добавляются более сильные противомикробные средства. Наружное применение средств, содержащих глюкокортикостероиды, при А.Д.

Лечение А.Д.

При тяжелом обострении процесса целесообразно проведение короткого курса лечения препаратами глюкокортикостероидных гормонов. Используют препарат бетаметазон. Максимальная суточная доза препарата 3-5 мг с постепенной отменой после достижения клинического эффекта. Максимальная продолжительность терапии 14 дней.

При тяжелых обострениях А.Д. возможно также применение циклоспорина А (суточная доза 3-5 мг на 1 кг массы тела пациента). Большинство пациентов, находящихся в фазе обострения, нуждается в назначении психотропных средств.

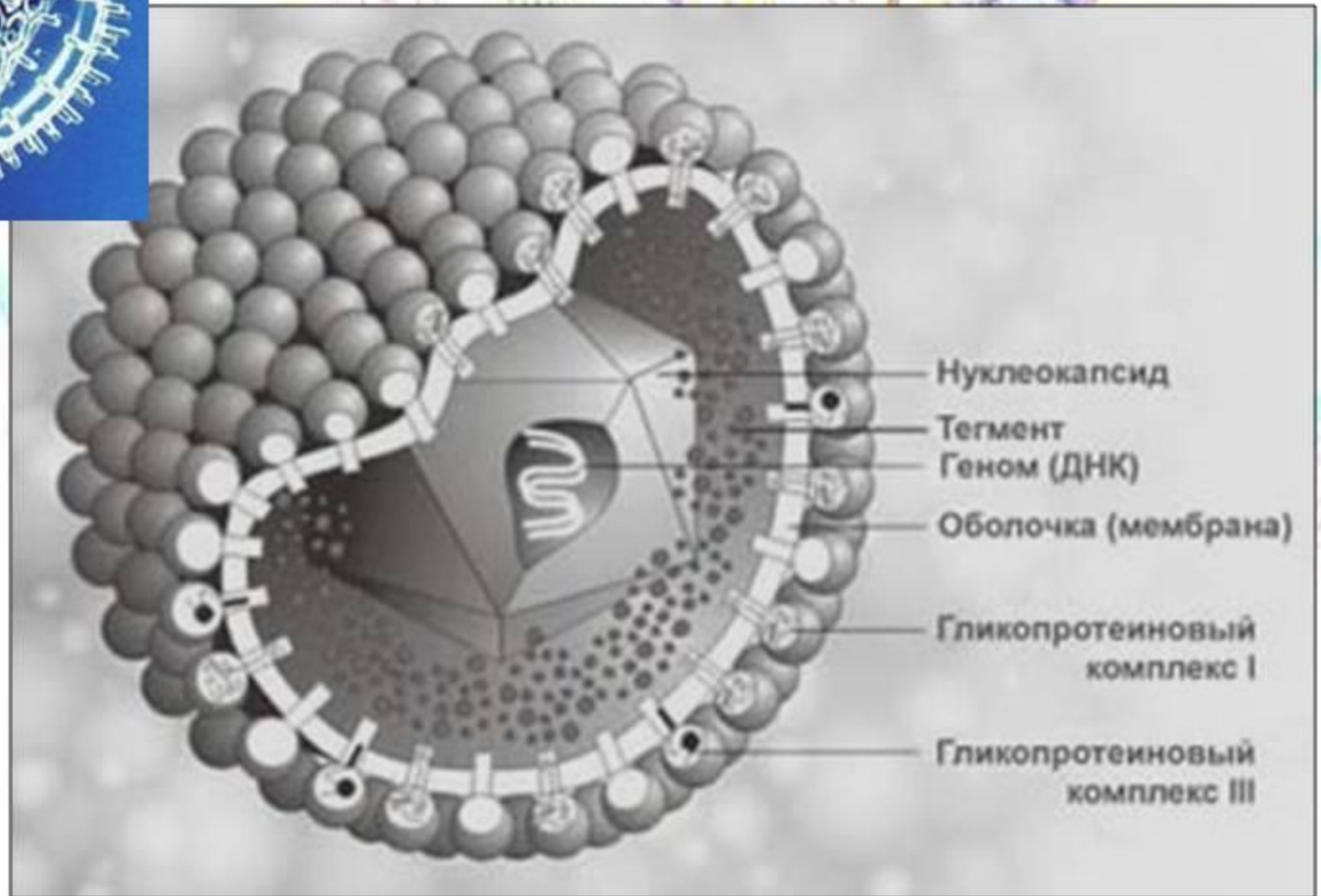
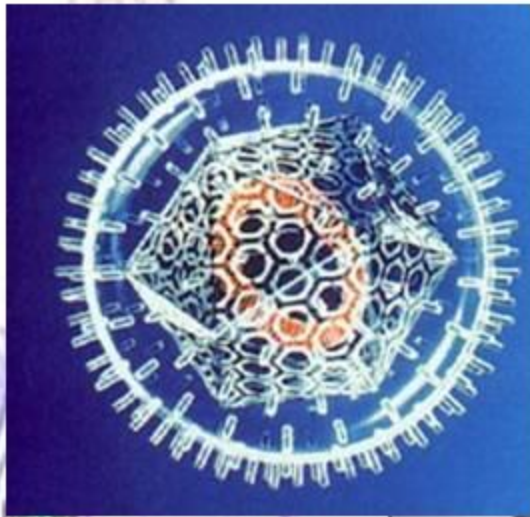
Вирусные дерматозы

1. Герпес-вирусные инфекции

Герпес-вирусные инфекции отличаются эпидемиологически широким распространением в человеческой популяции, многообразием клинических форм, персистирующим течением. Эти заболевания протекают хронически, рецидивируют и сопровождаются депрессией иммунитета. Тяжелое течение и частые рецидивы герпес-вирусных инфекций могут являться маркерами нарастающего иммунодефицита.

Простой герпес, или простой пузырьковый лишай. Вирус простого герпеса (ВПГ) относится к ДНК-содержащим фильтрующимся вирусам. Различают ВПГ-1 - возбудитель негенитальных

Вирус герпеса



Viruses, Viruses, Viruses

Простой герпес

Вирусы различаются по набору белков-антигенов, некоторыми биологическими свойствами, а также по преимущественному пути передачи вируса в естественных условиях. Источником заражения является инфицированный человек, причем как в период клинических проявлений, так и в период латентного течения инфекции. Вирус можно выделить из различных биологических секретов (слюны, слез, содержимого везикула). Инфицирование ВПГ-1 часто происходит в первые 3 года жизни ребенка, ВПГ-2, связано с началом половой жизни. Однако ВПГ-1 может вызывать поражение в аногенитальной области, а ВПГ-2 клинически проявляет себя и на других участках кожи и

Пути передачи ВПГ следующие

- 1) прямой контакт (бытовой, половой);
- 2) непрямой контакт (через предметы быта, посуду, игрушки, медицинские инструменты);
- 3) воздушно-капельный;
- 4) парентеральный (трансплантация органов и тканей, искусственное оплодотворение инфицированной донорской спермой);
- 5) от матери к плоду (трансплацентарный и при прохождении через родовые пути).

Вирус простого герпеса

При первичном инфицировании вирионы адсорбируются на эпителиоцитах, прикрепляются к клеточным рецепторам. После ряда преобразований в ядре эпителиоцитов образуются незрелые капсиды, которые транспортируются в цитоплазму и, приобретая оболочку, выходят из клетки. На коже или слизистой при поражении отмечаются воспалительные явления: выброс в ткани биологически активных веществ, реактивные изменения сосудов, дегенерация эпителиоцитов. Клинически это проявляется ограниченным отеком, гиперемией, микро-везикулами, а также ощущением зуда, жжения.

Вирус простого герпеса

Вирус имеет тропность к форменным элементам крови, иммуноцитам. Проникая в генетический аппарат клетки, ВПГ вызывает деградацию и гибель клетки или значительное снижение функциональной активности и состояние вторичного иммунодефицита, что делает невозможным полную элиминацию ВПГ. Пребывание ВПГ в организме человека приводит к снижению напряженности как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета. Нарушается функциональная активность неспецифических факторов защиты.

Вирус простого герпеса

Заболевания, вызванные ВПГ, подразделяются на первичную и вторичную, или рецидивирующую герпетическую инфекцию. Выделяют обычное течение герпетической инфекции (локализованные формы) и формы тяжелого течения на фоне иммунодефицита (распространенные и генерализованные формы). Первичная инфекция возникает при первом контакте человека с ВПГ (чаще у детей). При первичной инфекции инкубационный период продолжается 2-14 дней и в 80% случаях инфекция протекает в субклинической, латентной форме. Только в 20% случаев отмечаются клинические проявления либо в форме ОРВИ неуточненного генеза, либо в

Вирус простого герпеса у детей



Вирус простого герпеса



Вирус простого герпеса

Он является наиболее частой клинической формой первичной инфекции, но может протекать по типу гингивита, глоссита, герпетической ангины. В некоторых случаях при первичной инфекции высыпания могут появляться на коже в различных локализациях. После окончания инкубационного периода отмечают подъем температуры до 39-40°C, слабость, головную боль, потерю аппетита. На слизистой полости рта (чаще всего на слизистой щек, десен, языка, реже - на мягком и твердом небе, миндалинах) возникают очаги выраженного отека и гиперемии, на фоне которых через несколько

Вирус простого герпеса



<http://getthealth.ru/>

Вирус простого герпеса



Вирус простого герпеса

Затем везикулы вскрываются, и на их месте формируются точечные эрозивные или поверхностные язвенные дефекты. Иногда эрозии сливаются, образуя дефект с полициклическим контуром. Поражение слизистой рта всегда сопровождается выраженной болезненностью, жжением. Подчелюстные, подъязычные, шейные лимфатические узлы умеренно увеличены, болезненны больше на стороне высыпаний. Клиническое выздоровление наступает через 2 – 3 недели.

Вторичный или рецидивирующий, простой герпес

Возникает при активации вируса в инфицированном организме. Количество рецидивов, тяжесть течения, локализация, распространенность зависят от типа вируса и иммунного статуса человека. Рецидивы чаще протекают с умеренным интоксикационным синдромом или без него. Как для первичной инфекции так и для рецидива характерны типичные высыпания на коже и слизистых. Высыпания имеют фиксированный характер и тенденцию рецидивировать на одних и тех же участках кожи и слизистых. Поражаться могут любые участки на коже и слизистой, однако чаще всего высыпания возникают на лице, слизистой полости рта, конъюнктиве, коже и слизистых

Вторичный простой герпес

В типичных случаях очаг поражения представлен участком ограниченного отека, на фоне которых появляется группа везикул с прозрачным, серозным содержимым. Через несколько часов содержимое везикул мутнеет, а затем везикулы вскрываются с образованием мелких, тесно сгруппированных эрозий, или они сливаются в более обширный дефект с полициклическим контуром. Иногда на месте пузырьков образуются серозные корочки. Одновременно с высыпаниями отмечается реакция со стороны регионарных лимфатических узлов в виде увеличения болезненности. Через 7-10 дней корочки удаляются. На месте бывших высыпаний остается пятно.

Вторичный простой герпес

Пузырьковым высыпаниям предшествуют субъективные ощущения в месте будущих высыпаний, такие как болезненность, зуд, жжение, так называемые симптомы-предвестники. У некоторых пациентов возникает повышение температуры, недомогания, слабость, головная боль. Нередко рецидивы возникают в холодное время года, их могут провоцировать очаги хронической инфекции.

Лечение простого герпеса

- Терапия простого герпеса носит комплексный характер и включает использование противовирусных препаратов, иммунокорригирующих средств, симптоматического лечения. Длительность, интенсивность и объем курса терапии определяется клинической формой заболевания и тяжестью его течения, частотой рецидивов. При возникновении рецидивов 1 раз в 6 месяцев и реже, локализованном поражении кожи или слизистых и отсутствии общих симптомов показаны следующие методы: местная и общая терапия с использованием противогерпетических препаратов. Наружная этиотропная терапия – ацикловир в форме 5%-ного крема, теброфен ? 5% ная мазь. Показано применение