

Лекция № 4
для студентов педиатрического факультета

Вирусные заболевания кожи, герпесы, бородавки, остроконечные кондиломы, контагиозный моллюск. Инфекционные эритемы: многоформная экссудативная эритема, розовый лишай Жибера, узловатая эритема.

ПЛАН ЛЕКЦИИ

Вирусные заболевания кожи: распространенность, предрасполагающие факторы. Возбудители. Классификация. Бородавки вульгарные и плоские (юношеские). Остроконечные бородавки (кондиломы, папилломы), контагиозный моллюск. Этиология, клинические формы, эпидемиологическое значение, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.

Простой пузырьковый лишай. Этиология, клинические формы, эпидемиологическое значение, дифференциальный диагноз, лечение. Рецидивирующий герпес. Профилактика: санация очагов фокальной инфекции, лечение интеркуррентных заболеваний, исключение переохлаждения, гигиеническое содержание кожи и слизистых. Иммунотерапия и профилактика.

Опоясывающий герпес. Этиология. Клинические разновидности. Эпидемиологическое значение. Диагностика, лечение. Профилактика: изоляция больных ветряной оспой. опоясывающий герпес и онкологические заболевания.

Бородавки, остроконечные кондиломы, контагиозный моллюск. Этиология, клинические формы, эпидемиологическое значение, дифференциальный диагноз, лечение.

Многоформная экссудативная эритема: этиология, патогенез. Роль фокальной и герпетической инфекции, висцеральной патологии, охлаждения и др. клинические формы. Синдром Стивенса-Джонсона, как тяжелая разновидность экссудативной эритемы. Дифференциальный диагноз высыпаний на слизистой оболочке рта с пузырчаткой, буллезным пемфигоидом, герпетическим стоматитом, сифилитическими папулами. Лечение. Прогноз.

Розовый лишай. Этиология. Патогенез. Клиническая характеристика. Особенности течения. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Узловатая эритема Этиология Патогенез Клиническая характеристика Особенности

Вирусные заболевания кожи

Герпетические инфекции

Вирусные дерматозы — это заболевания кожи и слизистых оболочек, вызываемые проникновением и репродукцией вирусов.

К настоящему времени известны восемь типов вирусов герпеса:

- **вирус простого герпеса типа I (ВПГ-1),**
- **вирус простого герпеса типа 2 (ВПГ-2),**
- **вирус опоясывающего герпеса (varicella-zoster, тип 3),**
- **вирус Эпштейна—Барр (вирус герпеса человека типа 4),**
- **цитомегаловирус (вирус герпеса человека типа 5),**
- **вирус герпеса человека типа 6,**
- **вирус герпеса человека типа 7,**
- **вирус герпеса человека типа 8.**

Герпетические инфекции (продолжение)

Этиология и патогенез. Возбудитель простого герпеса — дерматонейротропный ДНК-содержащий фильтрующийся вирус. Различают ВПГ-1 — возбудитель преимущественно негенитальных форм и ВПГ-2 — возбудитель генитальных форм герпеса.

Герпетическая инфекция проникает через кожу и слизистые оболочки при тесном бытовом и половом контактах или воздушнокапельным путем. Из входных ворот вирус распространяется по эндо- и периневральным путям и попадает в спинальные и церебральные ганглии. Накапливаясь в регионарных спинальных и черепно-мозговых ганглиях, вирус простого герпеса долго находится в латентном состоянии. После инфицирования в организме образуются противовирусные антитела, которые не предупреждают рецидивов болезни, но способствуют более мягкому их течению. Под воздействием разных факторов латентная инфекция активизируется и приводит к развитию клинического рецидива.

Степень выраженности клинических симптомов зависит от состояния иммунитета. В иммунной защите ведущая роль принадлежит Т-клеточным механизмам и интерферонаобразующей функции клеток крови. Первичный простой герпес возникает после первого контакта с вирусом, чаще это бывает в детском возрасте.

Герпетические инфекции (продолжение)

Клиническая картина. Инкубационный период продолжается от нескольких дней до 2 недель.

Заболевания, вызванные вирусом простого герпеса, подразделяют на **первичную и вторичную или рецидивирующую герпетическую инфекцию.**

Заболевание характеризуется возникновением сгруппированных пузырьков на воспалительном отечном фоне. Могут поражаться как кожа, так и слизистые оболочки. Обычная локализация герпетической инфекции — губы и нос. Первичный герпес у маленьких детей чаще проявляется остро герпетическим стоматитом, при котором резко нарушается общее состояние, появляются озноб, лихорадка до 40 °С, головная боль. На слизистой оболочке губ, щек, твердого и мягкого нёба, нёбных дужках и миндалинах возникают группы пузырьков, при вскрытии которых образуются болезненные эрозии, что приводит к затруднению приема пищи. Отмечается гиперсаливация. Может возникать регионарный лимфаденит.

Клинические проявления рецидивов инфекции отличаются меньшей интенсивностью и продолжительностью. Началу высыпаний предшествует чувство покалывания и жжения в очаге. Затем появляются характерные сгруппированные пузырьки величиной от булавочной головки до мелкой горошины, расположенные на гиперемизированном умеренно отечном фоне. Через несколько дней их прозрачное содержимое либо ссыхается в корки, либо мутнеет, а в дальнейшем пузырьки вскрываются, образуя болезненные эрозии. В течение нескольких дней появляются свежие пузырьки. Высыпания разрешаются обычно в течение 7—10 сут.

Герпетические инфекции (продолжение)

Помимо классических проявлений простого герпеса существуют **атипичные формы заболевания:**

- **абортивная,**
- **отечная,**
- **буллезная,**
- **геморрагическая,**
- **язвенно-некротическая,**
- **зостериформная,**
- **диссеминированная.**

При **абортивной форме** слабо выражен экссудативный компонент, в связи с чем мелкие пузырьковые высыпания напоминают милиарные узелки.

Отечная форма встречается чаще всего в области гениталий (малые половые губы, крайняя плоть). Развивается сильный отек мягких тканей, сопровождающийся болезненностью и сильным жжением. Пузырьки при этой форме почти не видны.

При **буллезной форме** наряду с типичными элементами образуются крупные полостные образования (сливные везикулы), похожие на пузыри.

Геморрагическая форма характеризуется наличием кровянистого экссудата в пузырьках и образованием плотных геморрагических корок.

Герпетические инфекции (продолжение)

Язвенно-некротическая форма — это проявление тяжелого иммунодефицитного состояния пациента. Она может развиваться при СПИДе, онкологических заболеваниях, на фоне лечения иммунодепрессантами. После вскрытия пузырьков на коже образуются увеличивающиеся в размерах длительно незаживающие язвы.

Зостериформный простой герпес характеризуется высыпанием сгруппированных пузырьков по ходу нервов на лице, конечностях, туловище, ягодицах. При этой форме нарушается общее состояние больного (лихорадка, головная боль, признаки интоксикации), однако выраженной болезненности в очагах поражения не наблюдается.

Диссеминированная форма проявляется одновременным появлением высыпаний на разных участках кожи.

Герпетические инфекции (продолжение)

Генитальный герпес может быть вызван двумя типами вирусов (ВПГ-1 и ВПГ-2). Основной путь инфицирования гениталий — половой. Клинически генитальный герпес проявляется сгруппированными пузырьками на гиперемизованном отечном основании. Пузырьки вскрываются с образованием болезненных эрозий. Высыпания сопровождаются зудом, жжением и болью в области половых органов. У больных нередко повышается температура, увеличиваются регионарные лимфатические узлы, могут возникать явления герпетического уретрита, цервицита, цистита. Особенно опасен генитальный герпес для беременных. Вирусемия во время беременности бывает причиной гибели плода, вызывая спонтанные аборты на ранних сроках и поздние выкидыши.

Герпес новорожденных возникает у детей, матери которых больны генитальным герпесом. Риск заражения новорожденного наиболее высок при первичном герпесе половых органов матери. Заражение происходит внутриутробно или при прохождении через инфицированные родовые пути. Для новорожденных характерна генерализация инфекции, при которой помимо высыпаний на коже поражаются ЦНС (энцефалит, менигоэнцефалит), печень (гепатит) и глаза (конъюнктивит, кератоконъюнктивит). На коже и слизистых оболочках герпетические высыпания представлены обилием мелких пузырьков 1 — 2 мм в диаметре, располагающихся на практически неизменном фоне. Вокруг пузырьков можно увидеть слабовыраженный воспалительный ободок.

Герпетические инфекции (продолжение)

Герпетическая инфекция может осложнять течение некоторых дерматозов. Так, при контакте больного экземой или атопическим дерматитом с больным простым герпесом развивается герпетиформная экзема Капоши.

Опоясывающий герпес — это вирусное заболевание, поражающее кожу и нервную систему. Возбудителем заболевания является вирус Varicella-Zoster, одновременно — возбудитель и ветряной оспы. У детей опоясывающий герпес встречается редко.

Развитие опоясывающего герпеса — результат реактивации латентного вируса после перенесенной в детстве ветряной оспы. Продромальные явления характеризуются приступообразными болями по ходу нервов, жжением, гиперемией в очагах поражения, общей слабостью, головными болями, некоторым повышением температуры.

Клиническая картина заболевания проявляется в виде сгруппированных пузырьков, расположенных линейно по ходу нервов. Высыпания, как правило, располагаются ассиметрично, с одной стороны туловища по ходу межреберных нервов, на лице в проекции веточек тройничного и лицевого нерва и на конечностях. Пузырьки обычно находятся на гиперемизированном основании. Их содержимое вначале прозрачное, затем мутнеет либо из-за примеси крови становится геморрагическим.

Герпетические инфекции (продолжение)

Выделяют следующие клинические формы заболевания:

- **легкая (абортивная);**
- **тяжелая** — гангренозная, при которой из-за некроза возникают рубцовые изменения;
- **геморрагическая;**
- **буллезная**, при которой имеются высыпания не только пузырьков, но и пузырей.

Особенно тяжелой формой опоясывающего герпеса является процесс, развивающийся в области первой ветки тройничного нерва — на коже лба, век, носа и височной области. Вовлечение в процесс глаз выражается слезотечением, светобоязнью, конъюнктивитом, язвенным кератитом, иритом, геморрагическим выпотом в переднюю камеру глаза. Заболевание может закончиться снижением зрения или слепотой.

Среди осложнений чаще всего наблюдаются невриты, сопровождающиеся длительно существующими болевыми ощущениями по ходу того или иного нерва. Реже возникают парезы лицевого, тройничного нервов, снижение слуха, менингиты, энцефалиты, присоединяется пневкокковая инфекция. Тяжелое или рецидивирующее течение болезни возможно у лиц, страдающих системными болезнями крови, злокачественными новообразованиями.

Герпетические инфекции (продолжение)

Диагностика. Диагноз ставят на основании клинической картины и локализации процесса. Лабораторная диагностика заключается в выделении вируса в культуре клеток или обнаружении вирусных антигенов. Полимеразная цепная реакция позволяет идентифицировать в исследуемом материале вирусную ДНК.

Патогистологические исследования при всех видах герпеса выявляют баллонизирующую дегенерацию в эпидермисе с образованием внутриэпидермальных пузырьков.

Дифференциальная диагностика. Герпетические инфекции дифференцируют с вирусной пузырчаткой полости рта и конечностей, аллергическим контактным дерматитом, буллезным импетиго.

Также дифференцируют простой и опоясывающий герпес.

Герпетические инфекции (продолжение)

Лечение. При простом и опоясывающем герпесе назначают противовирусные препараты: ацикловир, валтрекс, фамцикловир. При простом герпесе ацикловир назначают взрослым и детям старше 2 лет по 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 сут, детям до 2 лет по 100 мг 5 раз в сутки. Валтрекс принимают по 500 мг 2 раза в сутки, фамцикловир — 250 мг 3 раза в сутки в течение 5 — 10 сут.

При опоясывающем герпесе ацикловир применяют по 800 мг 5 раз в сутки в течение 7 сут, детям младше 2 лет назначают по 400 мг 5 раз в сутки. Валтрекс применяют по 1 г 3 раза в сутки в течение 7 сут.

При выраженном подавлении Т-клеточного звена иммунитета используют препараты интерферона и иммуномодулирующую терапию. Наружно при герпетической инфекции используют противовирусные мази: 0,25 % зовиракс (ацикловир), виру-мерц, фенистилпенцивир.

Прогноз. Со временем рецидивы герпеса возникают все реже. Частота рецидивов зависит от иммунологической реактивности.

Профилактика. Следует соблюдать правила личной гигиены. При иммунодефицитных состояниях рекомендуются мероприятия, способствующие повышению иммунитета.

Герпетическое поражение красной каймы губ и плеча



Герпетическое поражение кожи ягодицы и КИСТИ



Герпетическое поражение слизистых оболочек полости рта



Герпетический гингивостоматит



Офтальмогерпес



Генерализованный герпес



Опоясывающий герпес



Папилломавирусная инфекция

Этиология и патогенез. Папилломавирусы относятся к семейству паповавирусов, объединяющих группу ДНК-содержащих вирусов. Они реплицируются в ядрах клеток плоского эпителия и играют определенную роль в онкогенезе кожных и слизистых поражений. Бородавки вызываются разными типами папилломавируса человека (ПВЧ). Различают бородавки вульгарные (возбудитель ПВЧ-2), подошвенные (возбудители ПВЧ-1), плоские (ПВЧ-3), верруциформную дисплазию (ПВЧ-4), остроконечные кондиломы (ПВЧ-5, ПВЧ-6 и ПВЧ-11).

Клиническая картина. У детей чаще встречаются **вульгарные бородавки**, которые представляют собой гиперкератотические эпидермальные папулы размером от 1 до 10 мм в диаметре. Бородавки имеют желтовато-серую либо буроватую окраску. Иногда цвет кожи в очаге поражения не отличается от нормальной кожи. Поверхность бородавок часто неровная с гиперкератотическими наслоениями. Они локализуются преимущественно на кистях, стопах. При множественных бородавках одна из них — «материнская» — выделяется более крупными размерами.

В детском возрасте часто встречается разновидность бородавок, называемых **плоскими** или **юношескими**. *Высыпания мелких папул* обычно не сопровождается субъективными ощущениями, но иногда пациентов беспокоит зуд. Плоские бородавки располагаются преимущественно на тыле кистей и на лице, реже — на других участках кожного покрова. Эти узелки имеют размеры от булавочной головки до 3 — 5 мм в диаметре. Они слегка возвышаются над поверхностью кожи, имеют округлую или полигональную форму и желтоватый цвет либо по цвету не отличаются от здоровой кожи.

Папилломавирусная инфекция (продолжение)

Подошвенные бородавки также почти не возвышаются над поверхностью кожи. Нередко они окружены гиперкератотическим валом и напоминают плотную мозоль.

В подошвенных бородавках имеется центральный стержень, состоящий из нитевидных дермальных сосочков.

Высыпания на подошвах обычно сопровождаются болевыми ощущениями при ходьбе или надавливании.

Реже, чем у взрослых, у детей появляются **остроконечные кондиломы**.

Предрасполагают к их возникновению

- **воспалительные процессы половых органов (уретриты, вульвовагиниты),**
- **мацерация кожи,**
- **баланиты,**
- **баланопоститы.**

Обычной локализацией остроконечных кондилом является область половых органов и кожа около анального отверстия.

Дольчатые папилломатозные розово-красные разрастания размерами от 1—2 мм до 3 — 4 см располагаются на узком основании наподобие ножки. Часто эти элементы сыпи сравнивают с гребнем петуха и цветной капустой.

Из-за своей локализации поверхность остроконечных кондилом легко мацерируется, эрозируется и кровоточит.

Папилломавирусная инфекция (продолжение)

Диагностика

Диагноз «папилломавирусная инфекция» ставят на основании клинической картины.

Дифференциальная диагностика

Простые и плоские бородавки дифференцируют с

- кольцевидной гранулемой,
- блестящим лишаем,
- контагиозным моллюском.

Подошвенные бородавки дифференцируют с мозолями.

Также проводят дифференциальный диагноз между остроконечными и широкими кондиломами.

Лечение

Основные принципы лечения бородавок основаны на разрушении очагов поражения (лазеротерапия, криотерапия, химиопрепараты — фerezол, кондили́н, солкодерм) с последующей иммуностимулирующей терапией. У больных с нормальным иммунитетом бородавки, как правило, проходят самостоятельно.

Прогноз. У пациентов с хорошим иммунитетом прогноз благоприятный. У многих детей бородавки спонтанно рассасываются через 1 — 2 года.

Профилактика. Следует соблюдать правила личной гигиены.

Бородавки вульгарные



Вульгарные бородавки



Плоские бородавки



(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131- 85 - 2727

Контагиозный моллюск

Этиология и патогенез. Контагиозный моллюск распространен во всем мире. Заболевание встречается преимущественно в детском возрасте на участках с тонкой и нежной кожей, особенно часто у пациентов с atopическим дерматитом и иммунодефицитом. Нарушение барьерной функции кожи у пациентов с atopическим дерматитом объясняет их восприимчивость к болезни.

Контагиозный моллюск вызывает ДНК-содержащий вирус, относящийся к семейству поксвирусов. Заболевание передается либо при прямом контакте (у взрослых нередко при половом), либо при пользовании общими предметами гигиены.

Клиническая картина. Инкубационный период длится от 14 сут до 6 мес. Высыпания чаще располагаются в области лица, шеи, половых органов. Появляются полусферические папулы размерами от булавочной головки телесного или розоватого цвета с пупкообразным вдавлением в центре. Количество элементов варьирует от единиц до десятков. При надавливании пинцетом на моллюск выделяется беловатая крошковатая масса — «моллюсковые тельца». У пациентов с ВИЧ/СПИД и другими видами иммунодефицита могут появляться элементы крупных размеров (гигантский контагиозный моллюск). Как правило, через 6 — 9 мес наступает спонтанная ремиссия. У пациентов с atopическим дерматитом и иммунодефицитом очагов больше и они менее склонны к спонтанной ремиссии.

Контагиозный моллюск (продолжение)

Диагностика. Диагноз устанавливают на основании клинической картины.

Дифференциальная диагностика. Контагиозный моллюск дифференцируют с плоскими бородавками и дерматофибромой.

Лечение. Основным методом лечения является выдавливание элемента пинцетом с последующим смазыванием йодной настойкой и противовирусными препаратами. Возможно проведение криодеструкции.

Прогноз. Как правило, прогноз благоприятный. Высыпания часто спонтанно исчезают через несколько месяцев или лет.

Профилактика. Пациентам не следует посещать плавательные бассейны, общие бани, проводить массаж. Необходимо соблюдать правила личной гигиены. После излечения дети могут посещать детские учреждения.

Контагиозный моллюск



Многоформная экссудативная эритема

Многоформная экссудативная эритема представляет собой специфический гиперчувствительный синдром с характерной клинической картиной в виде так называемых «ирис» или мишеневидных высыпаний. Заболевание может начаться в любом возрасте, чаще у молодых людей, однако у детей встречается редко (20 % случаев). Дерматоз характеризуется острым началом, нередко рецидивирующим течением.

Этиология и патогенез

Выделяют идиопатическую и симптоматическую формы многоформной экссудативной эритемы.

Идиопатическая форма вызывается инфекционными агентами (вирусами простого герпеса, Коксаки, ЕСНО, микоплазмами, хламидиями и др.) и характеризуется сезонностью течения (обострения обычно бывают весной и осенью).

В большинстве случаев появлению этого варианта многоформной экссудативной эритемы у детей предшествуют высыпания на коже простого герпеса типа 1. Почти в 50 % случаев заболевание начинается на 3— 14-й день после возникновения Herpes labialis.

Начало симптоматической формы многоформной экссудативной эритемы обусловлено токсико-аллергическими реакциями на лекарственные препараты.

В этом случае заболевание характеризуется более тяжелым течением.

Многоформная экссудативная эритема (продолжение)

Клиническая картина

Многоформная экссудативная эритема начинается остро.

При идиопатической форме высыпания локализуются в основном на кистях и стопах, где появляются розовые отечные пятна и папулы округлой формы, которые постепенно увеличиваются в размерах. Центральная часть элементов приобретает цианотичный оттенок и западает, а по периферии остается каемка шириной 2 — 5 мм, вследствие чего пятно кажется двухконтурным. У большинства больных цианотичный круг в центре пятна трансформируется в пузырь, вокруг которого сохраняется валикообразная эритематозная кайма. Такой элемент напоминает «птичий глаз» или «мишень для стрельбы».

Нередко в процесс вовлекаются слизистые оболочки и красная кайма губ. Пузыри на слизистых оболочках полости рта довольно быстро вскрываются, оставляя после себя болезненные эрозии, затрудняющие прием твердой и горячей пищи. **Симптом Никольского в области пузырей обычно отрицательный.** Содержимое пузырей серозное или серозно-гнойное.

Не исключено вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки гениталий.

У некоторых больных заболевание сопровождается синдромом общей интоксикации (недомоганием, повышением температуры, головной болью, суставными и мышечными болями). Сыпь развивается на протяжении нескольких дней. У пациентов с рецидивирующей многоформной экссудативной эритемой высыпания в прошлом также были связаны с герпетической инфекцией.

При симптоматической многоформной экссудативной эритеме высыпания носят более распространенный характер, располагаясь не только на конечностях, но и на туловище.

Синдром Стивенса — Джонсона является наиболее тяжелой разновидностью многоформной экссудативной эритемы (злокачественная экссудативная эритема, острый слизисто-кожно-глазной синдром, эрозивный плюриорифициальный эктодермоз). Чаще это заболевание развивается у детей старшего возраста и взрослых, однако описаны случаи у маленьких и грудных детей.

Продромальный период продолжается от 1 до 14 сут. В это время могут отмечаться температура, недомогание, головная боль, боли в мышцах и суставах. Синдром Стивенса—Джонсона характеризуется острым началом. После продромальных явлений возникает высокая температура, которая в дальнейшем держится 2 — 3 недели по типу континуа. Поражение слизистых оболочек предшествует кожным высыпаниям на 1—2 сут. У пациентов отмечаются боли в горле, гиперемия и болезненность слизистых оболочек (особенно полости рта). На коже появляется пятнистая сыпь, располагающаяся на конечностях, лице, ягодицах, вокруг половых органов, иногда герпетические высыпания на губах, слизистой оболочке рта, гениталий. Затем возникают пузыри, которые быстро вскрываются с образованием кровоточащих эрозий, покрывающихся пленчатым сероватобелым налетом.

Пузыри имеют склонность располагаться вокруг естественных отверстий. Высыпания обычно более обильные, чем при многоформной экссудативной эритеме, всегда поражаются слизистые оболочки. Отмечается положительный симптом Никольского.

Из полости рта исходит тяжелый зловонный запах. Развивается гнойный конъюнктивит с псевдомембранозным налетом, возможно появление кератита.

В периферической крови выявляются лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, уменьшение количества эозинофилов.

При гистологическом исследовании выявляется некроз клеток в нижних отделах эпидермиса.

Улучшение наступает через 8—15 сут от начала лечения, но в некоторых случаях лишь спустя месяц.

Многоформная экссудативная эритема (продолжение)

Диагностика

Для постановки диагноза достаточно клинической картины заболевания: характерных мишеневидных элементов и симметричности высыпаний.

Дифференциальная диагностика

Многоформную экссудативную эритему следует дифференцировать с

- токсидермиями,
- дерматозом Дюринга,
- вульгарной пузырчаткой,
- системной красной волчанкой,
- болезнью Кавасаки (характерны конъюнктивит, эритема и сухость слизистых оболочек, но нет эрозий).

Синдром Стивенса—Джонсона дифференцируют с синдромом Лайелла, для которого характерна отслойка на более чем 30 % поверхности тела.

Поражение слизистых оболочек более типично для синдрома Стивенса—Джонсона.

Многоформная экссудативная эритема (продолжение)

Лечение. Больных многоформной экссудативной эритемой лечат исходя из предполагаемой этиологии и имеющейся симптоматики. **Назначают антигистаминные средства, препараты кальция.**

При идиопатической форме применяют противовирусные препараты. Прием ацикловира или пенцикловира предупреждает рецидивы болезни. При тяжелых формах заболевания пациенты должны быть госпитализированы.

При симптоматической форме все препараты, которые пациент получал в течение последних 2 мес, отменяют.

Проводят инфузионную дезинтоксикационную терапию, лечение кортикостероидными препаратами из расчета по преднизолону 2 — 5 мг/кг в сутки.

Наружная терапия способствует ликвидации воспалительных явлений. Применяют водные растворы анилиновых красителей, при присоединении вторичной инфекции — дезинфицирующие пасты и мази.

Прогноз. При многоформной экссудативной эритеме прогноз обычно благоприятный. При синдроме Стивенса—Джонсона летальность может достигать 5%.

Профилактика. Прием ацикловира предупреждает рецидивы болезни, если она обусловлена герпесом.

При симптоматической многоформной экссудативной эритеме больной должен знать, что у него повышенная чувствительность к определенному препарату. Повторно назначать такое лекарственное средство ни в коем случае нельзя.

Многоформная экссудативная эритема



Многоформная экссудативная эритема

Сгруппированный характер сыпи (гирлянды, кольца)



Многоформная экссудативная эритема



Сгруппированный
характер сыпи
(гирлянды, кольца)

Многоформная экссудативная эритема

Генерализованный
характер сыпи
(кожа и слизистые)



Многоформная экссудативная эритема



Многоформная экссудативная эритема



Многоформная экссудативная эритема

Формы:

- простая (легкая) папулезная - на коже



Многоформная экссудативная эритема



Многоформная экссудативная эритема



Многоформная экссудативная эритема

Формы:

- везикуло-буллезная (среднетяжелая) – на коже и слизистых



Многоформная экссудативная эритема

Главный симптом

Симптом «зрачка» («мишени»):

- отечная папула
- инъецированный
центр
- пузырь в центре



Многоформная экссудативная эритема

Симптом «зрачка»



Многоформная экссудативная эритема



Многоформная экссудативная эритема



Многоформная экссудативная эритема



Многоформная экссудативная эритема



Многоформная экссудативная эритема



Синдром Стивенса-Джонсона



Синдром Стивенса-Джонсона



Проявления синдрома Стивенса–Джонсона на слизистой полости рта

Синдром Стивенса-Джонсона



Розовый лишай Жибера

Розовый лишай Жибера (pityriasis rosea Gilbert) встречается у детей школьного возраста и взрослых, особенно в осеннее или весеннее время.

Этиология и патогенез. Предполагается инфекционная этиология заболевания, так как его возникновению нередко предшествуют простудные заболевания, ангина, грипп или другие вирусные инфекции. Заболевание не контагиозно.

Клиническая картина.

В 80% случаев сначала появляется яркая, овальная, слегка приподнятая над уровнем кожи бляшка диаметром 2–5 см. В центре — нежное шелушение.

Через 1–2 недели появляются множественные отечные, розоватого цвета эритемато-сквамозные пятна диаметром до 2–3 см, округлых или овальных очертаний, расположенные вдоль линий Лангера. Центр их нежно-складчатый, иногда пигментированный, шелушится. Шелушение более характерно на границе центральной и периферической зон в виде характерного «воротничка».

Высыпания появляются не одновременно, а вспышками, что обуславливает эволюционный полиморфизм.

Элементы начинают разрешаться с центральной части, которая пигментируется, теряет яркие тона, отшелушивается. Постепенно исчезает венчик эритемы, оставляя нерезко выраженную гиперпигментацию.

Иногда материнская бляшка отсутствует или имеются несколько материнских бляшек.

Могут наблюдаться также **атипичные формы розового лишая:** уртикарная, везикулезная, папулезная, возникающие из-за раздражения кожи вследствие трения, потливости, нерациональной наружной терапии. Однако и в этих случаях элементы располагаются вдоль линий Лангера. Заболевание обычно не рецидивирует.

Розовый лишай Жибера (продолжение)

Диагностика. Диагноз ставят на основании клинической картины.

Дифференциальная диагностика. Розовый лишай дифференцируют с

- сифилитической розеолой,
- разноцветным лишаем,
- дерматомикозами,
- аллергическим дерматитом,
- псориазом.

Лечение.

Исключают взаимодействие кожи с раздражающими факторами (мытье под душем с применением жесткой мочалки, тесная одежда из шерстяных и синтетических тканей, УФО).

Больному запрещается употреблять острую пищу, активно заниматься спортом.

При выраженном зуде назначают антигистаминные препараты короткими курсами, препараты кальция.

Наружно используют индифферентные и увлажняющие кремы и кортикостероидные мази.

Прогноз. Через 4 — 6 недель наступает выздоровление.

Розовый лишай Жибера



Розовый лишай Жибера

Материнская бляшка:

крупных размеров, овальной формы, бледно-розового цвета; центр их слегка запавший и покрыт сморщенным эпидермисом наподобие смятой в тончайшие складки папиросной бумаги желтоватого оттенка



Розовый лишай Жибера



Розовый лишай Жибера

Развитие процесса



Розовый лишай Жибера



Узловатая эритема

Узловатая эритема (erythema nodosum) является полиэтиологичным заболеванием. Чаше болеют женщины и дети, хотя до 2 лет заболевание встречается крайне редко.

Этиология и патогенез

Выделяют **инфекционно-аллергическую** и **токсико-аллергическую** формы узловой эритемы.

При **инфекционно-аллергической форме** провоцирующая роль отводится инфекциям, среди которых у детей на первом месте стоит **стрептококковая**, реже **иерсиниоз**, **туберкулез** и **токсоплазмоз**, **туляремия** и др.

У детей узловатая эритема может появиться на фоне ангины, скарлатины, псевдотуберкулеза, респираторно-вирусной инфекции или спустя 2 — 3 недели после перенесенной инфекции.

При **токсико-аллергической форме** узловатая эритема развивается после применения медикаментозных препаратов: **сульфаниламидов**, **антибиотиков**, **препаратов брома и йода**, **оральных контрацептивов**.

Патогенез заболевания окончательно не установлен. В его основе лежит аллергический васкулит, поражающий крупные сосуды.

Узловатая эритема (продолжение)

Клиническая картина

По течению различают **острую** и **хроническую** формы узловой эритемы.

При острой форме заболевание начинается остро с внезапного подъема температуры, появления слабости, болей в суставах.

На передних поверхностях голеней и на предплечьях, реже на коже бедер и ягодиц появляются ярко-красные отечные болезненные узлы. Они незначительно возвышаются над окружающей кожей, не слишком четко отграничены, имеют размеры от грецкого ореха до детской ладони.

Узлы могут быть очень болезненными. В течение 2 — 6 недель узлы исчезают бесследно, последовательно изменяя свою окраску на синюшную, зеленоватую, желтую («цветение синяка») и никогда не изъязвляются.

Высыпания на коже нередко сочетаются с общими явлениями: у больных отмечаются лихорадка, головная боль, артралгии, признаки интоксикации.

Течение острой формы непродолжительное, рецидивы встречаются крайне редко.

Узловатая эритема (продолжение)

Хроническая форма узловатой эритемы отличается упорным рецидивирующим течением.

Обычно болеют женщины зрелого возраста.

Заболевание может рецидивировать годами.

Обострения чаще возникают в холодное и сырое время года, весной и осенью. Они характеризуются появлением небольшого количества синюшно-розовых плотных умеренно болезненных узлов размерами до грецкого ореха.

Узлы имеют более плотную консистенцию, нежели при острой форме, и резко отграничены от окружающих тканей.

Процесс локализуется исключительно на передних и боковых поверхностях голеней и сохраняется до 2 — 3 мес.

Симптомы интоксикации незначительные.

Развитию хронической формы узловатой эритемы помимо очагов фокальной инфекции способствуют заболевания сосудов голеней, тяжелая физическая работа и переохлаждение

Узловатая эритема (продолжение)

Диагностика.

Диагноз ставят на основании клинической картины.

При необходимости его подтверждают биопсией кожи.

Дифференциальная диагностика.

В первую очередь исключается индуративная эритема, которая встречается при туберкулезе кожи.

Лечение.

При узловой эритеме лечение проводится антибиотиками, которые подбирают в зависимости от типа выявленной инфекции, в сочетании с антигистаминными и десенсибилизирующими препаратами, витаминами С, РР и группы В, ангиопротекторами.

Наружно применяют 5 % ихтиоловую мазь, бутадионовую или индометациновую мазь, теплые повязки, УФО, соллюкс.

Прогноз.

В целом прогноз благоприятный. Заболевание разрешается в течение 6 недель.

Профилактика.

В целях профилактики рецидивов рекомендовано тщательное обследование больного на наличие фокальной инфекции, алиментарной или лекарственной аллергии.

Узловатая эритема

