

DLQI, нормализовать уровни тестостерона и лютеинизирующего гормона до значений, полученных у здоровых мужчин аналогичного возраста.

УДК 616. 5-022:616. 523-036. 22:595. 421

ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 2-ГО ТИПА

Г.И.Мавров¹, М.Э.Запольский²

¹ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», Харьков

²Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

Ключевые слова: герпес экстрагенитальный, генитальный, особенностиклиники.

Актуальность темы.

Значение герпесвирусных дерматозов, как актуальной медико-социальной проблемы, с каждым годом возрастает, что обусловлено увеличением числа латентных и рецидивирующих форм, ростом тяжелых постгерпетических осложнений в виде ПГН-синдрома, менингоэнцефалита, офтальмогерпеса, синдрома хронической усталости, повреждений внутренних органов, герпес-ассоциированных аутоиммунных процессов и др. [1,2, 9, 10, 13]. По данным ВОЗ заболевания, вызываемые герпесвирусами, занимают второе место (15,8%) после гриппа (35,8%), как причина смерти от вирусных инфекций. На территории СНГ различными формами герпетической инфекции ежегодно заражается около 20 млн. человек [5, 7, 8]. Герпесвирусы относятся к числу распространенных инфекций, способных поражать человеческий организм. Вызываемые ими заболевания, характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и иммунологических нарушений. [3, 4, 11, 12]. Многообразие клинических форм герпетической инфекции в ряде случаев являются причиной диагностических ошибок, нерациональной и несвоевременной терапии.

Цель работы.

Изучение и разбор атипичных случаев герпетических поражений кожи и слизистых оболочек, а также заболеваний ассоциированных с герпесвирусами [6, 8].

Материалы и методы.

Под наблюдением находились 39 пациентов с генитальной герпетической рецидивирующей инфекции, при этом мужчин было – 18 (46,1%), женщин – 21(53,9%) и 43 пациента с экстрагенитальными формами герпетической рецидивирующей инфекции, из них мужчин 21 (48,8%), женщин 22 (51,2%).

Рецидивирующие генитальные формы герпеса и герпес-ассоциированная многоморфная эритема. Частота рецидивов генитального герпеса среди пациентов, находившихся под нашим наблюдением, варьировала от 1-2 до 10 -15 и более в год, что зависело от состояния иммунной системы организма, действия провоцирующих факторов, сопутствующей соматической патологии. При типичной клинической картине генитального герпеса у мужчин высыпания локализовались на стволе полового члена, внутреннем или наружном листках крайней плоти, реже на головке полового члена, у женщин - в преддверье влагалища, на больших и малых половых губах, в области клитора, лобка, на стенках влагалища. Везикулы при локализации на слизистых оболочках существовали в среднем 2-4 дня, после их вскрытия образовывались болезненные эрозии, эпителизация которых из-за постоянной мацерации

ции затягивалась до 7-10 и более дней. У большинства пациентов высыпания сопровождались субъективными ощущениями: жжением, зудом, болезненностью, повышенной чувствительностью. Элементы сыпи характерной для генитального герпеса у мужчин в 73% случаев локализовались на внутреннем листке крайней плоти, у 17% на стволе полового члена, у 10% на головке полового члена. У женщин высыпания чаще располагались на внутренней поверхности больших и малых половых губ – 56,2%, на стенках влагалища – 25%, в области клитора – 12,5%, на шейке матки – 6,3%. Основными дифференциально-диагностическим критерием герпетических элементов в области гениталий считали сгруппированную локализацию везикул, полициклический характер эрозий, отсутствие индуративной плотности в зоне поражения. Герпетический характер высыпаний во всех случаях был подтвержден цитологическими методами исследования и методом ПЦР, забор материала проводили непосредственно из очага поражения. На коже, слизистой оболочке полового члена, лобка нередко сохранялись постгерпетические пигментации, корки по количеству которых можно было судить о частоте предыдущих рецидивов. У 11 (13,4%) пациентов, находившихся под нашим наблюдением, выявлены атипичные формы рецидивирующего генитального герпеса, когда характер высыпаний видоизменялся и имитировал симптомы других заболеваний. Так у одного пациента герпетические везикулы локализовались в области губок уретры, процесс протекал с явлениями острого уретрита, цистита.

Импетигоподобная формарецидивирующего герпеса наблюдалась у 3 (3,6%) пациентов и характеризовалась появлением высыпаний, напоминающих стрептококковое импетиго. Элементы сыпи видоизменялись под влиянием быстро присоединяющейся вторичной инфекции, таким образом, фаза образования пузырьков оканчивается стертой. Образования по внешнему виду напоминали фликтены, были окружены зоной гиперемии, полостные

элементы имели тенденцию к периферическому росту.

Геморрагическая форма герпеса отмечена у 2 (2,4%) пациентов, находившихся под нашим наблюдением, она проявлялась везикулами с геморрагическим содержанием. Большое содержание эритроцитов в экссудате пузырьков было обусловлено несостоятельностью сосудистой стенки, выявленными нарушениями свертываемости крови. Один из пациентов применял антикоагулянты. Высыпания разрешались с образованием темно-коричневых корочек и дальнейшим формированием гиперпигментных пятен.

Язвенно-некротический вариант вирусного процесса характеризовался большим количеством сгруппированных пузырей, возникающих на отечном-гиперемизованном фоне и склонностью к некротическому распаду. При этом содержимое части везикул носил геморрагический характер. Процесс характеризовался некротическим поражением более глубоких, чем обычно, слоев кожи и подкожной клетчатки. Несмотря на быстрое разрешение высыпаний, на их месте формировались рубчики. Именно язвенно-некротическая форма герпеса давала наибольшее количество невралгических осложнений при вовлечении в воспалительный процесс прилегающих нервных волокон. Одним из вариантов язвенно-некротической формы генитального герпеса являлся *шанкриформный* рецидивирующий генитальный герпес, выявленный у 6 (7,3%) пациентов, находившимся под нашим наблюдением. При этом некротические изменения в зоне поражения развивались очень быстро, а процесс эпителизации эрозий затягивался до нескольких недель. Часто появлялось инфильтративное уплотнение, имитирующее хрящевидную плотность сифилитического шанкра. Изъязвления, возникавшие на месте герпетических везикул, углублялись, края становились подрытыми. Иногда рецидивы сопровождались специфическим регионарным лимфаденитом, что еще больше затрудняло диагностику заболевания. По-

явление сразу нескольких глубоких эрозий, напоминало «шанкры-отпечатки».

Регионарный герпетический лимфаденит нередко являлся ведущим симптомом рецидива некоторых форм генитального герпеса, иногда он возникал раньше кожных высыпаний. У ряда больных герпетический лимфаденит развивался параллельно с общей симптоматикой: повышение температуры тела, головная боль, общая слабость. В процесс вовлекались один-два лимфатических узла с соответствующей стороны, размеры их достигали 0,5- 1 см., они были плотные, чаще подвижные, в отличие от сифилитических болезненных при пальпации. В некоторых случаях увеличение регионарных лимфатических узлов не наблюдалось. У пациентов со сниженной сопротивляемостью герпетические высыпания в области гениталий носили распространенный характер с тенденцией к диссеминации (рис 4).

Экстрагенитальные формы рецидивирующего герпеса. Среди 43 пациентов, находившихся под нашим наблюдением по поводу экстрагенитальных форм герпеса, были выявлены следующие клинические формы. Лабиальный герпес у 23 (53,5%) пациентов, рецидивирующий герпес слизистой оболочки ротовой полости у 9 (20,9%), глутеальный рецидивирующий герпес у 5 (11,6%), рецидивирующий герпес задней поверхности бедра, мигрирующая форма герпеса- 2 (4,7%), рецидивирующий герпес носа 1 (2,3%), рецидивирующий герпес кисти - 1 (2,3%).

Рецидивирующий лабиальный герпес наблюдался у 14 пациентов (17,1%), находившихся под наблюдением, и проявлялся сгруппированными пузырьковыми высыпаниями в области красной каймы губ и прилегающих участков кожи. Появлению высыпаний предшествовали субъективные ощущения в виде жжения, покалывания. У 3 (3,7%) пациентов в углах рта, внутренней и наружной поверхностях губ до появления сыпи развивался интенсивный зуд. Этот период длился от нескольких часов до нескольких суток. На начальных стадиях заболевания появлялась гиперемия, незначительная отечность. Позже

формировались мелкие болезненные пузырьки, которые сливались в более крупные элементы (феномен «вскипания»). У 4(4,8%) больных содержимое везикул быстро приобретало серозно-гнойный характер, что свидетельствовало о присоединении вторичной инфекции. Пузырьки сохранялись от 2 до 6 дней, затем вскрывались с выделением серозной или серозно-гнойной жидкости и формированием болезненных эрозий. Именно в этот период чаще всего наблюдалась активация ГМЭЭ. Постепенно над герпетическими эрозиями формировались корочки, при повреждении которых появлялось кровотечение. Полное разрешение высыпаний происходило к 7-14 дню от начала рецидива. На месте разрешившихся корочек сохранялись розовые или гиперпигментированные пятна, исчезающие через 2-4 недели.

Рецидивирующий герпес носа наблюдался у 4 пациентов (4,8%), находившихся под нашим наблюдением. Процесс проявлялся появлением сгруппированных везикул в области крыльев носа, носовой перегородки. У некоторых пациентов обострение ГМЭЭ, развивалось на фоне активации герпетической инфекции слизистой оболочки носа и простудного заболевания. Иногда вирусному процессу предшествовали инсоляции, механические травмы, возникающие при удалении носовых корочек. В первые сутки болезни в зоне поражения появлялись гиперемия, гипертермия, жжение, покалывание, боли при пальпации. На гиперемированной коже формировались сгруппированные пузырьки, количество которых варьирует от 3-4 до 8 и более. Чаще высыпания локализовались в местах перехода кожи в слизистую оболочку носовых ходов, герпетические везикулы быстро видоизменялись, их содержимое из-за присоединения пиогенной флоры приобретало серозно-гнойный характер. Формирующиеся в зонах поражения эрозии длительно не заживали, при этом рядом с ними часто появлялись свежие герпетические везикулы, доставляя дополнительный дискомфорт больному. Характерные для ГМЭЭ буллезные эле-

менты вначале образовывались в непосредственной близости с герпетическими высыпаниями и локализовались на красной кайме губ, слизистой оболочке ротовой полости. Позже наблюдалась диссеминация сыпи характерной для герпес-ассоциированной многоморфной эритемы на другие участки кожи. При выраженной отечности и нарастании островоспалительных явлений происходило слияние везикул с образованием крупных буллезных элементов, позже массивных эрозий, импетинозно-кровянистых корок, иногда развивалась герпетическая экзема. Нам приходилось наблюдать нескольких пациентов, у которых в участках многократных рецидивов герпеса (область крыльев носа, верхней губы) формировались базалиомы. Можно предположить, что рецидивирующий герпес явился одной из причин неопластической трансформации.

Рецидивирующий герпес кожи лица (щеки, височная область, лоб) наблюдался у 5 пациентов (6,1%) и проявлялся сгруппированными везикулами на различных участках кожи лица. Элементы располагались на гиперемизованном основании, из-за отека несколько возвышались над уровнем эпидермиса. Излюбленной локализацией сыпи были лоб, щеки, височная область. При многократных рецидивах в одном и том же месте у некоторых больных появлялась посттравматическая гиперпигментация, реже атрофические рубцы. При постановке диагноза мы учитывали характер высыпаний, наличие субъективных ощущений, топографическую привязанность, способность к многократному рецидивированию. Во всех случаях методом ПЦР было подтверждено наличие вируса простого герпеса I типа в серозной жидкости везикул. Герпетические высыпания иногда локализуются в области век, при этом возникает опасность поражения конъюнктивы глаз и роговицы.

Рецидивирующий глутеальный герпес представлял собой одну из наиболее распространенных форм герпеса среди наших пациентов. Мы наблюдали глутеальный герпес у 10 (12,1%) пациентов, находившихся под нашим наблюдением,

большинство из которых были женщины (7 больных - 8,5%). Частыми причинами обострений заболевания у лиц женского пола являлись менструации (менструальный герпес). Все пациенты до появления высыпаний предъявляли жалобы на жжение, покалывание в области ягодиц, у некоторых появлялись тянущие боли по ходу седалищного нерва, в области поясницы. Герпетические пузырьки в области ягодиц, крестца часто сопровождалась болезненностью, присоединением вторичной инфекции с последующим формированием гнойно-кровянистых корочек. У некоторых пациентов в период обострения заболевания наблюдалось нарушение общего состояния: повышение температуры тела, озноб, учащение мочеиспускания, депрессии. На местах разрешившихся везикул нередко оставались постгерпетические пигментации, сохраняющиеся до 4-х и более месяцев. В некоторых случаях формировалась постгерпетическая лейкодерма.

Рецидивирующий герпес кисти среди наших пациентов развивался вследствие бытовых или профессиональных контактов с инфицированными поверхностями (у гинекологов, стоматологов, парикмахеров). У одной из пациенток герпетические высыпания на кистях появились после полового контакта с мужчиной, страдающим часторецидивирующей формой генитального герпеса (результат прямого контакта с гениталиями). Всего под нашим наблюдением находились 4 (4,8%) пациента рецидивирующим герпесом кисти. Особенностью заболевания являлась интенсивная боль, выраженная отечность в зоне поражения, иногда появление регионального лимфаденита.

Герпетическое поражение слизистой оболочки ротовой полости, как процесс, предшествовавший активации ГМЭЭ отмечен у 6 пациентов (7,5% от общего числа больных), находившихся под нашим наблюдением. Заболевание протекало по типу рецидивирующего герпетического стоматита, герпетической ангины. У больных повышалась температура тела, появлялись миалгии, артралгии, затруднялся прием пищи. На слизистой оболочке язы-

ка, неба, небных дужек, небных миндалин, десен формировались пузырьки с прозрачным содержимым, вскрывающиеся через 1-3 дня и превращающиеся в эрозии. Иногда заболевание протекало по типу афтозного стоматита с образованием афт покрытых бело-серым налетом, элементы достигали 1 см в диаметре и более. Герпетический стоматит сопровождался подчелюстным и шейным лимфаденитом. Помимо герпесвирусных инфекций высыпания по типу афтозного стоматита на слизистых оболочках ротовой полости могут быть вызваны риновирусами, коронавирусами, вирусами парагриппа, аденовирусами, энтеровирусами и некоторыми другими возбудителями. При этом элементы сыпи, как правило, не носят сгруппированного характера, часто сопровождаются простудным симптомокомплексом (ринорея, фарин-

гит, головные боли, значительное повышение температуры тела), что не характерно для герпесвирусов.

Выводы.

Герпесвирусные инфекции, поражающие организм человека, характеризуются многообразием клинических проявлений, в ряде случаев вирусные поражения проявляется атипично. Изучение клинических и топографических особенностей герпетических инфекций позволяет улучшить раннюю диагностику и лечения герпесвирусных заболеваний. Требуется дальнейшее изучение паранеопластических свойств вирусов семейства герпеса. Клинический интерес представляют случаи трансформации часторецидивирующих форм лабиального герпеса в базальноклеточную карциному.

Список литературы

1. Адаскевич В.П. Неотложная дерматология// Москва, «Триада-фарм», 2001.-С.66-69.
2. Айзятупов Р.Ф. Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек// Иллюстративное руководство. Киев, 2003, С.98-107.
3. Андрейчин М.А., Чопяк В.В., Господарський И.Я. Комбінована терапія оперізуючого лишая// Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія.-Тернопіль: Укрмедкнига, 2004.- С.370.
4. Гарбузов Д.А., Федотов В.П. Влияние комплексной терапии на показатели иммунного статуса у женщин, больных сочетанной герпес-вирусной и кандидозной инфекцией// Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2005. №4(19).- С.73-75.
5. Дубосарская З.М., Дубосарская Ю.А. Герпетическая инфекция у женщин: сложности в решении проблемы// Мед. Аспекты здоровья женщины. Киев №5(8), 2007, С.-38-39.
6. Воинов В.А. Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез.-СПБ, Эскулап, 2002-272с.
7. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека//Руководство для врачей. Санкт-Петербург, СпецЛит, 2006.- С.63-75.
8. Мавров Г.И. Психосексуальные аспекты урогенитальных инфекций у женщин// Медицинские аспекты здоровья женщины.- Киев, 2008.№3(12), с.-44.
9. Мавров И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии: Руководство для врачей, интернов и студентов / И.И. Мавров, Л.А. Болотная, И.М. Сербина. – Харьков : Факт, 2007. – 792 с.
10. Новикова О.Н., Орлова А.Б., Ушакова Г.А. и др. Эффективные методы в терапии послеродовых и послеоперационных осложнений//Анестез. Реаниматол.-2000.- №3.-С.52-54.
- 11.Осипова Л.С., Матюха М.Т. Особенности течения постгерпетических осложнений и их лечение на современном этапе// Новости медиц. и фармации. Киев, 2007.- №15(221), С.13-14.
12. Ющук Н.Д. Поражение нервной системы при герпетических инфекциях// Москва «Профиль», 2005, С.14-20.

13. Allsworth J.E., Lewis V. A., Peipert J.F. Viral sexually transmitted infections and bacterial vaginosis: 2001-2004 National Health

and Nutrition Examination Survey data // Sex Transm Dis. 2008.- Vol.35.- No.9.- P.791-796.

ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ, АСОЦІЙОВАНІ З ВІРУСАМИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСУ 2-ГО ТИПУ

Г.І.Мавров, М.Е.Запольський

Різноманіття клінічних форм герпетичної інфекції в ряді випадків є причиною діагностичних помилок, нераціональною і несвоєчасною терапією. Метою даної роботи є вивчення і розбір атипичних випадків герпетичних уражень шкіри і слизових оболонок, а також захворювань асоційованих з герпесвірусами.

SKIN DISEASES ASSOCIATED WITH HERPES SIMPLEX HERPES TYPE 2

G.I.Mavrov, M.E.Zapolzkiy

The variety of clinical forms of herpes infection in some cases the cause of diagnostic errors, irrational and delayed therapy. The aim of this work is the study and analysis of atypical cases of herpetic lesions of the skin and mucous membranes, as well as diseases associated with herpesvirus.

UDC 616.53-002.2

INFLUENCE OF PATHOGENIC AETIOLOGICAL AGENTS OF PATIENTS WITH ACNE AND PREVENTION.

R.F.Aiziatulov, Y.O.Poliah, M.E.Skoroded

Donetsk National Medical University (t.Liman, Ukraine)

Key words: acne, diagnostics, treatment.

Introduction.

Acne is the most prevalent skin disease; it can proceed by years and lead to formation of cosmetic blemishes and persistent scars. This is inflammatory disease of hair follicles and sebaceous glands of skin. As a

rule, areas with high amount of sebaceous glands: face, breast, back are affected. According to statistics 80% of inhabitants of the age from 12 to 25 suffer from acne, and nearly 30 - 40% of people older than 25. Disease influences a lot psychosocial development of