

Герпесные инфекции.
Простой герпес.
Ветряная оспа.
Опоясывающий герпес.



Герпесвирусные заболевания

Herpesviridae (греч.- herpo - ползать) – антропонозный инфекционный возбудитель 8 ТИПОВ.

- Тип I, II - вирус простого герпеса
- Тип III - ветряная оспа и болезнь Бельтинга
- Тип IV - вирус Эпштейна-Барр
- Тип V - цитомегаловирус
- Тип VI - генерализованный в лимфатической системе
- Тип VII - ХУ-синдром
- Тип VIII - саркома Капоши.

- Более 100 типов вирусов герпеса делятся на 3 подсемейства — α , β , γ -вирусы (Alpha-herpesviridae, Beta-herpesviridae, Gamma-herpesviridae).
- Конкретные формы вирусной инфекции Эпштейна-Барр включают инфекционный мононуклеоз, лимфому Беркитта, лейкоплакию слизистых оболочек и карциному носоглотки. ВГ типа VI переходит в лимфатическую систему и вызывает инфекционные заболевания. Особенно при иммунодефиците вирусы VI, VII типов вызывают генерализованные формы инфекционных заболеваний, энцефалиты, пневмонии, лимфаденопатии. Эти заболевания возникают у людей с острым лейкозом, ВИЧ-инфекцией, коллагенозом или у людей, перенесших трансплантацию органов.
- ВГ типа VII относится к β -герпесвирусам и считается возбудителем синдрома хронической усталости. Этот синдром проявляется слабостью, быстрой утомляемостью, депрессией, субфебрилитетом до 6 мес, лимфаденопатией. Диагноз ВГ-заболеваний основывается на определении ПЦР, ИФА, IgM, IgG, снижении T_4 -лимфоцитов в крови и повышении CD_8 , циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Дифференциальную диагностику проводят с нервно-психическими, онкологическими и прионными заболеваниями, вялотекущими инфекциями, анемией и гипотиреозом.

Простой герпес (Herpes simplex)

- Волдыри на коже и слизистых оболочках половых органов – это скрытая инфекция, вызывающая слабую интоксикацию.



Этиология

➤ *Возбудитель: Вызывается вирусом латентного герпеса Гюнтера.*

I ТИП
ВПГ

- Лабиальный герпес

II ТИП
ВПГ

- Генитальный и диссеминированный герпес

3 основных компонента: нуклеотид, нуклеокапсид и липидная мембрана. По своему химическому составу: 70 % - белок, 22 % - фосфолипиды, 1,6 % - углеводороды, 6,5 % - ДНК. Геном вируса содержит 125-250 тысяч двухцепочечных ДНК.

Эпидемиология

- **Источник инфекции:**
пациенты и
переносчики

- **Пути заражения:**

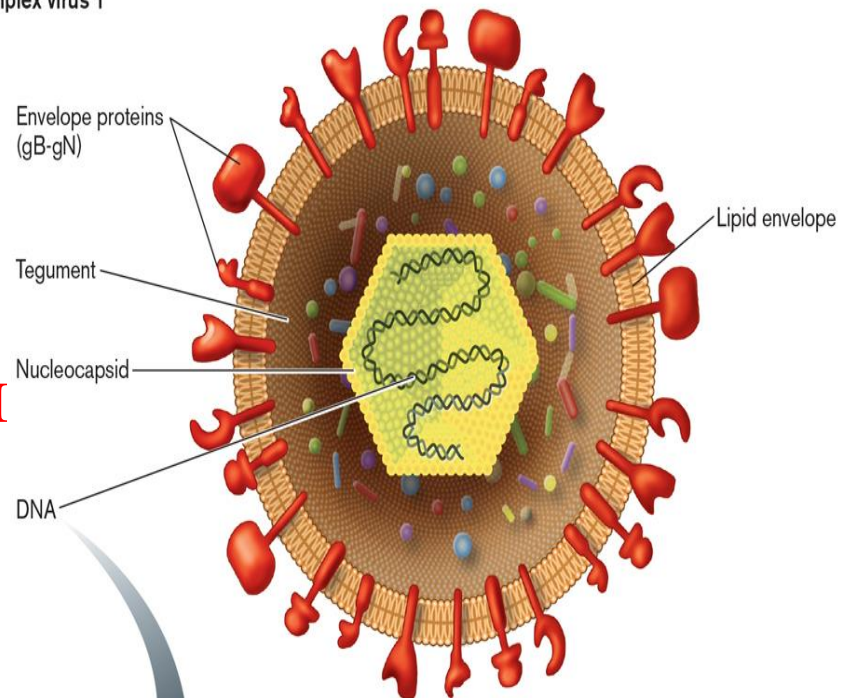
- 1) Контактный

- 2) Воздушно-капельный

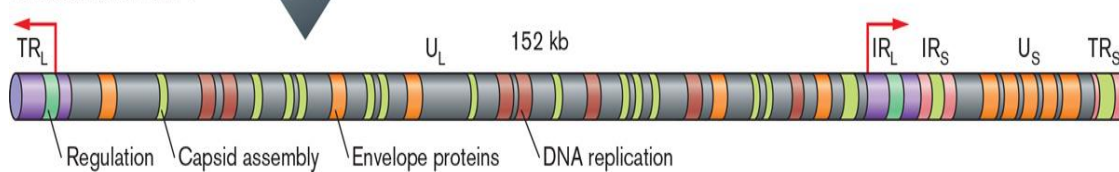
- 3) Трансплацентарный

- 4) Половой

A. Herpes simplex virus 1



B. Genome of HSV-1



Патогенез

Заболевание не развивается за счёт врожденного пассивного иммунитета, если первичное заражение происходит в следующий период:

Детство

В утробе матери

Во время рождения

Через 1 год пассивный иммунитет утрачивается и провокационные факторы активируют вирус. Вирус размножается в экто- и энтодермальных тканях и при генерализации процесса на кожу, слизистые оболочки, роговицу распространяется на печень, головной мозг и другие органы. Клинические признаки – ослабление клеточного и гуморального иммунитета вследствие переохлаждения, переутомления, стресса, радиации и других заболеваний – малярии, менингококковой, крупозной пневмонии и т. д.

Как латентная инфекция, она может оставаться в нейросенсорных клетках:

- Ствол Ома нерва в корнях ганглиев
- Он может локализоваться в тройничном и нисходящем нервах.

Патогенез

ВПГ прикрепляется к клетке своим нуклеокапсидом и перемещается в цитоплазму.

Вирусный геном объединяется с клеточной ДНК - полимеразой.

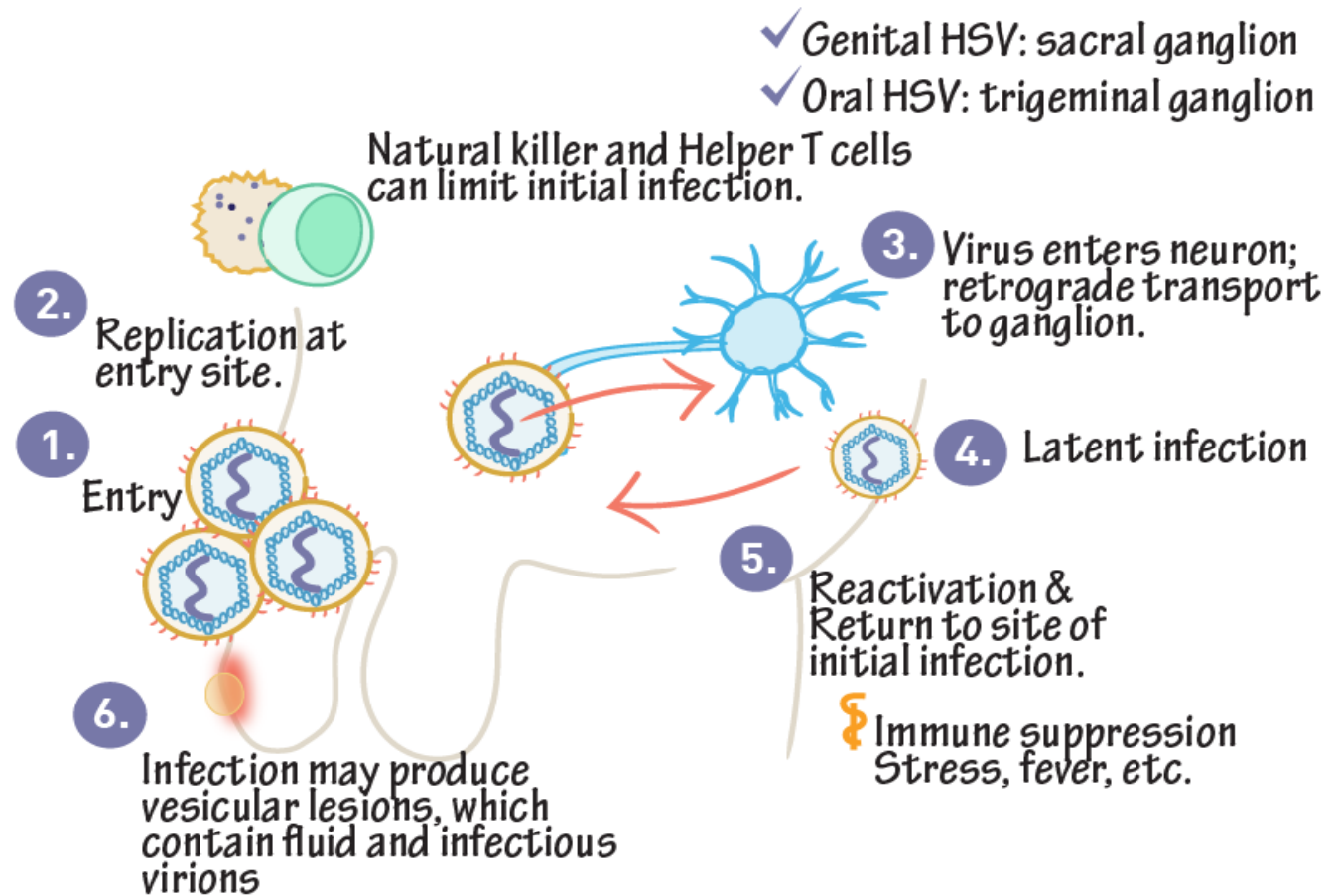
Внутриклеточные нуклеокапсиды образуются в результате транскрипции и трансляции

Во время цикла репликации вирус уничтожает клетки-мишени.

Даже если вирус существует недолго, ВПГ достаточно сильно размножается в плаценте, хорионе и эмбрионе.

Патогенез

Herpes Simplex Virus: Pathogenesis



Влияние герпетической инфекции на течение беременности и плод заключается в инфицировании плаценты, амниотической жидкости и плода:

а) повреждает плаценту, её оболочки и эмбрион, вызывает местные и распространённые заболевания плода, проявляющиеся клиническими симптомами,

б) нарушает фетоплацентарную систему, гомеостаз и гормональный фон беременной.

Клинические признаки герпетической инфекции у плода зависят от срока беременности, дозы и вирулентности микроба, путей проникновения в организм. Они имеют большое значение во время начальной болезни матери. Обнаружение антител к ВПГ в крови матери значительно снижает риск инфицирования плода, даже новорождённые с антителами к ВПГ при постнатальном заражении болеют легко. Риск интранатальной инфекции возрастает, если плацента и плодные оболочки разрываются во время родов, а также если роды занимают более 6 часов.

ВПГ-инфекция в утробе матери может вызывать ранние и поздние выкидыши, задержку развития плода, преждевременные роды, гибель плода и врождённую герпетическую инфекцию, оказывая **тератогенное действие**.

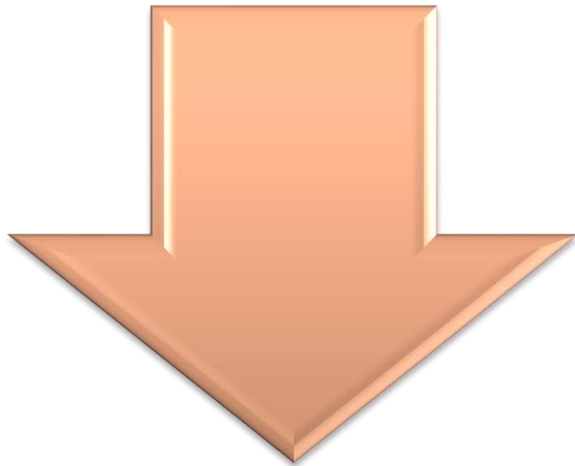
В иммуносупрессивном состоянии беременных активизируется латентный герпес и формируется генерализованная клиническая форма заболевания. Немалую роль играет и иммунореактивное состояние организма. По мере развития беременности снижается абсолютное и относительное количество Т- и В-лимфоцитов, уменьшается способность лимфоцитов к пролиферации, замедляется их реакция бласттрансформации.

При беременности в крови повышается уровень прогестерона и эстрогенов, повышается уровень хорионического гонадотропина, обладающего иммунодепрессивным действием. Рефрактерность и гипореактивность системы интерферогенеза появляются во второй половине беременности.

Клиника



**Простой-
губной**



Генитальный

**Различают острый -
первичный и
хронический -
рецидивирующий**

Простой герпес

- Розово-пятнистые язвы на коже и слизистых оболочках
- Слизь засыхает, образуя корку или эрозию, которая заживает, не оставляя следов.
- Могут быть зуд, отёк и боль
- В основном окропляет красную кайму губы, носа, щёк и век.



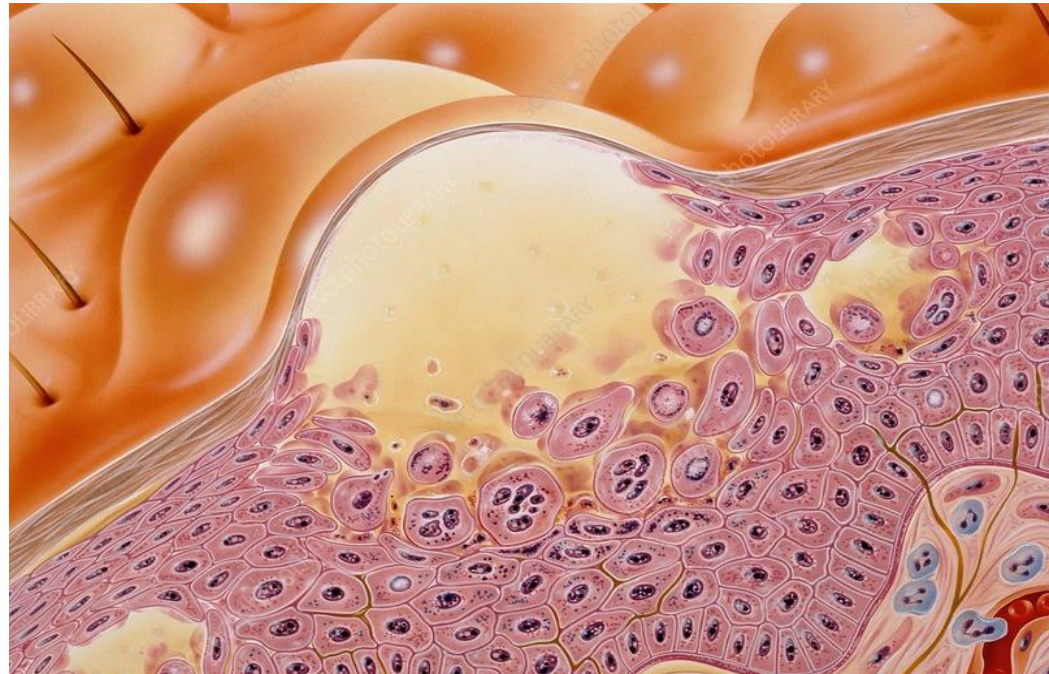
Выявлена связь между генитальным герпесом и раком шейки матки. Встречается также менингоэнцефалит герпесного происхождения. Наряду с типичными формами - атипичная форма:

- 1) диссеминированная и мигрирующая
- 2) геморрагически-некротическая
- 3) эрозивно-язвенная с опоясывающим отёком
- 4) абортивные формы

Острый вариолиформный пустулёз Капоши-Юлиусберга возникает при обострении экземы вирусом простого герпеса у детей. Во время обострений наблюдается при экземе, ветряной оспе и вирусе оспы.

Герпесный стоматит является одной из его особых форм. Встречается у детей в возрасте 1-3 лет. Заболевание начинается с лихорадки и недомогания, дети беспокойны, нарушаются аппетит и сон. Через 1-2 дня на гиперосмотической и отёчной слизистой оболочке щёк, губ и языка образуются очень болезненные, афтозные эрозии, покрытые корками. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными, возникает гингивит. Может распространяться также вокруг рта, носа, пальцев.

- Герпес половых органов
 - высокая температура
 - увеличение паховых лимфатических узлов
 - в сочетании с невралгией
- В дополнение к простому герпесу
 - слизистая оболочка глотки, гортани
 - миндалины
 - конъюнктивы
 - может повреждать роговицу.



Генитальный герпес - острый - первичный и хронический

- Инкубационный период 3-7 дней, с острыми местными симптомами.
- Боль
- Выделения из уретры и влагалища
- Дизурия
- Эритематозные высыпания на промежности, губах, шейке матки
- Через 6-12 дней исчезают зуд, отёк, эритема, формируется эпителиальный слой.

Рецидивирующий вагинальный герпес имеет слабые и стойкие симптомы по сравнению с первичным заболеванием, даёт обострения и ремиссии. Встречаются такие клинические формы, как кольпит, цервицит, уретрит, цистит, эндометрит с поражением наружных половых органов.

Герпес новорождённых

Латентный период 2-30 дней.
Клинические признаки появляются через 24-48 часов после рождения.

Кожно-слизистая
форма

На лице и
конечностях
образуются
везикулы.

Распространённая
форма

Некроз

Повышается
внутричерепное
давление

Гипорефлексия

Гипотония

Даёт судорожный
синдром

Менингоэнцефалитная
форма

Герпес новорождённых



Диагноз

- Выявление вирусного антигена и ДНК из биологических материалов
- ИФА – повышение титра IgG более чем в 4 раза
- ИФА – увеличение количества IgM
- Внутриутробные патологии плода и поражения плаценты выявляют доплерометрией и УЗЛ до 15 недели беременности, на 18-24 и 32-34 неделе.

Лечение



Ацикловир,
ванцикловир

Интерферон+С,
витамин Е

В местном
лечении -
зовиракс,
герпесная мазь.

Плазмаферез,
энтеросорбция

Профилактика

Беременных и кормящих женщин с герпетической инфекцией следует изолировать от детей. Следует сообщить педиатру, если у ребёнка появляется сыпь, сонливость и он не прибавляет в весе. Таких детей осматривают каждый день в течение месяца. На 2, 5, 12 сутки после рождения у ребёнка берут слизь из глаз, рта и носоглотки для вирусологического исследования. Текущая дезинфекция проводится в палате больного. Персонал больницы изолируют при появлении первых симптомов заболевания.

Ветряная оспа (Varicella)

- Интоксикация
- Короткий период лихорадки
- Это доброкачественная вирусная инфекция, которая сопровождается пятнисто-водянистой сыпью.



Историческая справка

- В XVI веке болезнь описали итальянские врачи Видиус и Ингрессиа.
- Ветряная оспа была названа Фогелем (1772 г.).
- Араган (1911) обнаружил вирус в волдырях на коже.
- Пашен (1917) подробно описал вирус, Кандраитис (1925) показал, что вирусы оспы и опоясывающего герпеса идентичны.

ЭТИОЛОГИЯ

- Возбудитель – вирус герпеса **III** типа;
- Вирус **ветряной оспы-герпеса**, или называемый **V-Z-V**;
- Он овальный, размером 150-200 нм, его ДНК окружена 162 капсомерами;
- Неустойчив во внешней среде;
- В повреждённых клетках волдырей образуется внутриклеточное производное эозинофилов.

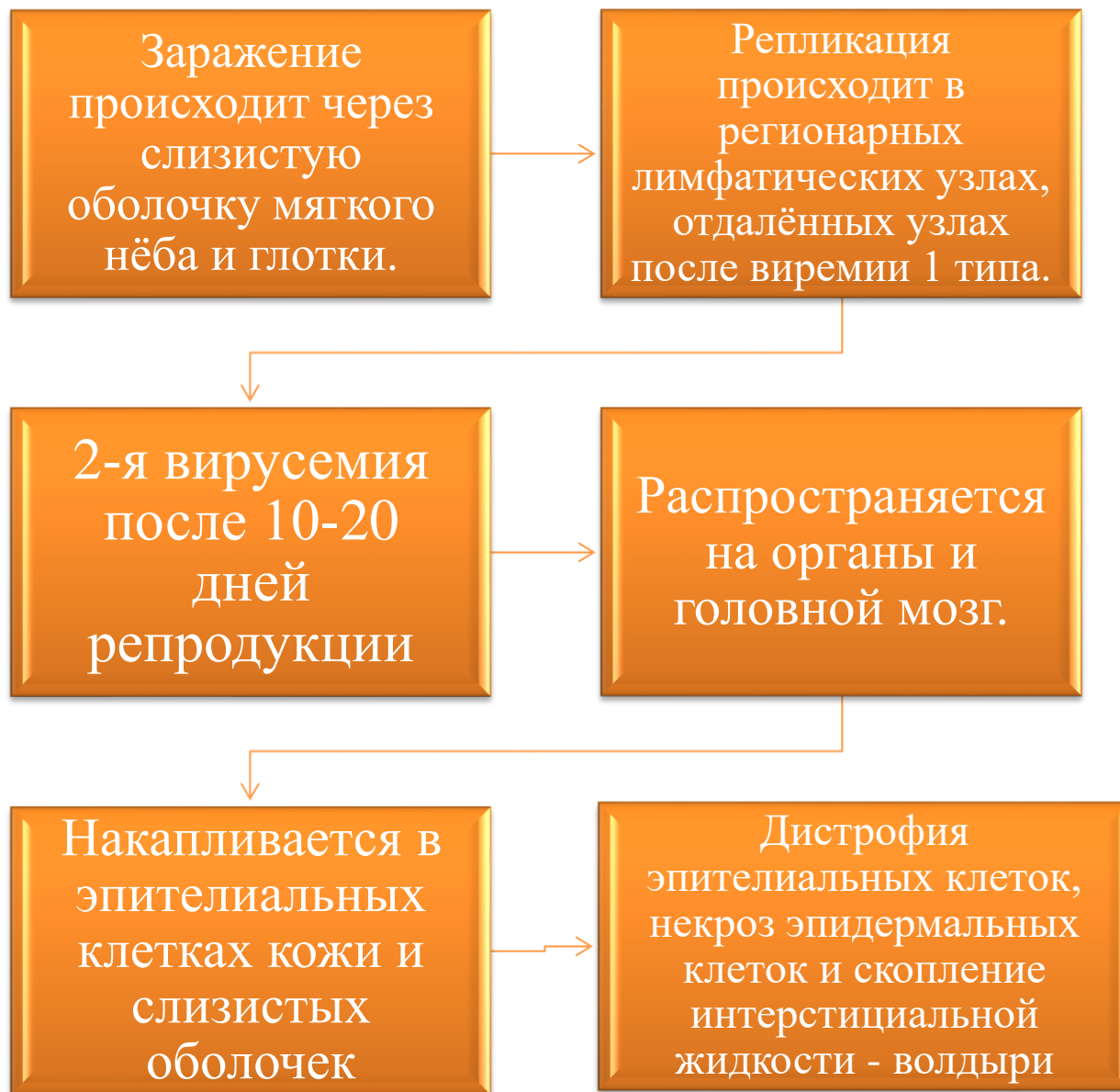


Эпидемиология

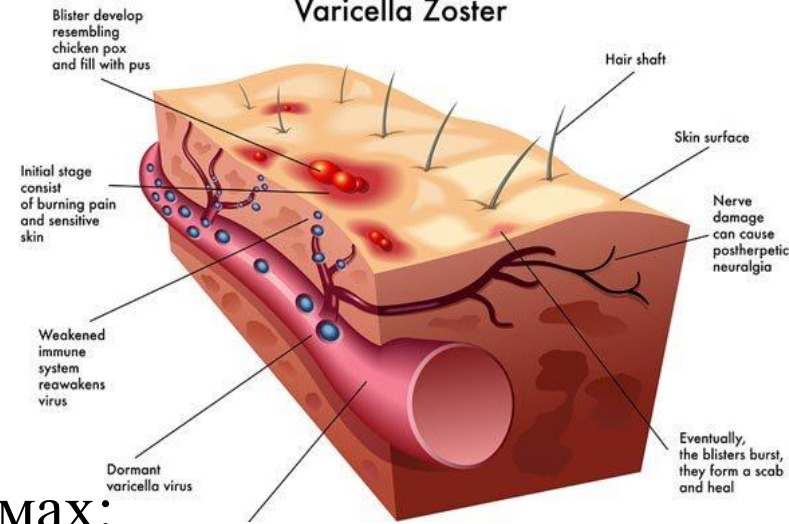
- Он проходит с 10-го дня инкубационного периода до 5-го дня последнего высыпания у больных опоясывающим герпесом.
- Чаще встречается зимой и весной;
- Рецидивы редки;
- Пути заражения:
 - Воздушно-капельный
 - Трансплацентарный



Патогенез и патологическая анатомия



Varicella Zoster



- Эрозии и язвы на слизистых оболочках:
 - В горле
 - В конъюнктиве
- Вирус может протекать в тяжёлых формах:
 - В желудочно-кишечном тракте
 - В трахее
 - В почках
 - В мочевом пузыре и уретре
 - В детстве
- Вирус длительное время сохраняется в межпозвонковых ганглиях и активизируется под влиянием таких **отягощающих факторов**, как:
 - Травмы
 - Интоксикация
 - Простуда

- Средний инкубационный период составляет 14 дней.
- Заболевание начинается с высыпаний
- Повышается температура
- Дети на грудном вскармливании за 1-5 дней до появления сыпи, в продромальном периоде:
 - Субфебрильная лихорадка
 - Нарушение сна, аппетита
 - Беспокойство
- Продромальная сыпь может отмечаться как в продромальном периоде, так и вместе с основной сыпью.
- Высыпания появляются неоднократно в течение болезни
- Высыпания имеют вид мелких макуло-папул, которые превращаются в везикулы, а некоторые папулы шелушатся, прежде чем превратиться в волдырь.
- Сыпь
 - Расположен на поверхности
 - Содержимое прозрачно
 - Нет инфильтрата
 - Находится внутри узкой красной каймы

- **Волдыри:**
 - При проколе полностью вытекает
 - Превращается в поверхностные эрозии с желтовато-серым дном.
 - Засыхает за 1-3 дня и покрывается коркой тёмного цвета.
 - Корочки отпадают в течение 1-3 недель
- **В период высыпаний:**
 - Температура тела повышается до 38°C , в тяжёлых случаях до $39-40^{\circ}\text{C}$.
 - Нарушения аппетита и сна
 - Раздражительность
 - Чесотка
 - Тахикардия
 - Гипертония
 - Лейкопения
 - Нейтропения
 - Развивается относительный лимфоцитоз.

Клинические формы

Рудиментарная

Абортивная

Пустулёзная

Буллёзная

Гангренозная

Геморрагическая

Генерализующая

Клинические формы

Рудиментар
ная форма



Проявляется
единичными папулами
и везикулами
Температура не
изменяется.

Абортивн
ая форма



Сыпь заканчивается
на стадии папулы, не
превращаясь в
везикулу.

Пустулёз
ная
форма



Волдыри гноятся, а
после отпадения
корочки образуется
рубец.

Клинические формы

Буллёзная форма



Встречаются везикулы и крупные волдыри, достигающие 1-3 см. Содержимое раствора мутное и легко диспергируется. Это вызвано вторичной инфекцией.

Гангренозная форма



Вызвано вторичной инфекцией. Образуются некротические отёки и глубокие язвы. Дно язвы покрыто некротизированной массой, края изъедены.

Геморрагическая форма



На 2-3-й день высыпаний содержимое везикул становится геморрагическим, кровоточащим в кожу и слизистые оболочки. Начинаются желудочные и носовые кровотечения.

Клинические формы

Генерализо-
ванная
висцеральн-
ая форма



Помимо кожи и слизистых оболочек, повреждает внутренние органы, образуя мелкие очаги некроза. В основном встречается у тех, кто получает гормональную терапию и иммунодепрессанты. Пневмония развивается в первые дни вместе с кожной сыпью, цианозным кашлем, иногда отмечается кровянистая мокрота.

- Дети матерей, болеющих преимущественно с 7-13 недель беременности, рождаются с синдромом врождённой оспы.
- Инфицирование матери за 4 дня до и через 2 дня после родов повышает риск заражения ребёнка, перинатальная смертность достигает 30%
- Возможность поражения плода при VZV:
 - в I триместре – 2%
 - во II триместре – 0,4%
- При синдроме **ВВО (врождённая ветряная оспа)**:
 - Средний инкубационный период составляет 11 дней.
 - Шрамы на коже
 - Гипоплазия мышц и костного мозга
 - Неврологические расстройства
 - Микроцефалия
 - Слабость ума
 - Дисфункция сфинктеров кишечника и мочевого пузыря
 - Поражение глаз - катаракта, микрофтальм, хориоретинит

Осложнения

- Если слизистая гортани высыплет - ларингит
- Стеноз дыхательных путей
- Ветряная оспа часто встречается при детском ларингите.
- От гнойных осложнений:
 - Буллёзная стрептодермия
 - Абсцесс
 - Флегмона
 - Рожа
 - Сепсис
 - Редко артрит, гломерулонефрит, миокардит, менингоэнцефалит, кератит при локализации сыпи на роговице.

Диагноз

Клинический

- Сыпь возникает перед лихорадкой или вместе с ней. Полиморфна, быстро отслаивается, не оставляет следов.

Лабораторный

- Морфологический (тельца Арагана в микроскопе)
- Серологический - выявление антигена с КРК, антител на 4-5 сутки. IgM обнаруживают в крови в течение нескольких месяцев, IgG - в течение всей жизни.
- Вирусологический - посев содержимого везикул, плода и амниотической жидкости в культуру клеток - требуется щитовидная железа человека или флуоресцентная амниотическая реакция

Дифференциальный диагноз

- Натуральная оспа
- Строфул
- Импетиго
- Сыпь, похожая на скарлатину
- Пузырчатка
- Вакцинальный пустулез Капоши
- Везикулезный риккетсиоз

Ветряная оспа в первую очередь отличается от натуральной оспы.

Натуральная оспа обычно начинается с высокой температуры и болей в паховой области. В первые дни появляются первичные высыпания - rash - под мышками, в области большой грудной мышцы, на внутренних сторонах бёдер (треугольник Симона). Как только появляются основные высыпания, они исчезают, а температура снижается. Элементы сыпи расположены близко друг к другу, инфильтрат находится в основании, а посередине даёт пупочный налёт: поскольку в полости сыпи имеются перегородки, когда вы протыкаете волдырь, только эта сторона вытекает. Высыпания определённой площади находятся на одной стадии развития (мономорфизм). В большинстве случаев высыпания натуральной оспы нагнаиваются и снова повышается температура тела, возникает зуд. На месте сыпи остаётся шрам. Эпидемиологический анамнез и лабораторные исследования также помогают в дифференциальной диагностике..

Элементы сыпи при **строфулэзе** (детская чесотка) твёрдые, располагаются на спине, ушах, на открытых поверхностях конечностей, сильно зудят. Лицо, волосистая часть головы не высыпает, слизистые не повреждаются. Импетиго тоже проходит без лихорадки, но болезнь длится долго. Сыпь, в отличие от ветряной оспы, располагается группами на лице и руках. Наличие такой сыпи в прошлом, связь заболевания с алиментарным фактором подтверждается диагнозом.

Ветряную оспу можно спутать со скарлатиной, когда начинается **скарлатиноподобная** сыпь. При совместном протекании двух инфекций ангина, характерный вид языка («малиновый язык»), бледность носа и губ свидетельствуют о скарлатине. В смешанных случаях необходимо наблюдение за больным в течение 1-2 дней для уточнения диагноза.

Пузырчатку также трудно отличить от буллёзной ветряной оспы. При пузырчатке сыпь держится длительное время, контакт с больным ветряной оспой в эпидемиологическом анамнезе отрицается.

Отсутствие продромального периода, пятен Коплика и слабо выраженные катаральные явления делают **корь лёгкой формы** похожей на ветряную оспу. При кори пятнисто-папулёзная сыпь распространяется на разные участки тела, в центре некоторых элементов образуется першение в горле. Эти высыпания напоминают макулопапулезную стадию ветряной оспы. Хотя количество высыпаний при кори невелико, при ветряной оспе оно считается достаточным. Все элементы находятся на одной стадии развития, натуральная оспа не образуется. Отсутствие вакцинации ребёнка противокоревым иммуноглобулином благоприятствует диагностике кори.

Вакциноподобный пустулёз Капоши или герпетическая экзема вызывается вирусом простого герпеса. Он встречается у детей с экземой и дерматозами

Заболевание начинается остро с высокой температуры, симптомов выраженного токсикоза и напоминает ветряную оспу за счёт гнойничковых высыпаний. Но вместо того, чтобы распространяться по всему телу, сыпь по типу ветряной оспы располагается в или вокруг области экземы и различных дерматозных поражений кожи, с пупковидным углублением посередине. Иногда высыпания сливаются и превращаются в крупные плоские пустулы. Состояние больного тяжёлое, период лихорадки длительный.

Везикулезный риккетсиоз может напоминать ветряную оспу, когда проявляется крупной везикулярной сыпью. Полиморфизм высыпаний, высыхание и шелушение элементов на этих участках тела увеличивает это сходство. Некротический первичный аффект и регионарный лимфаденит с красной каймой в месте укуса клеща облегчают диагностику риккетсиоза. Заболевание начинается с озноба, лихорадки, обильного потоотделения, болей в голове и мышцах, нейромиозита. Сыпь начинается на 2-3-й день болезни. В начале заболевания возвышающаяся над кожей пятнисто-папулёзная сыпь через 1-2 дня превращается в везикулу, заполненную центральным мутно-серым содержимым. Обнаружение КРК и риккетсий в крови подтверждает диагноз.

Лечение

Чтобы волдырь быстро высохла

- 1-2% перманганат калия
- 1% спиртовой бриллиантовый зелёный раствор

Антивирусное

- Ацикловир
- Зовиракс
- Герперакс

ВЗИГ (варицелла-зостер иммуноглобулин - не имеет значения после сыпи, дети, подвергшиеся воздействию, должны получить 125 единиц в течение 72 часов)

Профилактика

Больных ветряной оспой изолируют дома. Через 5 дней после последней сыпи больной теряет свою заразность. Воздух в помещении следует часто менять. Дезинфекция не имеет значения. Детей до 3 лет следует изолировать с 10-го по 21-й день воздействия. Им вводят 3-6 мл иммуноглобулина Зостер. Иногда используют живую вакцину против ветряной оспы. Беременных женщин следует держать подальше от больных ветряной оспой и опоясывающим герпесом. Живая вакцина против VZV (штамм Ока) вводится лицам с иммунодефицитом и инфицированным, которые находились в тесном контакте с больным ветряной оспой. С целью **пассивной иммунопрофилактики** в мышцу вводят 0,3 мл/кг варицеллона или 1 мл/кг иммуноглобулина варитект ВЗИГ. Женщинам, ранее не получавшим вакцину, следует провести вакцинацию ВЗИГ во время беременности или родов, после контакта с больным ветряной оспой, а также при рождении ребенка от матери, больной ветряной оспой. Одну дозу препарата вводят на 2-й день или не позднее 4-х дней после контакта.

Если воздействие длится более 3-4 дней, дозу увеличивают в 2 раза. Необходимо изучить анамнез ветряной оспы в анамнезе вакцинации ВЗИГ и иммунный статус беременных. 48% тех, кто вовремя получает полную дозу, не болеют, 6% не имеют симптомов, а 46% болеют ветряной оспой в лёгкой форме.

ВЗИГ назначают беременным женщинам в исключительных случаях в связи с контактом с больным гонореей. Беременные женщины не передают это заболевание своим детям. Новорождённым без антител к VZV после контакта с больным ветряной оспой следует получать 125 мг ВЗИГ. В остальных случаях ВЗИГ применяется по следующей инструкции:

- 1) ребёнку матери, переболевшей ветряной оспой за 7 дней до или через месяц после рождения,
- 2) новорождённым, находившимся в контакте с членами семьи лиц, переболевших ветряной оспой или опоясывающим герпесом и ранее не болевших ветряной оспой. Матери и дети этой группы должны быть обследованы на наличие чувствительных реакций на антитела к VZV. Потому что даже если у матери в анамнезе нет ветряной оспы, у большинства её детей в крови есть антитела.

3. Детям, родившимся с массой тела менее 1 кг. Даже если у матери ветряная оспа, у большинства новорождённых антител в крови нет. Неонатальная реакция может возникнуть, несмотря на вакцинацию против VZV.

Поэтому новорождённых, относящихся к группе риска, - при заболевании ветряной оспой за 5 дней до родов и через 2 дня после - следует госпитализировать при появлении первых признаков заболевания и назначить 10-15 мг/кг ацикловира. внутривенно каждые 8 часов. Однако, несмотря на профилактику с помощью ВЗИГ и лечение ацикловиром, ветряная оспа у части детей заканчивается летальным исходом. Учитывая это, больным ветряной оспой матерям рекомендуется давать ацикловир перед родами. Ацикловир, попадая через плаценту в кровь ребенка, останавливает репликацию вируса внутриутробно.

Опоясывающий герпес

Вирус, оставшийся в ганглиях спинного мозга, вызывает ветряную оспу. Чаще встречается весной и осенью. Заболевают пожилые и ВИЧ-инфицированные, редко до 10 лет. Дети, контактировавшие с больным герпесом, заболевают ветряной оспой. **Скрытый период** длится 2-3 недели. Заболевание начинается с озноба, лихорадки, нервных болей, покалывания, синяков, зуда и головной боли.

Сначала розовые пятна по ходу чувствительного нерва кожи, в течение 1-2 дней их центр превращается в волдырь, наполненный прозрачной жидкостью. Хотя волдыри появляются одновременно, пятна носят полиморфный характер. Поражения могут иметь один или несколько волдырей. Когда они расположены слишком близко, они сливаются и образуют полосу. Постепенно содержимое мутнеет, краснота уменьшается, волдыри как бы располагаются на здоровой коже. Через 6-8 дней сыпь подсыхает, шелушится и в течение трёх недель отпадает, оставляя на месте слабую пигментацию.

Кожные высыпания сопровождаются увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов. Высыпания чаще располагаются на межрёберных нервах, на лице, голове, особенно на ветвях тройничного нерва, реже на конечностях, бывают односторонними. Заболевание значительно усугубляется при высыпании участков, иннервируемых лбом, носо-ресничными и надглазными нервами. После интенсивных нервных болей в **продромальном периоде** лоб, веки, конъюнктивы становятся красными и отёчными, увеличивается слезотечение, появляется боязнь света. Вскоре на фоне эритемы образуется группа волдырей, которые тут же наполняются геморрагическим экссудатом, даже вызывая гангрену. Мелкие волдыри образуют рубец по краям роговицы. Иногда возникает острый, язвенный кератит, отслаивается сетчатка, в передней камере глаза скапливается геморрагическая жидкость. Можно обнаружить несколько клинических вариантов опоясывающего герпеса:

Клинические варианты

абортивный вариант

волдыри формируются не полностью, на фоне розового отёчного пятна появляется небольшая папула, которая быстро исчезает

буллёзный вариант

волдыри, расположенные очень близко друг к другу, становятся крупными волдырями, поверхность которых изрезана и бугриста

геморрагический вариант

содержимое отделяемого становится геморрагическим, а при заживлении рубцовым

Клинические варианты

гангренозный вариант

это самая тяжёлая форма, она проявляется мелкими пятнами близко друг к другу на мокнущем пятне, на фоне розового пятна или целым пятном чёрного цвета с шероховатой поверхностью. После разрыва поверхностная язва на этом месте вскоре рубцуется. Заболевание длится до 6-8 недель со спазмами и острыми невралгическими болями.

генерализованный герпес

Помимо высыпаний по ходу нервов, на разных участках тела образуются ветрянкоподобные высыпания.

Одной из особых форм заболевания является **синдром Ханта**. То есть в результате поражения мочеполового узла опоясывающий герпес проявляется невралгией заушной области, невритами и парезами слухового и лицевого нервов, герпесной сыпью слухового прохода, наружного слухового прохода, иногда слизистой оболочки полости рта и часто усугубляется менингоэнцефалитом. Иногда у больных опоясывающим герпесом отмечаются нарушения чувствительности - гиперестезия, гипералгезия, парестезии, трофические сосудистые и секреторные расстройства, выпадение волос, нарушение потоотделения. При распространении вируса по нервам верхней и нижней челюсти сначала начинаются боли, похожие на пульпит, а через 3-4 дня область вокруг рта и слизистая становятся водянистыми. Процесс односторонний. Герпесный неврит может развиваться без повреждения кожи. Рецидив опоясывающего герпеса считается очень редким явлением.

Диагноз не представляет затруднений, обнаружение вируса в везикулах и спинномозговой жидкости подтверждает диагноз. Если сыпь сопровождается высокой температурой, если её слишком много и она распространяется на другую сторону тела, необходимо думать о первичном заражении вирусами простого герпеса.

Лечение. Местное лечение такое же, как при простом герпесе. В общем лечении – салицилаты, анальгетики, витамины В1, В12, инъекции интерферона, дидинамоэлектрофорез с новокаином, адреналином, УЗИ, токи высокой частоты, при острой невралгии – промедол, омнопон, реперкуссионные новокаиновые блокады.

Для предотвращения **вторичной инфекции** можно вводить антибиотики широкого спектра действия. Зовиракс (ацикловир) был предложен для лечения первичного и рецидивирующего генитального герпеса, опоясывающего герпеса и ветряной оспы. При генитальном герпесе зовиракс принимают в капсулах по 200 мг или по одной чайной ложке (5 мл) суспензии каждые 4 ч 5 раз в сутки в течение 10 дней, а при хронических заболеваниях по 400 мг 2 раза в сутки в течение до 12 мес. Фамцикловир, валацикловир более эффективны. При герпетической инфекции ЦНС вводят ацикловир по 10 мг/кг внутривенно каждые 8 часов в течение 10 дней, при асептическом герпесном менингите по 15-30 мг/кг/сут. Для предупреждения активизации вируса вводят внутривенно по 5 мг/кг 3 раза в сутки, внутрь назначают по 400 мг 4-5 раз.

Противовирусные препараты следует назначать немедленно во всех иммунодефицитных случаях, при локализации сыпи по ходу тройничного нерва и у лиц пожилого возраста.

Спасибо за Ваше внимание!

