

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

ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

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

Дерматозы вирусной этиологии составляют довольно большую группу кожных болезней и встречаются часто. К ним относят герпес, бородавки, контагиозный моллюск, остроконечные кондиломы. У взрослых вирусные заболевания кожи составляют 3-4%, у детей (чаще в возрасте 5-8 лет) – до 9,5% дерматозов. Несмотря на то что инфицирование вирусом может происходить внутриутробно, в момент рождения или в первые дни жизни ребенка, заболевание не развивается, так как с кровью матери поступают противовирусные антитела, что создает в организме плода и ребенка пассивный иммунитет. К началу 2-го года жизни этот иммунитет ослабевает, поэтому возможно развитие вирусных дерматозов. Пути проникновения вируса многочисленны: через кожу, инфицированные предметы, слизистые оболочки (при половом контакте с больными или вирусоносителями, поцелуях), воздушно-капельным путем. При сниженном иммунитете инкубационный период колеблется от нескольких дней до 2-3 нед.

1. Герпетические инфекции

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.**

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 воздушно-капельным 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.

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 (герпетиформных) 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.

Герпетический стоматит является одной из разновидностей простого герпеса. Распространенные высыпания пузырьков появляются на слизистых оболочках губ, щек, на деснах, нёбе. На фоне отечной и гиперемированной слизистой оболочки возникают небольшие группы пузырьков, которые вскрываются в первые часы после появления. На их месте остаются эрозии с неправильными мелкофестончатыми очертаниями. На 2-4-й день эрозии

покрываются нежной фибринозной пленкой. Через 6-14 дней, иногда позже, происходит эпителизация эрозий. Больные предъявляют жалобы на болезненность, повышенную саливацию.

Острый герпетический (острый афтозный) стоматит диагностируют у детей до 6 лет. Заболевание начинается внезапно, часто с продромальных явлений в виде недомогания, вялости, повышения температуры тела. На отечной и гиперемированной слизистой оболочке рта возникают афтоподобные высыпания диаметром от 0,5 до 1 см. В отличие от обычных герпетических высыпаний они имеют вид афт с некрозом в центре и резко выраженным воспалительным ободком по периферии. Высыпания сначала изолированные, что придает им еще большее сходство с афтами, но при большом количестве сливаются, образуя обширные эрозивно-язвенные участки. Процесс сопровождается обильной саливацией и сильной болезненностью.

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

- **абортивная,**
- **буллезная,**
- **геморрагическая,**
- **язвенно-некротическая.**

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

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.

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.

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.

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 маленьких 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 веточек спинномозговых и черепно-мозговых 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.

Выделяют следующие клинические формы заболевания:

- **легкая (абортивная);**
- **тяжелая** — гангренозная, при которой из-за некроза возникают рубцовые изменения;
- **геморрагическая.**

Особенно тяжелой формой опоясывающего герпеса является процесс, развивающийся в области первой ветки тройничного нерва — на коже лба, века, 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 пневмококковая инфекция. Тяжелое или рецидивирующее течение болезни возможно у лиц, страдающих системными болезнями крови, злокачественными новообразованиями.

Диагностика.

Диагноз герпеса устанавливают на основании клинической картины и при необходимости вирусологическом исследовании. Антигены вирусов определяют методами прямой и непрямой иммунофлюоресценции со специфическими поликлональными или моноклональными антителами, а также с помощью иммуноферментного анализа — ИФА. Новейшим методом выявления ВПГ является полимеразная цепная реакция — ПЦР.

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

Также дифференцируют простой и опоясывающий герпес.

Лечение

При простом герпесе применяют противовирусный препарат в возрастных дозах – ацикловир. Ацикловир и его аналоги (зовиракс, виroleкс) рекомендуют также беременным как терапевтическое и профилактическое средство.

Наружно при герпетической инфекции используют 0,25—0,5% бонафтоновую; 1% теброфеновую; 3% мегасиновую; 0,25—3% оксолиновую мази; 3% линимент госсипола и мазь ацикловира (0,5-1%), которые наносят на очаг поражения 4 – 6 раз в сутки в течение 5-7 дней; эпителизирующие средства, анилиновые красители, мази и пасты с антибиотиками.

Из физиотерапевтического лечения предпочтительны диатермия, гелий-неоновый или инфракрасный лазер, УФО.

Прогноз. Частота рецидивов зависит от иммунологической реактивности; общий прогноз – благоприятный.

Профилактика. Следует соблюдать правила личной гигиены. При иммунодефицитных состояниях рекомендуются мероприятия, способствующие повышению иммунитета (закаливание, здоровое питание, здоровый образ жизни).

2. Папилломавирусная инфекция

Этиология и патогенез

Бородавки вызываются разными типами папилломавируса человека (ПВЧ). Различают бородавки вульгарные (возбудитель ПВЧ-2), подошвенные (возбудители ПВЧ-1), плоские (ПВЧ-3), верруциформную дисплазию (ПВЧ-4), а 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.

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 и мацерация кожи, а также нарушения гигиенических правил.

Обычной локализацией остроконечных кондилом является область половых органов и кожа около анального отверстия, а также слизистая рта. У детей они встречаются в нососщечной или носо-губной складке.

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.

Диагностика

Диагноз «папилломавирусная инфекция» ставят на основании клинической картины, его дифференцируют с широкими кондиломами при сифилисе.

Дифференциальная диагностика

Подошвенные бородавки дифференцируют с мозолями, псориазом, сифилисом.

Лечение

Лечение бородавок может осуществляться несколькими методами: деструктивными — физическими (хирургическое иссечение, электрохирургические, крио- и лазеротерапия) и химическими (азотная и трихлоруксусная кислоты, ферезол, кондилинон, солкодерм).

Эффективность различных методов колеблется от 50 до 94%. Основные принципы лечения ВПЧ основаны на разрушении очагов поражения одним из названных способов с последующей иммуностимулирующей терапией. В части случаев бородавки бесследно разрешаются спонтанно (при психотерапии).

При подошвенных бородавках нанесению прижигающих и разрушающих веществ обычно предшествуют процедуры, смягчающие их поверхность и способствующие проникновению используемых препаратов (мыльно-содовые ванночки, аппликации салициловой кислоты). После кератолитического эффекта поверхностный слой бородавок снимают и наносят на них один из лечебных растворов. Во время лечения для уменьшения давления и болей при ходьбе применяют резиновые кольца, закрепляемые вокруг бородавок лейкопластырем.

При остроконечных кондиломах используют аппликации резорцина, ферезол, другие прижигающие средства.

Лечение плоских бородавок из-за их многочисленности затруднено и из косметических соображений не должно быть травмирующим. Эффективно лечение вульгарных бородавок на кистях и стопах углекислым лазером, подошвенных бородавок – методом щадящей криодеструкции при обработке жидким азотом по типу жесткого криомассажа. При выраженном гиперкератозе перед каждой процедурой на очаг накладывают лейкопластырь «Салипод» и непосредственно перед криотерапией делают мыльно-содовую ножную ванночку.

При лечении обычных бородавок используют солкодерм, содержащий ионы металлов и нитриты и оказывающий деструктивный, мумифицирующий эффект, его наносят на обезжиренную спиртом поверхность очага поражения с помощью стеклянного капилляра или пластикового шпателя; криотерапию, радиохимию.

Прогноз благоприятный.

Профилактика. Следует соблюдать правила личной гигиены.

3. Контагиозный моллюск

Этиология и патогенез. Контагиозный моллюск широко 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.

Заболевание передается либо при прямом контакте (у взрослых нередко при половом), либо при пользовании общими предметами гигиены.

Клиническая картина. Инкубационный период длится от 2 до 10 дней. 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». Как правило, через 6 — 9 мес наступает спонтанная ремиссия.

Диагностика. Диагноз устанавливают на основании клинической картины.

Дифференциальная диагностика. Контагиозный моллюск дифференцируют с плоскими бородавками.

Лечение.

Выдавливание узелков пинцетом или выскабливание ложечкой Фолькманна с последующей обработкой 2% спиртовым раствором йода. Возможна также диатермокоагуляция элементов. При диссеминированных

формах заболевания используют противовирусные средства, интерферон. Без лечения заболевание длится несколько месяцев и более, причем одни элементы могут самопроизвольно исчезать (особенно после нагноения), другие возникают в ранее не пораженных областях в результате аутоинокуляции. Ребенка, у которого диагностирован контагиозный моллюск, изолируют из детского коллектива до полного выздоровления. Здоровым детям, контактировавшим с больным, с профилактической целью рекомендуется закапывание в нос интерферона.

Дозы препаратов определяются в соответствии с возрастом.

Прогноз благоприятный.

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

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЭРИТЕМЫ

1. Многоформная экссудативная эритема

Многоформная экссудативная эритема представляет собой специфический гиперчувствительный синдром с характерной клинической картиной в виде так называемых «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, часто его относят к токсикодермической реакции.

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.

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.

Диагноз устанавливают на основании клинической картины. Дифференциальный диагноз проводят с фиксированной сульфаниламидной эритемой, диссеминированной красной волчанкой, узловатой эритемой, буллезным пемфигоидом, пузырьчаткой, крапивницей, аллергическим васкулитом.

Лечение при папулезной и легкой буллезной форме только симптоматическое. Слизистую оболочку рта очищают полосканиями дезинфицирующих растворов или с помощью тампонов, смоченных в глицерине, перекиси водорода, 0,05% хлоргексидине; для уменьшения болей (особенно во время еды) применяют 0,5% лидокаин, 2% новокаин. В тяжелых случаях, протекающих с общими симптомами, назначают внутрь кортикостероидные гормоны (преднизолон по 30—60 мг/сут со снижением дозы в течение 2—4 нед); при наличии вторичной инфекции — антибиотикотерапия, при наличии герпетической инфекции — ацикловир внутрь по 200 мг 3 раза в день. В целях профилактики необходимы санация очагов хронической инфекции, предотвращение охлаждений, закаливание организма.

Прогноз. При многоформной экссудативной эритеме прогноз благоприятный.

Синдром Стивенса — Джонсона

Является наиболее тяжелой разновидностью многоформной экссудативной эритемы (злокачественная экссудативная эритема, острый слизисто-кожно-глазной синдром). Чаще это заболевание развивается у детей старшего возраста и взрослых, однако описаны случаи у маленьких и грудных детей.

2. Розовый лишай Жиберга

Розовый лишай Жиберга (pityriasis rosea Gilbert) встречается у детей школьного возраста и взрослых, особенно в осеннее или весеннее время. Среди детей старшего возраста больные розовым лишаем составляют 3,5% больных кожными болезнями, а у детей в возрасте до 2 лет он встречается очень редко.

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 материнская “бляшка” (то есть пятно) 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 постепенно.

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

В детском возрасте розовый лишай сопровождается более выраженными экссудативными высыпаниями в виде везикуло-буллезных форм с интенсивным зудом и парестезиями. Кроме того, у детей элементы сыпи чаще бывают на лице и шее и возможны на волосистой части головы, где пятна имеют бледно-розовый оттенок и обильно шелушатся.

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.

Диагностика. Диагноз основывается на клинических данных. Дифференциальный диагноз проводят с себорейной экземой, псориазом, поверхностной трихофитией, вторичным сифилисом.

Лечение.

Неосложненное течение розового лишая, по мнению ряда дерматологов, активного лечения не требует. Больным рекомендуют соблюдать гипоаллергенную диету (исключить раздражающую пищу: алкоголь, копчености, соленые и маринованные продукты, кофе, шоколад, крепкий чай и др.), ограничить прием водных процедур (запретить мытье в бане, пользование мочалкой, растирание жестким полотенцем), исключить ношение шерстяного и синтетического белья.

Прогноз благоприятный. Самоизлечение наступает редко.

3. Узловатая эритема

Узловатая эритема (erythema nodosum) является полиэтиологичным заболеванием. Чаше болеют женщины и дети, хотя до 2 лет заболевание встречается крайне редко, часто является проявлением больших коллагенозов (ревмоинфекции и т.д.).

Этиология и патогенез

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

У детей узловатая эритема может появиться на фоне ангины, скарлатины, псевдотуберкулеза, респираторно-вирусной инфекции или спустя 2 — 3 недели после перенесенной инфекции, поэтому в патогенезе большое значение отводят аллергическому васкулиту, поражающему крупные сосуды, ревмоинфекции.

Клиническая картина

По течению различают **острую** и **хроническую** формы узловатой 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.

Хроническая форма узловой эритемы отличается упорным рецидивирующим течением.

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 узловой эритемы помимо очагов фокальной инфекции способствуют заболевания сосудов голеней, тяжелая физическая работа и переохлаждение.

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; третичный сифилис (гуммы) и лепра (лепромы).

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 благоприятный. Заболевание разрешается в течение 8–12 недель.

Профилактика.

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