

Экзема герпетическая Капоши

eczema herpeticus Kaposi

Каламкарян А.А.
«Клиническая дерматология»

Синонимы: варицеллеформная сыпь, острый варицеллеформный пустулёз, острый вакциноформный пустулёз.

Название «герпетическая экзема» более оправдано, так как указывает на связь заболевания с экземой и на эпидемиологические особенности дерматоза. Герпетическая экзема, описанная впервые Капоши в 1893 г., сравнительно редкое и довольно тяжелое заболевание, представляющее определенные трудности для диагностики и лечения.



[Экзема герпетическая Капоши](#)

Этиология и патогенез

Seidenberg (1941) впервые выделил из пузырьков герпетической экземы вирус простого герпеса. Новые исследования подтвердили этиологическую роль вируса герпеса. В очагах поражения при исследовании в электронном микроскопе выявлены частицы вируса, морфологически соответствующие вирусам группы простого герпеса. Это было подтверждено культуральным методом и реакцией связывания комплемента.

Иногда герпетическая экзема является результатом случайной инокуляции в кожу вируса вакцины (*eczema vaccinatum*). Герпетическая экзема большей частью возникает при заражении от больных простым герпесом, а вакцинальная - при контакте с привитыми против оспы лицами или в связи с противооспенной вакцинацией самого больного. Высказывается мнение, что герпетическая и вакцинальная экземы представляют одно заболевание. Существует и другой взгляд: несмотря на сходство клинических проявлений, эти заболевания являются самостоятельными вирусными осложнениями детской экземы.

Герпетическая (варицеллеформная) экзема, как правило, развивается у больных с предшествующими хроническими дерматозами, атопическим дерматитом, особенно у детей. Иногда высыпания развиваются и при других кожных заболеваниях - при себорейном дерматите, пузырчатке, фолликулярном дискератозе Дарье, юношеских угрях, грибовидном микозе и др. Полагают, что развитие варицеллеформной экземы является результатом нарушения клеточного или гуморального иммунитета под влиянием избыточного солнечного облучения, инфекции, терапии большими дозами кортикостероидов, проводимой по поводу основного заболевания, ПУВА-терапии. Данные литературы позволяют считать, что возникновение герпетической экземы нередко

связано с переохлаждением, которое приводит к активации дремлющей герпетической инфекции.

Клиника

Клиническая картина герпетической экземы весьма характерна и описана в литературе многими отечественными и зарубежными дерматологами. Болезнь поражает детей, но также и взрослых, которые больны или недавно болели экземой, атопическим дерматитом и др. Заболевание начинается внезапно, сопровождается высокой температурой (до 39-40°), резко выраженным токсикозом и тяжелым общим состоянием. На фоне отека и гиперемии кожи появляются более или менее обильные, расположенные группами пузырьки, величиной от просыаного зерна до чечевицы, быстро переходящие в пустулы с характерным пупковидным вдавлением в центре. При слиянии пустул образуются большие с микроциклическими очертаниями бляшки. Свежие прозрачные пузырьки с пупковидным вдавлением в центре производят впечатление ветряной, оспы.

Сыпь располагается на измененных экземой, атопическим дерматитом, фолликулярным дискератозом, а также на других участках кожи (чаще на лице, шее, груди, кистях, предплечьях и др.). Отдельные или сгруппированные по 4-5 мелкие пустулы встречаются и на непораженной коже.

В процессе обратного развития высыпания подсыхают, на месте пустул остаются кровянистые корочки. После отпадения корочек на месте высыпаний остаются розовые пятна или вторичная пигментация, исключительно редко поверхностные рубчики. Герпетическая экзема нередко протекает по типу токсико-септического заболевания с явлениями менингизма, осложняется пневмонией, отитом. В крови нередко наблюдается анэозинофилия. Возможно одновременное герпетическое поражение слизистой оболочки рта в виде афт, а также конъюнктивы и роговицы (светобоязнь и резкое припухание век).

Раньше смертность от герпетической экземы достигала 16-25%, с введением в практику сульфаниламидных препаратов, антибиотиков и кортикостероидов она снизилась до 2-3%.

Гистопатология

Везикуло-пустулы в эпидермисе, баллонизирующая дегенерация эпителиальных клеток, скопление нейтрофильных лейкоцитов. Обнаруживаются внутриклеточные включения.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику следует проводить с ветряной оспой, вакцинией, пиодермией. Трудно, а порой и невозможно провести дифференциальный диагноз между варицеллиформным пустулезом (герпетической экземой) и вакцинальной экземой. Некоторые дерматологи не разделяют обе эти формы, считая их одним и тем же заболеванием.

Лечение

Антибиотики, сульфаниламиды, кортикостероиды, интерферон (парентерально), ангигистаминные препараты, общеукрепляющие средства, витамины. Наружно - жидкость Каstellани, мази с антибиотиками (гелиомицин, линкомицин и др.). Больные должны быть изолированы. С целью профилактики вирусных осложнений дети, страдающие

зудящими дерматозами, не должны контактировать с лицами, больными герпесом, подвергшимися противооспенной вакцинации.