

© А. А. Халдин, Д. В. Игнатьев, Л. А. Шестакова, 2011
УДК 616.523-008.6:575.1/2

А. А. Халдин
докт. мед. наук

Д. В. Игнатьев

Л. А. Шестакова

I Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Москва

Клинический полиморфизм дерматологического синдрома герпетической болезни

Статья посвящена одной из актуальных проблем клинической медицины — простому герпесу. Дана историческая справка о заболевании, современные данные об эпидемиологии инфекции. Основная часть работы подробно освещает особенности клинической картины дерматологического синдрома герпетической болезни, полиморфизм кожных проявлений вирусного процесса, его редкие и атипичные формы.

Ключевые слова: простой герпес, клинический полиморфизм

Одной из актуальных проблем современной клинической медицины являются вирусные заболевания, в том числе вирусные дерматозы. Особое место среди них занимает простой герпес (ПГ). Термин «герпес» (от греч. «herpeo» — ползти) известен в медицине почти 25 веков. Лихорадочный герпес («простуда») был описан римским врачом Геродотом еще в 100 г. до нашей эры. Упоминания о нем встречаются в трактатах таких знаменитых врачей прошлого, как Гиппократ, Авиценна и Парацельс.

За последние 90 лет, прошедших со времени выделения возбудителя заболевания — вируса простого герпеса (ВПГ) — и последовавшего за этим активного изучения вопросов эпидемиологии, патогенеза, клинической картины и терапии ПГ, актуальность многих аспектов проблемы остается достаточно высокой.

По современным оценкам, инфицированность населения ВПГ приближается к 100 %, что подтверждается сероэпидемиологическими исследованиями. Они, с одной стороны, показали, что уже сегодня свыше 95 % взрослого населения имеют антитела к вирусу того или иного типа, а с другой — выявили стойкую тенденцию к росту числа инфицированных. Так, количество носителей только ВПГ-2 за последние 10 лет увеличилось примерно на 30 % [1].

Такая же ситуация наблюдается и со стороны заболеваемости ПГ. Сегодня можно говорить о том, что частота развития клинических проявлений инфекции крайне высока. Она занимает второе

место среди вирусных поражений человека, уступая лишь гриппу. Ряд исследований свидетельствует о том, что, по одним данным, в 20–25 %, а по другим — в 60–70 % случаев герпетическая инфекция проявляется клинически [2].

Все более возрастающий интерес к проблеме ПГ со стороны врачей различных специальностей связан с рядом объективных моментов и, в частности, с крайне выраженным клиническим полиморфизмом заболевания — от ограниченных поражений кожи, слизистой оболочки, глаз до системных, генерализованных форм с вовлечением в вирусный процесс жизненно важных внутренних органов; развитием на фоне хронической персистенции ВПГ бесплодия, невынашивания беременности и злокачественных новообразований [3, 4].

В связи с этим, в настоящее время, наряду с понятием ПГ, все большее распространение получает термин «герпетическая болезнь» (ГБ), который как нельзя лучше отражает системный характер негативного действия ВПГ на организм в целом.

Чаще всего ГБ проявляется дерматологическим синдромом, который, как «видимая часть айсберга», нередко позволяет врачу правильно интерпретировать имеющиеся у пациента симптомы, указывающие на возможность герпетического поражения внутренних органов.

Клиническая картина разнообразных кожно-слизистых проявлений ПГ вполне основательно описана в литературе. Однако с тех пор, как английский врач Morton в 1646 г. представил наиболее полную типичную дерматологическую картину данного заболевания [5], наши

Алексей Анатольевич Халдин
khaldinderma@yandex.ru

представления о возможных проявлениях ВПГ претерпели существенные изменения.

В частности, в самом течении вирусного процесса принято выделять первичный и рецидивирующий ПГ. Развитие первичного герпеса на фоне отсутствия специфических к вирусу антител обуславливает его выраженную интенсивность и наличие ряда патогномичных симптомов. Наиболее характерными являются острое начало вирусного процесса и большое количество высыпаний, занимающих обширную площадь. Картина кожных поражений всех первичных форм сопровождается выраженными общими явлениями — лихорадкой с температурой тела, достигающей 39–40 °С, увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов. При лабораторном исследовании сыворотки крови выявляется резкое нарастание уровня антител к ВПГ.

Главную угрозу для жизни пациента представляет возможность диссеминации возбудителя при развитии первичной вирусемии с поражением различных внутренних органов (ЦНС, печень, селезенка, бронхи и легкие).

Чаще всего первичная инфекция проявляется в виде герпетического гингивостоматита у детей. В этом случае везикулы, формирующиеся на слизистой оболочке ротоглотки, очень быстро вскрываются. Образуются болезненные эрозии, покрываемые затем слегка белесоватым налетом. Одновременно с началом высыпаний десны становятся отечными, резко гиперемизированными, иногда цианотичного оттенка, и резко болезненными, что затрудняет прием пищи и даже питья. Появляется повышенное слюноотделение. Постепенно островоспалительные явления стихают, эрозии начинают эпителизироваться от периферии к центру.

В случае вовлечения в процесс губ на фоне разлитой эритемы образуются многочисленные сгруппированные пузырьки, некоторые из которых могут иметь пупкообразное вдавление в центре. Они существуют 1–3 дня, за это время содержимое пузырьков может приобретать гнойный характер. В основном, после вскрытия везикул возникают эрозии. Однако на месте высыпаний с пустулизацией развиваются неглубокие язвы. Они, в отличие от эрозий, покрываются более массивными серозно-гнойными корками, после отторжения которых остаются нежные трофические рубчики. Первичный лабиальный герпес может развиваться и изолированно, что чаще наблюдается у взрослых. Длительность герпетического гингивостоматита

и первичного лабиального герпеса обычно не превышает 10–14 дней.

Вторым по частоте встречаемости является первичный герпес гениталий (ПГГ). Он развивается у молодых людей вскоре после начала половой жизни. Первичный герпетический вульвовагинит (ПГВ) дебютирует выраженным отеком и гиперемией больших и малых половых губ, слизистой оболочки влагалища, области промежности и, нередко, внутренней поверхности бедер. Вслед за этим возникают сгруппированные пузырьки, иногда с гнойным содержимым. После их вскрытия образуются обширные участки мокнущих эрозий, имеющих округлые очертания. Часть эрозий постепенно сливается между собой и трансформируется в неглубокие болезненные язвочки. Поражение кожи и слизистой оболочки при ПГВ на стадии эрозий настолько своеобразно, что сравнивается с проком-постированным трамвайным билетом (*рис. 1*). Эрозивно-язвенные дефекты в области вульвы и промежности обычно эволюционируют без коростозной стадии, оставляя после себя пигментные пятна или мелкие рубчики.

Идентично происходит развитие и эволюция первичного аногенитального герпеса у мужчин. В воспалительный процесс чаще вовлекаются головка, крайняя плоть, кожа полового члена и мошонки, реже — внутренней поверхности бедер и ягодиц.

При ПГГ как у женщин, так и у мужчин дополнительно могут беспокоить боли по ходу седалищного нерва, дизурия, сопровождающаяся зудом и жжением, а также выделения гнойного характера из влагалища или мочеиспускательного канала. Иногда проявления первичного герпеса наблюдаются исключительно в анальной области. Подобная локализация встречается, преимущественно, у гомосексуалистов.

Среди других клинических форм первичной инфекции можно встретить герпес борцов, при котором формируется несколько очагов поражения в области шеи, лица и предплечий, а также герпес кистей, особенностью которого является крайне необычная приуроченность высыпаний.

Редким, однако крайне тяжелым проявлением заболевания является первичный герпес новорожденных. Заражение обычно происходит при рождении посредством прямого контакта (ГГ у матери) во время прохождения родовых путей. Первичный герпес новорожденных — классический системный вирусный процесс, подчас заканчивающийся летально. Неблагоприятный прогноз связан, в первую очередь,

с закономерным поражением ВПГ жизненно важных внутренних органов. Изменения на коже обычно крайне выражены, нередко в воспалительный процесс вовлечены слизистая оболочка и конъюнктивы. Иногда площадь высыпаний настолько велика, что участки здоровой кожи по отношению к пораженной располагаются как «островки в океане». Развитие дерматоза начинается с появления покраснения и отека инфицированных областей. В течение суток на их фоне формируются сгруппированные пузырьки, содержимое которых становится гнойным. Дальнейшая эволюция везикул может протекать как традиционно, с образованием эрозий, так и с изначальной их трансформацией в некротизирующиеся язвы. В последующем и те, и другие покрываются корками. Развитие герпетического процесса на коже и слизистой оболочке зависит от степени инфицированности организма в целом. При благоприятном исходе на фоне стихания общей симптоматики наблюдается постепенный регресс их дерматологических проявлений.

Другой тяжелой формой заболевания является первичная герпетическая, или варицеллоформная, экзема Капоши (ПГЭК) [6, 8]. Она, как правило, развивается у детей, страдающих atopическим дерматитом. Появление кожной симптоматики нередко носит волнообразный характер с формированием свежих элементов в течение нескольких дней. Начальные герпетические высыпания всегда приурочены к очагам предшествующего воспаления на фоне усиления в них гиперемии и отека. О присоединении вирусного процесса свидетельствует последующее развитие сгруппированных пузырьков величиной от просяного зерна до чечевицы с характерным пупкообразным вдавлением в центре. Большинство везикул быстро пустулизуется, содержимое некоторых может становиться геморрагическим. В результате их слияния и последующего вскрытия образуются обширные эрозивные очаги полициклических очертаний. По их периферии, а также на участках здоровой кожи в течение нескольких дней возникают свежие вариолиформные пузырьки, расположенные как сгруппировано, так и беспорядочно. В процессе эволюции эрозии покрываются серозными, серозно-гнойными или гнойно-геморрагическими корочками, после отторжения которых остается пигментация, исключительно редко — поверхностные рубчики. Длительность кожных проявлений ПГЭК может составлять от 2 до 6 мес, что во многом зависит от

степени вовлечения в инфекционный процесс внутренних органов.

Значительно чаще первичного встречается рецидивирующий ПГ кожи и слизистой оболочки. Его клинические проявления также носят разнообразный характер, иногда с выраженными особенностями. Чаще всего обострения ПГ протекают типично (рис. 2, 3). В этих случаях активация ВПГ начинается с развития субъективных ощущений — предвестников рецидива. Они возникают в среднем за сутки до появления сыпи на соответствующем участке кожи или слизистой оболочки в виде зуда, жжения, несколько реже боли и/или чувства «ползания мурашек». Их интенсивность обычно невелика. Вслед за субъективной симптоматикой появляется слегка отечное эритематозное пятно небольших размеров, насыщенность которого может варьировать.

Вскоре на этом фоне начинают формироваться сгруппированные округлые пузырьки полусферической формы величиной не более мелкой горошины. Иногда везикулы сливаются и образуют более крупные многокамерные пузыри с фестончатыми очертаниями. Они существуют от 2 до 5 дней, а затем вскрываются, превращаясь в эрозии. Последние, в свою очередь, покрываются тонкими серозными корочками. Через 7–9 дней корочки отторгаются, оставляя после себя розоватое или пигментное пятно, исчезающее через 1–2 нед. Начиная с момента появления везикул, субъективные ощущения стихают и полностью проходят на 4–5-й день заболевания.

Согласно Р. Ната, герпетический процесс проходит четыре последовательные стадии: 1-я — эритематозная, 2-я — везикулезная, 3-я — корочковая, 4-я — клиническое выздоровление (отторжение корок). Их общая продолжительность составляет в среднем 7–14 дней.

Вместе с тем, при типичном клиническом варианте заболевания в нем могут наблюдаться те или иные отклонения. Так, иногда пузырьки вскрываются без вскрытия. При этом за счет покрывки, а также присоединения вторичной флоры образуются массивные коричневато-желтые корки (рупидная форма). Возвышаясь над уровнем кожи, они длительно не отторгаются (рис. 4) [3, 7]. Необычными и редкими являются геморрагический, геморрагически-некротический, импетигоподобный, склеродермоподобный, отечный и элифантоподобный варианты обострений [8–10]. Геморрагическая форма заболевания отличается от типичной, в основном,

кровянистым содержимым везикул (рис. 5). Для геморрагическо-некротического варианта характерно большое количество пузырьков, часть которых имеет серозный или серозно-гнойный характер, а часть — выраженный геморрагический. На месте последних в процессе эволюции развиваются явления некроза с дальнейшим формированием мелких рубчиков. Отечная форма ПГ наблюдается при локализации вирусного процесса на участках кожного покрова с рыхлой подкожной жировой клетчаткой (губы, периорбитальная область, вульва, крайняя плоть). Отечность тканей при этом настолько выражена, что мельчайшие пузырьки, возникающие на ее фоне, могут быть незаметны. Со временем частые обострения могут привести к формированию стойкого отека в месте высыпаний и развитию элифантиазоподобного герпеса. Его особенностью является нарастание слоновости от рецидива к рецидиву.

При импетигоподобной форме заболевания высыпания весьма напоминают фликтены, однако локализуются не на лице, где импетиго наблюдается чаще всего. Довольно крупные полостные образования с гнойным содержимым хотя и не носят при этом типичный герпетический характер, вместе с тем, окружены зоной легкой гиперемии, не имеют тенденции к периферическому росту и быстрому вскрытию с образованием слоистых корок. Вместе с тем, поражению кожи присуще рецидивирующее течение с поражением одного и того же места, а появлению эффоресценции (сыпи) обычно за сутки предшествуют явления предвестников (рис. 6).

Склеродермоподобный ПГ обычно наблюдается у мужчин в области полового члена — на головке, в области уздечки и, реже, на крайней плоти. Как правило, пациенты обращаются за помощью на этапе склеротических изменений кожи и слизистой оболочки в указанной области, которые внешне напоминают или соответствуют склеродермии. Вместе с тем, тщательно собранный анамнез указывает на то, что развитию склеродермоподобных изменений предшествовали рецидивы ПГ в указанной области, причем временами достаточно редкие и слабо выраженные (рис. 7).

Манифестации вирусного процесса, как правило, возникают в одних и тех же «традиционных местах» кожи и/или слизистой оболочки. Однако может наблюдаться одновременное появление герпетической сыпи на разных, часто отдаленных друг от друга участках кожи (диссе-

минированная форма) или ее новая локализация при очередном рецидиве (мигрирующая форма).

Чаще всего высыпания рецидивирующего герпеса локализуются на лице (губы, нос, щеки) или половых органах, несколько реже — в области ягодиц, крестца, бедер и слизистой оболочки полости рта (рис. 8, 9). Наиболее редкими являются обострения на кистях, предплечьях, ушных раковинах, волосистой части головы, а также стопах (рис. 10–13). Вместе с тем, клиническая картина рецидива во многом зависит от места его развития. Например, проявления заболевания на лице или коже гениталий, за исключением отечной, элифантиазоподобной и склеродермоподобной форм, наиболее типичны. Однако при локализации герпетических высыпаний на внутреннем листке крайней плоти, в заголовочной борозде, головке полового члена у мужчин, а также в области вульвы у женщин, эволюция высыпаний не совсем обычна. Пузырьки здесь существуют крайне непродолжительное время и, быстро вскрываясь, образуют болезненные эрозии. Те, в свою очередь, в силу постоянной мацерации и трения длительно не заживают и регрессируют без образования корочек путем эпителизации из краевой зоны. При приуроченности же обострений к области ягодиц после регресса высыпаний на их месте длительно, до 5–6 мес, могут сохраняться синюшно-бурые пятна.

Свои особенности имеет кожная симптоматика ПГ на кистях и стопах. В частности, пузырьки не всегда располагаются на отечно-гиперемизированном фоне, а их содержимое нередко бывает геморрагическим. При этом герпетическая сыпь, подчас многокамерная, существует достаточно долго (до 5–7 дней), а их регресс из-за большой толщины покровов часто проходит без образования эрозий.

При герпетическом поражении полости рта высыпания имеют вид изолированных пузырей или группы мелких везикул, расположенных на фоне незначительного покраснения и отека. Чаще всего они располагаются на слизистой оболочке щек, реже — на твердом небе и языке. Очень скоро покровы пузырей вскрываются и образуются полициклические эрозии цвета сырого мяса. При травмировании эрозий, а также в случаях присоединения вторичной инфекции их дно покрывается желтовато-серым легко удаляющимся налетом. По своему внешнему виду они весьма сходны с афтами [11].

Наряду с разнообразием кожной симптоматики вышеописанных форм ПГ, клиническая

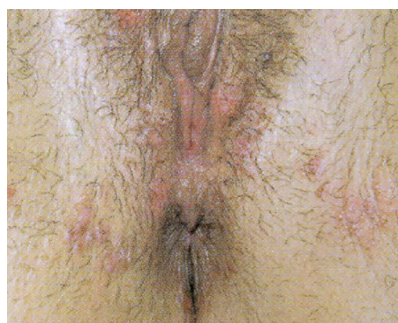


Рис. 1. Первичный эпизод простого герпеса гениталий

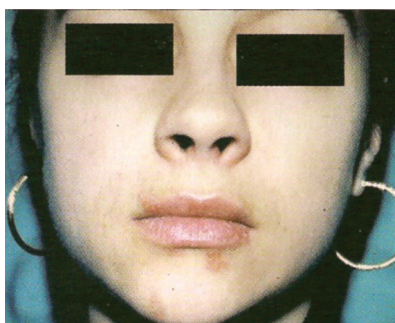


Рис. 2. Типичный рецидив простого герпеса на губах



Рис. 3. Типичный рецидив простого герпеса гениталий



Рис. 4. Рупиоидная форма простого герпеса



Рис. 5. Гемморрагическая форма простого герпеса



Рис. 6. Импетигоподобная форма простого герпеса



Рис. 7. Склеродермоподобная форма простого герпеса



Рис. 8. Глютеальная форма простого герпеса (перманентное течение вирусного процесса у мужчины)



Рис. 9. Рецидив простого герпеса на бедре (зостериоформный герпес)



а



б

*Рис. 10. Простой герпес кисти:
а — типичная форма; б — буллезная форма*



Рис. 11. Гемморрагическая форма простого герпеса на стопе



Рис. 12. Рецидив простого герпеса ушной раковины



Рис. 13. Рецидив простого герпеса волосистой части головы

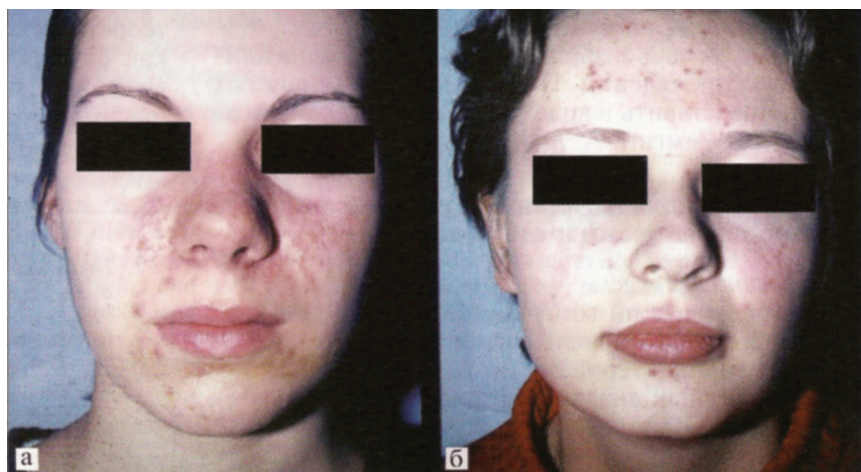


Рис. 14. Рецидивирующая герпетиформная экзема Капоши: а — на фоне розацеа; б — на фоне себорейного дерматита

картина заболевания нередко носит более выраженный характер. В частности, обострения вирусного процесса могут сопровождаться специфическим регионарным лимфаденитом, а иногда и лимфангитом. Явления лимфаденита развиваются обычно на 3–5-й день рецидива и регрессируют через 10–25 дней после исчезновения сыпи. В процесс обычно вовлекается 1–2 узла, которые увеличиваются до размеров боба. При этом они подвижны, эластической или тестоватой консистенции и болезненны при пальпации.

Нередко при рецидивах инфекции наблюдаются герпетическое поражение нервной периферической системы. В этих случаях неврологическая симптоматика может носить выраженный характер, более свойственный опоясывающему лишая (зостериоформный ПГ). Сходство с ним обусловлено еще и тем, что обострения в этих случаях дебютируют и сопровождаются болями, которые возникают не локально в области высыпаний, а распространяются по ходу пораженного нерва.

Лимфаденопатия и невралгии могут наблюдаться при локализации высыпаний на кистях,

ягодицах, бедрах, реже в области лица и гениталий.

Достаточно «пестрым» представляется и диапазон общих жалоб, предъявляемых пациентами при обострениях: субфебрильная температура, головная боль, повышенная утомляемость и нервозность, нарушение сна, миалгии и даже расстройство желудочно-кишечного тракта. Общие реакции обычно отмечаются больными после начала обострения, но в ряде случаев они могут быть дебютом активации вирусного процесса.

Клинические проявления рецидивов ПГ могут развиваться более атипично, без формирования везикул. К таким своеобразным манифестациям инфекции относят зудящую (невротическую), эритематозную и папулезную разновидности заболевания.

Обострение может ограничиться появлением исключительно субъективной симптоматики. Возникающие в этих случаях зуд, чувство жжения или покалывания симулируют начало атаки ВПГ, однако поражение кожи вслед за этим не развивается. В ряде случаев после стадии предвестников все же возникает ограниченная эритема с нечеткими границами. На коже ее цвет

обычно розоватый, на слизистой оболочке — более насыщенный. Покраснение сохраняется 3–4 дня и затем бесследно исчезает. Папулезный ПГ проявляется едва заметными высыпаниями на участках кожного покрова с толстым роговым слоем. Узелки имеют коническую форму величиной с булавочную головку и располагаются изолированно друг от друга. Цвет элементов обычно ярко-розовый. Гиперемия и отечность окружающих тканей, как правило, выражены незначительно. Постепенно цвет папул становится менее насыщенным, элементы уплощаются и регрессируют через 3–5 дней после возникновения. Необходимо подчеркнуть, что диагностика всех атипичных форм весьма проблематична. Постановке правильного диагноза может помочь длительное наблюдение за пациентом, при котором, наряду со стертыми формами заболевания, можно наблюдать возникновение более типичных проявлений ПГ.

Периодичность обострений является одной из составляющих клинической картины ПГ. Существует несколько вариантов оценки течения заболевания. Так, если учитывать только количество повторных эпизодов инфекции в год, можно выделить редко (1–2 раза), умеренно (3–4 раза) и часто рецидивирующий (6 раз и более) динамические типы. Если же за шкалу градации принять колебания между периодичностью ремиссий и обострений, то можно выделить аритмичный, монотонный, нарастающий и стихающий характер манифестаций инфекции [12]. Для аритмичного свойственно колебание ремиссий в широких пределах (от нескольких недель до нескольких месяцев). Монотонный тип отличается регулярностью развития рецидивов. При стихающем течении ПГ наблюдаются увеличение со временем продолжительности ремиссий и уменьшение интенсивности клинических проявлений. Постепенное же увеличение частоты обострений свидетельствует о нарастающем характере проявлений заболевания.

Особое место занимают клинические варианты обострений инфекции, поражения кожи при которых не укладываются в рамки ее обычной симптоматики. Это рецидивирующая герпетическая экзема Капоши (РГЭК), язвенно-некротический и генерализованный ПГ. Повторные эпизоды ГЭК возникают у пациентов, страдающих атопическим дерматитом, болезнью Дарье, пузырчаткой, буллезным пемфигоидом, ихтиозом, грибовидным микозом, себорейным дерматитом, розацеа, а также при термических ожогах кожи (рис. 14) [8]. Коли-

чество высыпаний может значительно варьировать, при этом они теряют сгруппированность. Беспорядочно расположенные вариолиформные пузырьки обычно располагаются в области лица, шеи, реже — туловища. Содержимое части высыпаний нередко бывает гнойным. После вскрытия везикул эрозии достаточно быстро покрываются корочками, на месте отторжения которых могут оставаться мелкие рубчики.

Несколько иная картина РГЭК отмечается на фоне пузырчатки, буллезного пемфигоида и ожоговой кожи. Герпетические высыпания при них располагаются только по периферии эрозий, образующихся в результате развития вышеперечисленных дерматозов. Количество вариолиформных везикул обычно крайне мало. Общая симптоматика при РГЭК незначительна. Могут наблюдаться небольшая лихорадка, иногда умеренное увеличение лимфатических узлов, редко головная боль. Продолжительность обострений составляет в среднем 10–14 дней.

Особенности клинической картины эрозивно-язвенного ПГ (ЭЯПГ) и генерализованного герпеса обусловлены, главным образом, их развитием на фоне тяжелых сопутствующих патологий [6, 13]. Чаще всего ЭЯПГ ассоциируется со злокачественными опухолями внутренних органов и ВИЧ-инфекцией. Его отличительной особенностью является трансформация эрозий, образующихся после вскрытия пузырьков, длительно незаживающие язвы. Язвенные дефекты с валикообразными, несколько утолщенными краями склонны к периферическому росту. Они могут сливаться между собой, достигая размеров 10–20 см. Процессы эпителизации и организации в очагах поражения замедленны. В связи с этим, корки, которые постепенно покрывают язвы, длительно не отторгаются. Обострение часто носит перманентный характер. При этом по периферии имеющихся высыпаний наблюдается появление свежих герпетических везикул. Поражение кожи сопровождается болевыми ощущениями, интенсивность которых может быть значительной. Развитие обострения, его длительность, а также сопутствующая симптоматика во многом зависят от стадии заболевания, явившегося причиной рецидива. В частности, при ВИЧ-инфекции течение ПГ принимает хронический характер (хронический язвенный герпес).

Генерализованная форма — наиболее редкое проявление рецидивов инфекции. Ее развитие, как правило, является маркером наличия у больного лимфолейкоза. Поражение кожи и

слизистой оболочки носит весьма распространенный характер, образуя обширные очаги диссеминированных высыпаний. Сыпь представлена несгруппированными вариолиформными пузырьками и пустулами, окруженными ободком гиперемии. Как в тех, так и в других часто присутствует геморрагический компонент. Первичные элементы быстро вскрываются, образуя крайне болезненные эрозии. В области гениталий, а также на слизистой оболочке полости рта может наблюдаться трансформация эрозий в язвы полициклических очертаний. Кожный процесс отличается длительным и упорным течением, сопровождаясь лихорадкой, полиаденопатией и нарастающим ухудшением общего состояния пациента.

Суммируя вышеизложенное, многообразие клинических проявлений простого герпеса на коже и слизистой оболочке можно представить в виде следующей классификации.

Классификация клинических разновидностей простого герпеса кожи и слизистой оболочки

Первичный герпес:

- герпетический гингивостоматит;
- первичный лабиальный герпес;
- первичный герпес гениталий;
- первичный анальный герпес;

- герпес борцов;
- первичный герпес кистей;
- первичный герпес новорожденных;
- первичная герпетическая экзема Капоши

Рецидивирующий герпес:

- типичная форма (герпес лица, гениталий, ягодич, кистей и т.д.);
- разновидности: рупиоидный, геморрагический, геморрагическо-некротический, отечный, элифантасоподобный, склероподобный, импетигоподобный, герпес слизистой оболочки полости рта зостериоформный, мигрирующий, диссеминированный;
- атипичные формы: зудящая (невротическая), эритематозная, папулезная;
- рецидивирующая экзема Капоши;
- простой герпес на фоне тяжелых сопутствующих патологий: эрозивно-язвенный, генерализованный.

В заключение следует отметить, что вопрос полиморфизма клинических проявлений вирусного процесса на коже и слизистой оболочке имеет не столько теоретическое значение, сколько практическое, так как своевременная диагностика заболевания дает возможность проведения адекватной терапии и предотвращения развития системных герпетических осложнений.

Литература

1. Куле Ж.П. Основные тенденции в эпидемиологии вирусных инфекций папилломы человека (ВПЧ), простого герпеса 2 (ВПГ2) и гепатита В (ВГВ) во Франции // Вестн. дерматовенерол. 2000. № 6. С. 59–60.
2. Герпес: неизвестная эпидемия (патогенез, диагностика, клиника, лечение) / Под ред. Л.Н. Хахалина. Смоленск: Фармаграфикс, 1997. С. 162.
3. Баринский И. Ф., Шубладзе А. К., Каспаров А. А., Гребенюк В. Н. Герпес: Этиология, диагностика и лечение. М., 1986.
4. Вирус простого герпеса и его роль в патологии человека / Под ред. А. Г. Коломыйца и др. Минск, 1986.
5. Мошкалов А. В. Клинико-эпидемиологические аспекты генитального герпеса // Вестн. дерматол. венерол. 1992. № 8. С. 25–32.
6. Марьясис Е. Д., Павлик Л. В. О герпетической экземе Капоши-Юлиусберга у взрослых // Вестн. дерматол. венерол. 1980. № 9. С. 50–52.
7. Гребенюк В. Н. Рецидивирующий генитальный герпес: Клиника, особенности иммунореактивности, лечение: Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1983.
8. Каламкарян А. А., Мордовцев В. Н., Трофимова Л. Я. Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы. Ереван, 1989.
9. Машкиллейсон Н. Инфекционные и паразитарные болезни кожи. М., 1960.
10. Потеекаев Н. С., Самгин М. А. Особенности клиники и течения простого рецидивирующего герпеса // Сов. мед. 1983. № 6. С. 79–83.
11. Пашков Б. М. Поражение слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических болезнях. М., 1963. С. 101.
12. Дарье Ж. Основы дерматологии (пер. с франц.) М.–Л., 1930.
13. Халдин А. А., Самгин М. А. Импетиго- и склеродермоподобные формы простого герпеса // Рос. журн. кож. и вен. бол. 2003. № 4. С. 12–15.

A. A. Khaldin, D. V. Ignat'ev, L. A. Shestakova

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

The clinical polymorphism of herpetic disease cutaneous syndrome

The article has been devoted to one of the most actual problems of medical science — herpes simplex, and contains information regarding both epidemiology of the infection and historical development of knowledge about it. The clinical features and polymorphism of herpetic disease are reported in detail. The article has been written for specialists in skin and venereal diseases, gynecology, applied immunology and infectious diseases.

Key words: *herpes simplex, clinical features polymorphism*