

CHOROBY WIRUSOWE

CHOROBY WIRUSOWE

- **OPRYSZCZKA ZWYKŁA (HERPES SIMPLEX)**
- **PÓŁPASIEC (ZOSTER)**
- **MIĘCZAK ZAKAŻNY (MOLLUSCUM CONTAGIOSUM)**
- **BRODAWKI WIRUSOWE**
- **EPIDERMODYSPLASIA VERRUCIFORMIS**

OPRYSZCZKA ZWYKŁA (HERPES SIMPLEX)

- HSV-1 75% górna połowa ciała,
j. ustna i twarz >99%, do 5 r.ż.
- HSV-2 droga kontaktów seksualnych, po 14 r.ż.

Zakażenie (klinicznie identyczne)

- bezpośredni kontakt osobnika wrażliwego (seroneg) z osobnikiem wydzielającym objawowo lub bezobjawowo (*wydzielacze*) w ślinie, łzach, wydzielinach błon śluzowych narządów płciowych

- **PRZEBIEG**

- **Zakażenia bezobjawowe (80 - 90%)**

- **Zakażenie pierwotne**

- wylęganie 2 – 10 dni, trwa ok. 3 tygodnie

- 10 – 40% HSV-1, 50 – 75% HSV-2

- objawy ogólne (wiremia)

- gingivostomatitis herpetica, vulvovaginitis, balanopostitis*
(noworodki!)

- **Osobnik zakażony**

- reinfekcja (nawrót)

- superinfekcja (nadkażenie)

- autoinokulacja (samozaszczepienie)

Zakażenia nawrotowe (w tym samym miejscu)

ze zwojów czuciowych n.V

ze zwojów krzyżowych

Czynniki prowokujące

- UVR
- ↑ temp., ↓ temp., gorączka
- menstruacja
- stres
- miejscowy uraz →
- IS

wysychanie warg, zabiegi stomatologiczne, operacyjne na zwoju trójdzielnym, zabiegi dermatologii estetycznej- peelingi chemiczne, laserowe

Częstość nawrotów (zależy od lokalizacji i typu HSV):

- u 15 – 20% HSV-1
- u 50% HSV-2

KLINIKA

- ❖ **HERPES LABIALIS**
- ❖ **HERPES PROGENITALIS**
- ❖ **ZANOKCICA OPRYSZCZKOWA (HSV-1, HSV-2)**
 - autoinkulacja (herpes genitalis, mucosae oris)
 - heteroinkulacja (personel medyczny!)
- ❖ **ERYTHEMA MULTIFORME (EM)**
- ❖ **ECZEMA HERPETICUM**
(ERUPTIO VARICELLIFORMIS KAPOSII)
AZS, ch. Dariera

❖ **HERPES GLADIATORUM**

sporty kontaktowe

HSV-1 (inokulacja skóra lub oko)

❖ **KERATITIS**

HSV-1 – starsze dzieci, dorośli do 98%

HSV-2 – noworodki

❖ **ENCEPHALITIS** > 70% zgonów (może wystąpić u osób z prawidłową odpornością)

> 50% powyżej 50 r.ż.

30% poniżej 30 r.ż.

większość reaktywacja HSV-1

u 35% noworodków z okołoporodowym zakażeniem, na ogół HSV-2

❖ PNEUMONIA

na ogół choroby IS,

❖ OESOPHAGITIS

na ogół choroby IS, na ogół HSV-1

LECZENIE MIEJSCOWE

- 5% acyclovir krem (Zovirax, Virolex)
- 3% acyclovir maść (Cusiviral, Virolex, Zovirax)
- 1% penciclovir krem (Denavir)
- 3% denotivir (Vratizolin krem)
- 1% tromantadyna (Virus-Merz gel)
- sunscreen (herpes ind. UVR)

MARGINALNA SKUTECZNOŚĆ

LECZENIE OGÓLNE

- ◆ ACYCLOWIR
- ◆ WALACYCLOWIR
- ◆ FAMCYCLOWIR

ACYCLOWIR

Heviran tabl. 0.2, 0.4, 0.8

Virolex tabl. 0.2

Zovirax tabl. 0.2, 0.4, 0.8

Stadium	Dawka	Dawka
Zakażenia pierwotne (w I tyg.)	400 mg 3-4 x dz. 7 –10 dni	200 mg 5 x dz. 7 – 10 dni
Nawrót (w ciągu 24 h)	400 mg 3 – 4 x dz. 5 dni	200 mg 5 x dz. 5 dni
Supresja	400 mg 2 x dz.	

WALACYCLOWIR (nie dzieci)

Valtrex tabl. 0.5 (prolek acycłowiru)

Stadium	Dawka	Dawka
Zakażenie pierwotne (do 24 h)	1.0 g 2 x dz. 7 – 10 dni	
Nawrót	500 mg 2 x dz. 3 – 7 dni	
Supresja	250 mg 2 x dz. 1 rok	500 mg 1 x dz. < 10 nawrotów 1000 mg 1 x dz. > 10 nawrotów/1r

FAMCYCLOWIR (nie dzieci)

Famvir tabl. 0.125, 0.25 (prolek pencycloviru)

Stadium	Dawka
Zakażenie pierwotne (do 6 h)	250 mg 3 x dz. 5 – 10 dni
Nawrót	125 mg 2 x dz. 5 dni
Supresja	250 mg 2 x dz. 1 rok

PÓŁPASIEC (HERPES ZOSTER)

VZV

ZAKAŻENIE PIERWOTNE – ospa wietrzna

- rzadko < 10 r. ż.
na ogół > 50 r. ż., najczęściej 7 – 8 dekada życia
- IS (białaczki, chłoniaki, HIV+, biorcy przeszczepów)
- faza latentna (zwoje czuciowe)
reaktywacja → ganglionitis → neuritis →
- > 90% obj. prodromalne – BÓL
- jednostronne zmiany skórne
najczęściej V1, Th3 – L2
→ ophtalmicus, thoracicus

SZCZEGÓLNE POSTACIE

- * OPHTALMICUS (7%) 20 – 70% powikłanych
- * OTICUS
- * HAEMORRHAGICUS
- * GANGRENOSUS
- * DISSEMINATUS (GENERALISATUS)
 - > 20 zmian poza ogniskiem
 - może być rewelatorem neo
- * RECIDIVANS (rewelator)

↓ CMI

POWIKŁANIA

- Zakażenia bakteryjne
- Owrzodzenia
- Oczne
 - niedomykalność, opadanie powiek
 - zapalenie rogówki, twardówki, naczyniówki
 - zapalenie siatkówki, n.II
 - wtórna jaskra
- Porażenie – n. twarzowego
 - n. słuchowego
 - n. błędnego
- Porażenie – nn. ruchowych
- PHN (NEURALGIA POPÓŁPAŚCOWA)
 - 10 – 15% chorych
 - 50% > 60 r.ż.

LECZENIE (ZDROWY DOROSŁY)

- ↓ bólu
- ↓ liczby zmian skórnych
- skrócenie czasu trwania choroby
- zapobieganie neuralgii półpaścowej

ACYCLOWIR tabl. 800 mg 5 x dz. 7 - 10 dni

FAMCYCLOWIR tabl. 500 mg 3 x dz. 7 dni

WALACYCLOWIR tabl. 1.0 g 3 x dz. 7 dni

lub

ACYCLOWIR 5 - 10 mg/kg/dobę iv 7 dni

LECZENIE PHN

1. LEKI PRZECIWDRGAWKOWE

*** KARBAMAZEPINA**

(Amizepin tabl. 0.2; tabl prol. 0.2, 0.4)

*** GABAPENTIN (Neurontin kaps. 0.1, 0.3)**

2. LEKI TRÓJCYKLICZNE

PRZECIWDEPRESYJNE

*** AMITRYPTYLINA (draż. 0.01, 0.025)**

*** DESIPRAMINE (Petylyl draż. 0.025)**

MIĘCZAK ZAKAŹNY (MOLLUSCUM CONTAGIOSUM) (WATER WART)

- MOLLUSCIPOXVIRUS MCV I, MCV II
- dzieci 10% tropikalne klimaty, 2 x częściej u korzystających z basenów
- aktywni seksualnie dorośli
- osoby z ↓ CMI
- zakażenie przez kontakt bezpośredni i przedmioty
- wylęganie 2 - 6 tygodni (1tyg. - kilka mies.)
- kopulaste grudki Ø 1 mm - 1 cm

- tendencje do samoistnego ustępowania:
przeciętne wyleczenie po 2 latach (6 - 9 mies.),
możliwa reinfekcja
- fałdy, zgięcia (AZS)
rzadko j. ustna, spojówki
dorośli - ok. płciowe
IS - odporne, duże
- MOLLUSCUM DERMATITIS

WIRUSY PAPILLOMA

- łagodne rozrosty naskórka i błon śluzowych u zwierząt (głównie ssaków) i ludzi
- swoiste gatunkowo w stosunku do żywicieli

HUMAN PAPILLOMA VIRUSES (HPV)

- zmiany typu brodawek o rozmaitej morfologii w zależności od typu wirusa i lokalizacji
- swoiste tkankowo?
- komórki docelowe - warstwy rozrodcze naskórka
- rezerwuuar - chory człowiek, bezobjawowy nosiciel, przedmioty?
- zjawisko hetero i autoinokulacji

CZYNNIKI USPOSABIAJĄCE

*** N CMI**

- młody wiek - szczyt zachorowań 12 - 16 r.ż.
- podatność osobnicza (suchość skóry, sine zimne kończyny)
- mikrourazy - zawody, nawyki
- współistnienie innych chorób, np. eczema verrucatum (verrucosis atopica)

*** ↓ CMI - 70% RAR po 5 latach ma brodawki**

PRZEBIEG ZAKAŻENIA

- wyleganie od kilku tyg. do kilku m-cy (6 - 8)
- w ciągu 6 m-cy 30% ustępuje samoistnie
- w ciągu 2 lat 2/3 ustępuje samoistnie
- IS stale utrzymywanie się zmian

POTENCJAŁ ONKOGENNY!

BRODAWKI ZWYKŁE (VERRUCAE VULGARES)

HPV 2 (4, 7)

70% dzieci z brodawkami ma zwykłe

97% ustępuje w ciągu 4 lat

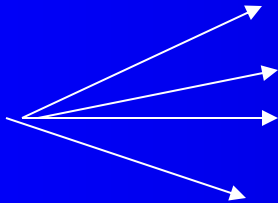
nosicielstwo bezobjawowe (zakażenia subkliniczne)

**PRZEBIEG ZAKAŻENIA NIEMOŻLIWY
DO PRZEWIDZENIA**

LECZENIE

- szpecą i nie są akceptowane społecznie
- bolą, swędzą, krwawią
- są źródłem zakażenia (uwaga IS!)

ALE



Nieswoiste
Brak całkowicie skutecznej metody
Efekt placebo
Metody ludowe mogą być tak samo skuteczne jak naukowe

AKTYWNE LECZENIE ZACHOWAWCZE (DOMOWE)

Adhesioterapia

- 6,5 dnia plaster, 1/2, ≥ 6 tygodni
+ tydzień

Kwas salicylowy

- płyny:
Verrumal (0.5% Fu),
10 -16% Brodacid,
Duofilm
- maści
- plastry 20 - 40%,
12 tygodni 1- 2 x dz.,
skuteczność 84%

IMIQUIMOD

METODY INWAZYJNE

(ból, ryzyko, nie bardziej skuteczne niż zachowawcze)

Krioterapia Ring wart phenomenon

Łyżeczkowanie

**NIGDY NIE KLASYCZNA CHIRURGIA
(BLIZNY)!**

BRODAWKI STÓP

- Myrmecia HPV1 – także okołopaznokciowe, charakterystyczne ustępowanie, bolesne
- Mozaikowe HPV2 – odporne na leczenie, niebolesne, nawroty
- Przerosłe
- Olbrzymie HPV2

LECZENIE NIE CHIRURGIA! Jak brodawki zwykłe.

BRODAWKI PŁASKIE (VERRUCAE PLANAE)

- **HPV 3 (10, 28)**
3,5% dzieci z brodawkami
- tendencje do samoistnego ustępowania
- **LECZENIE ZEWNĘTRZNE**
 - „O” leczenia
 - tretinoin, isotretinoina
 - nadtlenek benzoilu 5%, 10%
 - IMIQUIMOD

NIE PŁYNY NA BRODAWKI ZWYKŁE!

EPIDERMODYSPLASIA VERRUCIFORMIS

- rzadka genodermatoza - przypadki rodzinne
- swoiste HPV EV (HPV5, 8, 14)
- model onkogenezy wirusowej u człowieka
- v. plana-like
 - red plaques
 - brownish plaques
 - depigmented plaques
- u 50% ok. 20 r.ż. liczne neo
- rola UVR
 - nienasyconych kwasów tłuszczowych