



ЛЕКЦІЯ №1

Стоматологічні прояви шкірних хвороб.

- **Полтавський державний медичний університет**
- **Кафедра шкірних та венеричних хвороб**

- Червоний плоский лишай.
Герпетична інфекція шкіри та слизових оболонок.
- Акантолоїтична пузирчатка.
- Багатоформна ексудативна еритема.
- Передракові захворювання губ та слизової оболонки.

- • У разі виникнення питань
стосовно лекції, ви можете
звернутися до вашого
лектора
Васильєва
Катерина
Володимирівна
09539789099

План лекції:

1. Червоний плескатий лишай:

- етіологія, патогенез
- клініка
- діагностика
- лікування

2. Герпетична інфекція:

- етіологія, патогенез
- клініка
- діагностика
- лікування

3. Акантолітична пухирчатка, Багатоформна ексудативна еритема:

- етіологія, патогенез
- клініка
- діагностика
- лікування

ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Хронічний дерматоз, що характеризується появою на шкірі та на слизових оболонках, особливо часто на слизовій оболонці рота та червоній окрайці губ, мономорфних папульозних висипів.



Клінічні випадки пацієнтів із десквамативним гінгівітом, лейкоплакією та ретикулярною формою ЧПЛ ПР



— ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ

ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ

ВІРУСНА

ІНФЕКЦІЙНА

СТРЕССОВА

НЕЙРОЕНДОКРИННА

ТОКСИКО-АЛЕРГІЧНА

ІМУННОАЛЕРГІЧНА

СПАДКОВА

— Класифікація ЧПЛ за ступенем тяжкості перебігу захворювання

Таблиця. Нова класифікація ЧПЛ ПР

Ступінь тяжкості перебігу захворювання	Клінічна картина	План лікування	Лікар
I (легкий)	Безсимптомний перебіг	Фармакотерапія не призначається	Лікар-стоматолог
II (помірний)	Чутливість та дискомфорт після прийому гострої їжі, легкий біль	Кортикостероїди, топічні інгібітори кальциневрину	Щелепно-лицевий хірург/дерматолог
III (тяжкий)	Гостра симптоматика, розвиток системних проявів/ дифузні прояви ураження у СОПР	Топічні кортикостероїди — препарати першої лінії, системне лікування	Дерматолог або фахівець із галузі імунотерапії



Клініка.

Захворювання часто починається з продромальних явищ: нездужання, нервові збудження, слабкість.

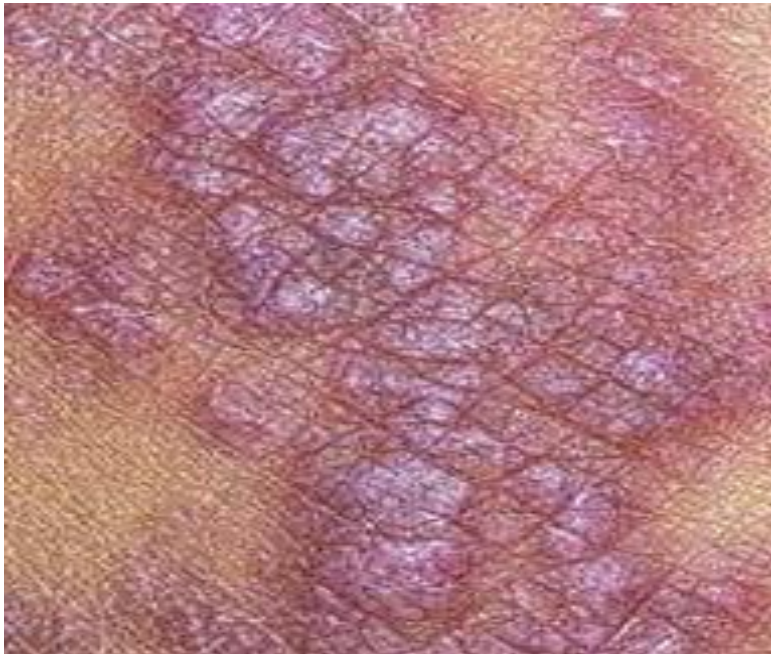
Елементи висипки виникають гостро. Для червоного плоского лишая характерним висипним елементом є дермо- епідермальна папула розміром 1 – 3 мм у діаметрі, синюшно – червоного або лілового кольору з воскоподібним блиском.

Вона має полігональні обриси, пупкоподібне вдавлення у центрі, не схильна до периферійного росту. У подальшому папули зливаються, утворюючи бляшки.

— КЛІНІЧНО – ДІАГНОСТИЧНА ОЗНАКА:

СІТКА УІКХЕМА –

при змащуванні поверхні бляшки водою або олією, можна виявити наявність посилення шкірного малюнку



КЛАСИЧНА ФОРМА



АТРОФІЧНА ФОРМА

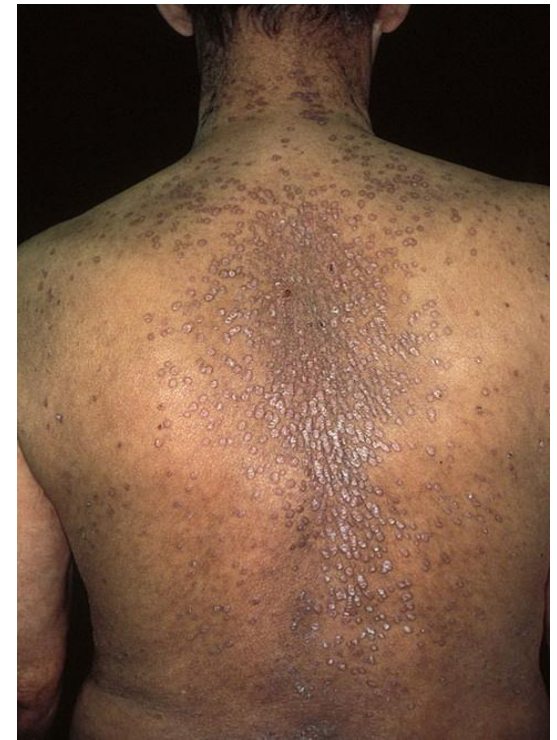
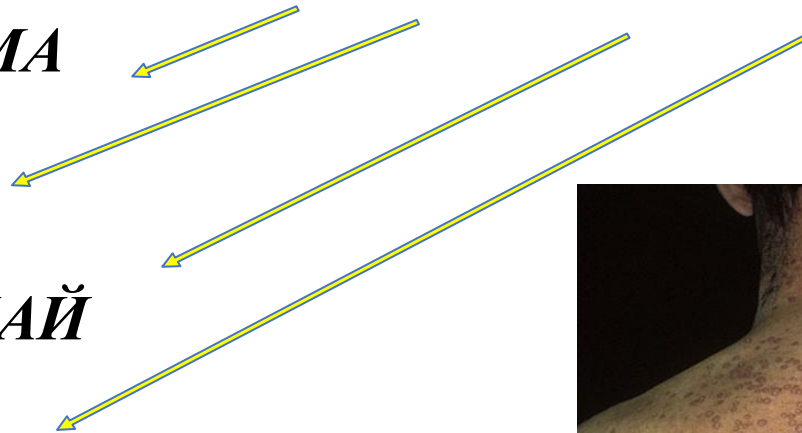
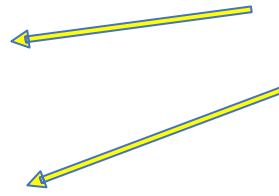
ГІПЕРТРОФІЧНА ФОРМА

ПУЗИРНА ФОРМА

ФОЛІКУЛЯРНИЙ ЛИШАЙ

ПІГМЕНТНА ФОРМА

КЛАСИФІКАЦІЯ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ



Типові прояви і локалізація червоного плоского лишаю

Класичний плоский
лишай



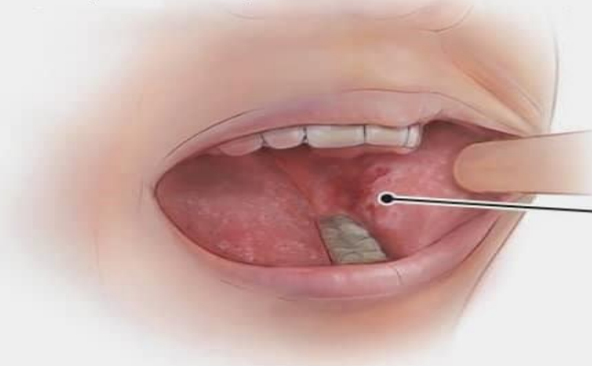
Фіолетові, плоскі
папули



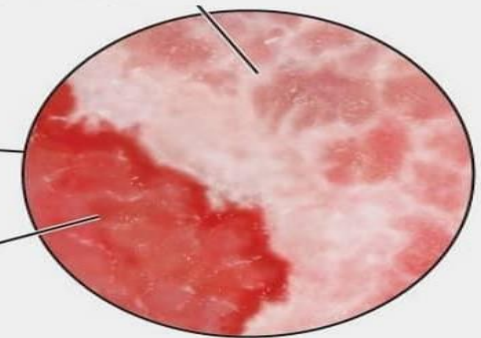
Поздовжні лінії на нігтях



Плоский лишай в ротовій порожнині



Висипання у вигляді
мережива (сітка Уїкхема)



Пігментна форма червоного плоского лишаю



Гіперпігментація



КЛАСИЧНА, АБО ЗВИЧАЙНА, ФОРМА –

характеризується розвитком типових папул, що утворюють бляшки розміром до 2см. Вогнища ураження можуть бути кільцевидної чи неправильної форми з вдавленням у центрі, можуть розташовуватися ізольовано або згруповано.



АТРОФІЧНА ФОРМА

— елементи червоного плоского лишая підлягають атрофічним змінам, не виступають над рівнем шкіри. Вони мають вигляд плям округлої форми з ліловим або насичено – рожевим забарвленням.

Часто на слизовій оболонці рота знаходять типові висипи.



ГІПЕРТРОФІЧНА, АБО ВЕРУКОЗНА, ФОРМА

— вогнища ураження, як правило, локалізуються на передньо — бокових поверхнях гомілок, часто симетрично. Представлені бородавчатоподібними утвореннями, що підвищуються над рівнем шкіри та вкриті роговими нашаруваннями. Колір вогнищ застійно - червоний, ціанотичний або лівідний.



ПУЗИРНА ФОРМА

– часто зустрічається на слизовій оболонці рота. На поверхні папульозних елементів розвиваються напружені пухирці, а на крупних бляшках – пузирі з серозним або серозно – геморагічним вмістом.



ФОЛІКУЛЯРНИЙ, АБО ГОСТРОКІНЦЕВИЙ, ЛИШАЙ

— представлений фолікулярними та перифолікулярними папулами або у вигляді рубцевої алопеції волосистої частини голови, а також нерубцевої алопеції пахвинних впадин і лобка. Нерідко одночасно відмічається ураження слизових оболонок рота у вигляді сірувато — білих елементів.



ПІГМЕНТНА ФОРМА

характеризується вираженою пігментацією частіше на шкірі живота, сідниць та нижніх кінцівок. Пігментація може існувати тривалий час, а елементи червоного плоского лишая можуть виникати одночасно з пігментацією або через деякий час після її появи.



ДІАГНОСТИКА ЧЕРВОНОГО ПЛЕСКАТОГО ЛИШАЮ

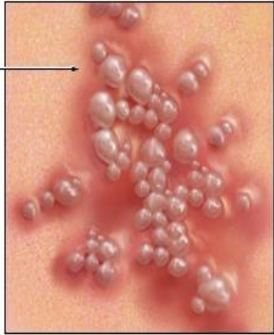
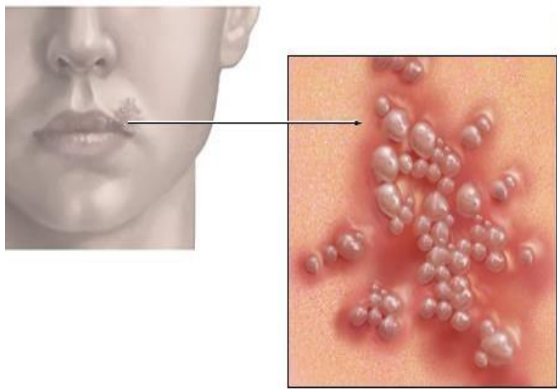
базується на типовій клінічній картині висипних елементів:
лілово – перламутрові, полігональні плоскі папули з пуповидним
вдавленням у центрі, наявність сітки Уікхема, локалізація висипів
на згинальних поверхнях передпліч та слизових оболонках.



ЛІКУВАННЯ ЧЕРВОНОГО ПЛЕСКАТОГО ЛИШАЮ

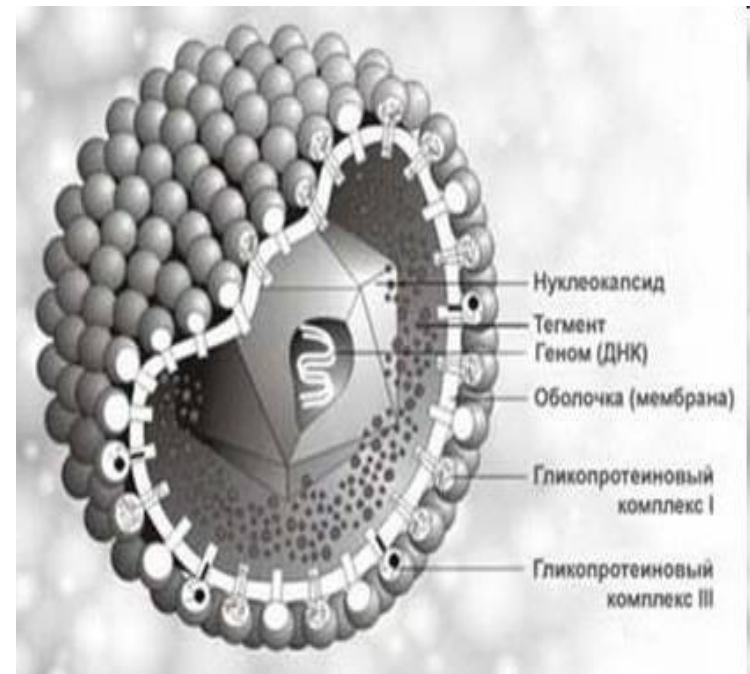
- гіпоалергенна дієта
- седативні препарати
- антибіотики
- протівірусні препарати
- вітаміни
- кортикостероїди
- кортикостероїдні аерозолі,
- креми та мазі
- цитостатики

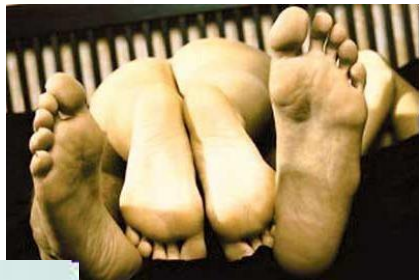




Герпес простий (простий пухирцевий лишай) – це хронічне рецидивуюче вірусне захворювання, яке викликається вірусом герпесу (I та II типу), з появою пухирців на шкірі та слизових оболонках. Може приймати системний характер.

Збудником є дерматонейротропний ДНК-вміщуючий вірус простого герпесу (herpes simplex). Розмір вірусу 150 - 300 нм, розмножується в ядрі та цитоплазмі інфікованої клітини, має 14 годинний цикл розвитку . Розрізняють вірус простого герпесу I та II типу.

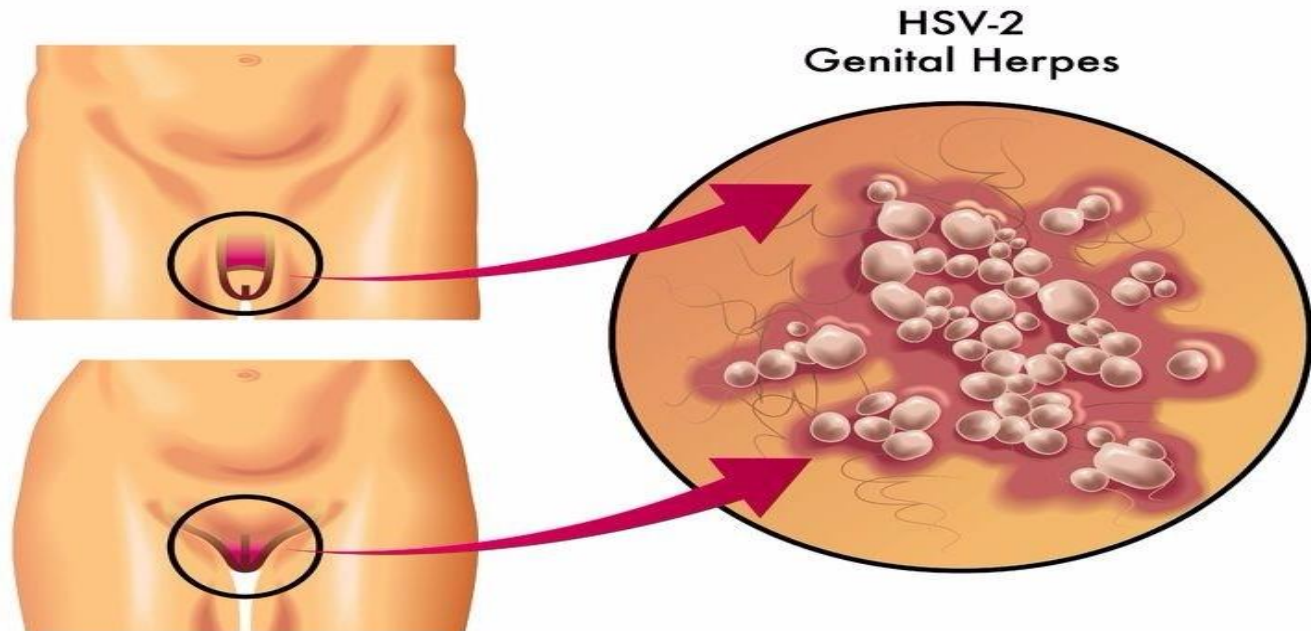




Герпетична інфекція
передається переважно
контактним шляхом (через
побутові предмети,
поцілунки, статевий
контакт) – вірус II типу, але
можливе зараження й
повітряно – крапельним
шляхом, особливо у перші 2
роки життя - вірус простого
герпесу I типу .

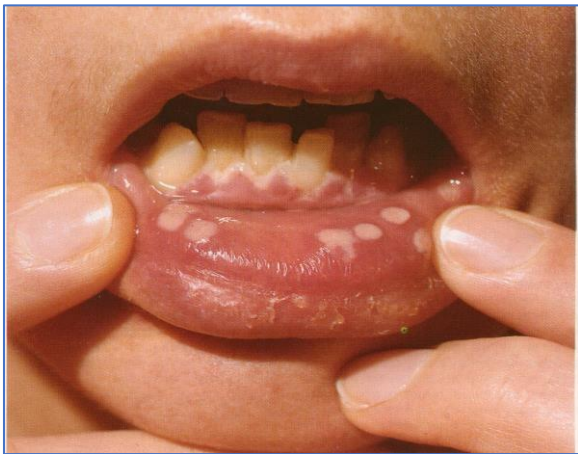
Резервуаром вірусу

простого герпесу є регіонарний сенсорний ганглії (спинальний або черепно - мозковий), в якому вірус знаходиться в неактивному стані, а під впливом різноманітних факторів (переохолодження, гіперінсоляція, респіраторні захворювання, стрес, ВІЛ – інфекція) та при зниженні реактивності організму вірус активізується, переміщується по периферичним нервовим волокнам в епітелій шкіри.



клінічний перебіг

*первинни
й герпес*



*рецидивуючи
й герпес*





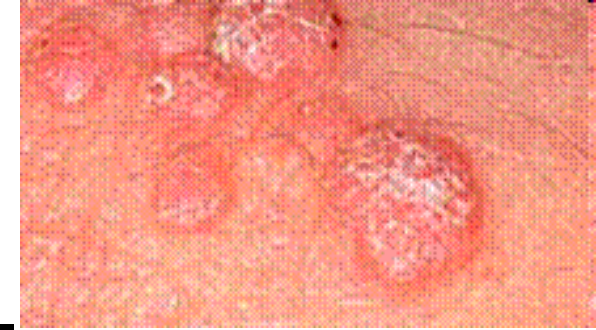
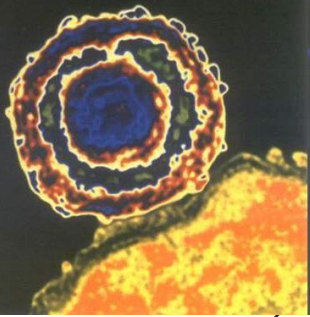
Висипи утворюють поодинокі вогнища, що складаються з 3- 5 згрупованих пухирців діаметром до 2 мм з прозорим, а потім мутним та геморагічним вмістом. Вміст пухирців зсихається у жовтувато – сіру кірку, яка відпадає через 5- 6 днів та лишає гіперемовану або пігментну пляму. У інших випадках пухирці на 2 – 3 день розкриваються і утворюється болюча ерозія яскраво – червоного кольору з поліциклічними обрисами. Можливе нездужання, підвищення температури тіла до 38⁰С.

Первинний герпес у дитячому віці протікає з вираженими загальними явищами. Тяжкий перебіг спостерігається у новонароджених, оскільки можливе ураження ЦНС та внутрішніх органів. Частою формою є *герпетичний стоматит* у дітей віком до 1 року часто під час прорізування зубів. Висипи розповсюджені, локалізуються на різних ділянках слизової оболонки роту, губи, щоки, ясна, піднебіння.





Рецидивуючий герпес протікає з менш вираженими клінічними симптомами. Локалізується на обличчі, геніталіях, перигенітальній ділянці, можливий розвиток кератокон'юктивіту. Частота рецидивів буває різна: від 1 – 3 раз на рік до декількох разів на місяць. Особливо часті рецидиви генітального герпесу, у жінок який провокується менструаціями.



атипові форми простого герпесу

абортівна

набрякова

зостеріформа

дисемінована

мігруюча

рупіюїдна
форма

виразковий
герпес геніталій

хронічний шкірний
простий герпес

елефантіазоподіб
на
геморагічна та
некротична



Герпетичформна екзема Капоші

=

тяжка форма простого герпесу. Виникає у дітей, що хворіють на екзему, атопічний дерматит та інші дерматози, при яких є дефекти шкіри. З'являються групи пухирців на ураженій шкірі, схожі на висипи вітряної віспи. Центральна частина пухирців некротизується з утворенням геморагічних кірок, після відродження яких лишаються рубці. Можливе залучення у патологічний процес слизових оболонок порожнини рота, глотки, гортані, трахеї з лімфаденопатією, ураження внутрішніх органів, ЦНС. Порушується загальний стан з підвищенням температури тіла до 40°C. Хвороба може завершитися летально.



Лікування . При простому герпесі використовують противовірусні препарати (ацикловір по 200мг 5 раз на день курсом 5-10 днів, при рецидивуючій формі по 400 мг 5 раз на день курсом 5 днів; вальтрекс по 500 мг 2 рази на день протягом 5 днів, бонафтон, фамцикловір, валацикловір, ганцикловір, зовіракс) у сполученні з лейкоцитарним інтерфероном (на курс 3 – 5 ін'єкцій), коревим імуноглобуліном або противогерпетичним гама – глобуліном. У між рецидивний період призначають інактивовану герпетичну вакцину. Показане застосування імуномодельюючих препаратів: тактивін, тималін, декаріс, нуклеїнат натрію; адаптогенів рослинного походження. Також призначають вітаміни (В₁, В₁₂, аскорбінова кислота).





*Місцево застосовують
протівірусні препарати (ацикловір, герпесвір, інтерференова мазь, ДНК – аза, 0,5% теброфенова мазь, 0.5% бонафтонова мазь), епітелізуючі (солкосеріл, дерматол) засоби, анілінові барвники.*



Герпес оперезуючий
(оперезуючий лишай) – гостре
вірусне захворювання, що
проявляється згрупованими
болючими висипами по ходу
нервів та неврологічною
симптоматикою. Збудником є
вірус *Varicella zoster*.

Клініка.

Інкубаційний період не визначений. При звичайній формі захворювання починається з продромальних явищ у вигляді нездужання, підвищення температури тіла, слабкості, головного болю, диспепсичних розладів та односторонньої невралгії певної зони інервації. У зоні виникнення невралгії на гіперемованій та набряклій шкірі з'являються згруповані везикули, що розташовуються по ходу ураженого нерву чи його гілок, як правило, з однієї сторони. Висипи частіше - на тулубі у зоні міжреберних нервів, по ходу гілочок трійничного нерву, на кінцівках, голові, обличчі.



клінічні форми оперезуючого герпесу

абортивн

**виразково –
некротична**

Генералізована

офтальмогерпесна

гангреноз

на



Лікування.

Поряд з протівірусними препаратами призначають антибіотики широкого спектру дії (рондоміцин, метациклін, тетрациклін) протягом 7 – 10 днів, саліцилати (аспірин, натрій саліциловий), сечогінні (фуросемід, лазікс), курантил для корекції мікросудинних порушень. Для знеболювання застосовують новокаїнові блокади, електрофорез з новокаїном по ходу ураженого нерву, анальгетики, паравертебрально діатермія або ультразвук. Доцільне призначення імуноглобуліну, вітамінів, біогенних стимуляторів, адаптогенів. Місцево призначають протівірусні, антимікробні та кератопластичні засоби (анілінові барвники, фукорцин, інтерферонові та геліоміцинову мазі, синтоміцинову емульсію), комбіновані кортикостероїдні мазі.





Дискусійні питання:

- 1. Етіологічні, патогенетичні та епідеміологічні особливості
- 2. Принцип класифікації
- 3. Диференціальна діагностика
- 4. Основні підходи до загального та місцевого лікування