

Лекція №2

Вірусні дерматози

Бульозні дерматози

- **Кафедра шкірних та венеричних
хвороб**

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

План лекції:

- 1. Теорії етіології і патогенезу пухирчатки.
- 2. Клінічні різновиди пухирчатки і їх особливості.
- 3. Клініка герпетиформного дерматиту Дюрінга.
- 4. Феномени, характерні для даних захворювань.
- 5. Клініка бульозного пемфігоїда.
- 6. Диференціальна діагностика звичайної пухирчатки з герпетиформним дерматитом Дюрінга.
- 7. Диференціальна діагностика звичайної пухирчатки з бульозним пемфігоїдом Ліверу.
- 8. Сучасні лабораторні і імунологічні методи діагностики пухирчастих захворювань шкіри.
- 9. Принципи патогенетичної і симптоматичної терапії, прогноз.
- 10. Диспансерні заходи.

**Вірусні дерматози –
це захворювання шкіри
та слизової оболонки
(іноді в поєднанні з
ураженням внутрішніх
органів), які
викликаються вірусами.
Віруси – це
мікроскопічні,
внутрішньоклітинні
паразити, які схильні до
інтенсивного росту та
розмноження в клітинах
хазяїну.**



Вірусні дерматози

герпес простий



бородавки



герпес
оперезуючий

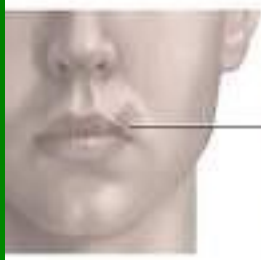


контагіозний
молюск



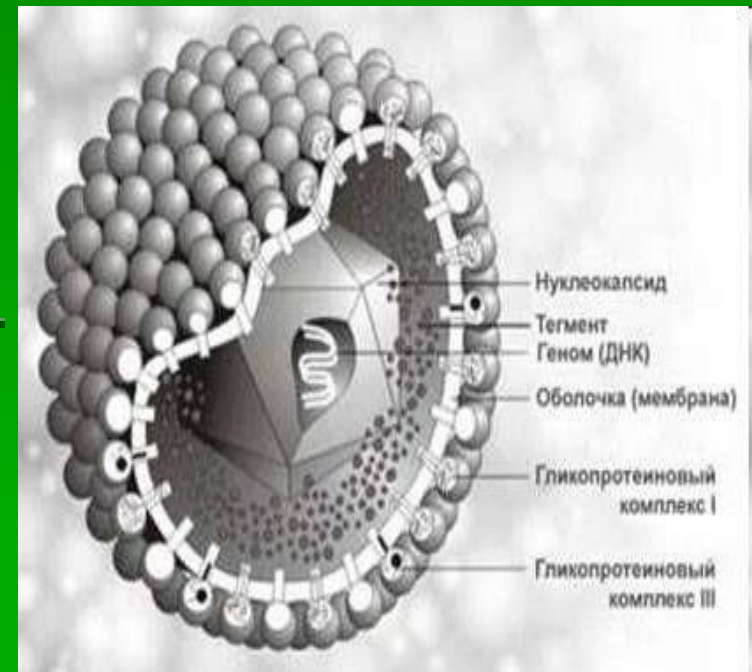
гострокінцеві
кондиломи





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.



інфекція

передається

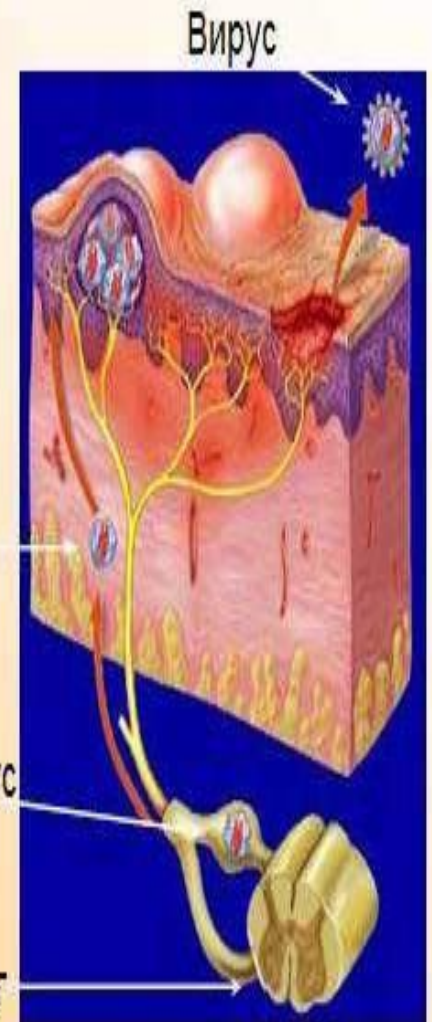
переважно контактним
шляхом (через
побутові предмети,
поцілунки, статевий
контакт) – вірус II типу,
але можливе
зараження й повітряно
– крапельним шляхом,
особливо у перші 2
роки життя - вірус
простого герпесу I
типу .



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.



**Начальное
инфицирование**



**Активизация
инфекции**

клінічний перебіг

*первинний
й герпес*



*рецидивуючий
й герпес*





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

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,

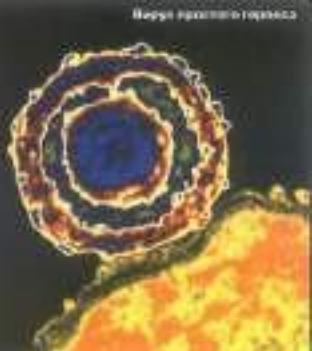




**вираженими клінічними
симптомами.**

**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**

атипові форми простого герпесу



абортивн

елефантіазоподіб

на
геморагічна та
некротична

набряков

виразковий
герпес геніталій

зостеріформ

хронічний шкірний
простий герпес

дисеминова

мігруюча

рупіюїдна
форма

а

а

на

на

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





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
імуномодельючих препаратів: тактивін, тималін,
декаріс, нуклеїнат натрію; адаптогенів рослинного
походження. Також призначають вітаміни (В₁, В₁₂,
аскорбінова кислота).



*Місцево застосовують
протівірусні препарати
(ацикловір, герпевір,
інтерферонова 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 локалізуються на будь-якій ділянці шкірного покриву та слизових оболонок. Частіше - на тулубі у зоні міжреберних нервів, по ходу гілочок трійничного нерву, на кінцівках, голові, обличчі..



клінічні форми **оперезуючого герпесу**

абортивн

а

**виразково –
некротична**

генералізова

на

офтальмогерп

гангреноз

на





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

Бородавки (папіломовірусна інфекція) –

характеризуються появою епідермальних гіперкератотичних папул з папіломатозною реакцією дерми незапального характеру у результаті патогенної дії вірусів папіломи людини. Розрізняють віруси папіломи людини

I, II, III типу.

звичайні



плоскі



підшвенні

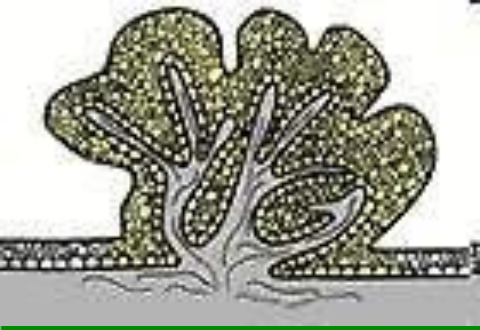


**ниткоподібні
(ворсинчасті)**



Лікування. Застосовують вітамінотерапію, імуностимулятори. Місцево призначають цитотоксичні препарати (подофілін, 5 – фторурацил, конділін, колхамінова мазь); припікаючи засоби (солкодерм, ферезол, ляпіс, 5 - 10 % трихлороцтова кислота, 40 % саліцилова кислота); противовірусні препарти (5 % теброфенова мазь, 3-5% оксолінова мазь); деструктивну терапію (кріотерапія рідким азотом, електрокоагуляція, вуглекислотний лазер, кюретаж),

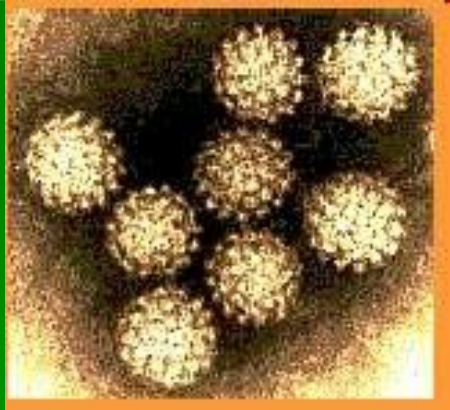




Гострокінцеві кондиломи (гострокінцеві або генітальні бородавки) –

вогнищеві або чисельні
пухлиноподібні сосочкові
шкірно – слизові
розростання, що
розташовуються на вологих
місцях, особливо при
переході слизової оболонки
в шкіру (геніталії, слизова
оболонка уретри і прямої
кишки, перианальна

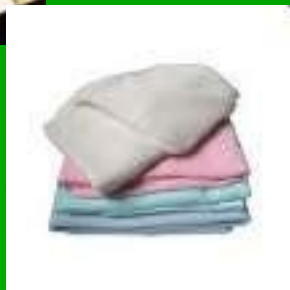




Збудник про онкогенний ДНК – вміщуючий вірус папіломи людини VI та XI типів.



Зараження відбувається при
статевому контакті та через
інфіковані предмети побуту.



Факторами ризику є
недотримання особистої гігієни,
вологість та мацерація шкіри,
виділення з геніталій,
травматизація, імунодефіцитні
стани, захворювання сечостатевих
органів.

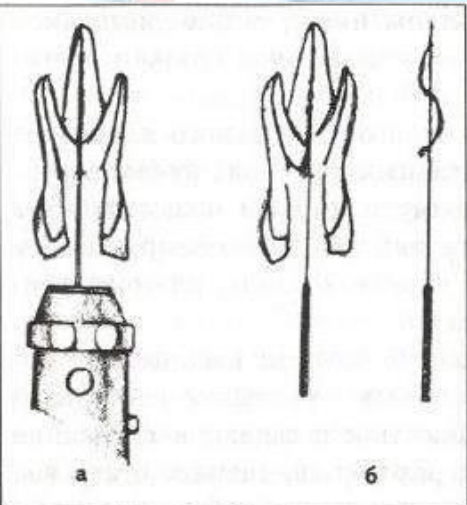
Клініка. Захворювання починається з появи дрібних вузликів рожевого або сіро – червоного кольору, кількість яких поступово збільшується та сосочкові висипання зливаються між собою, з утворенням обширних вегетацій у формі півнячого гребеня або кольорової капусти. Мають основу у вигляді ніжки та долькову будову, при постійному механічному подразненні шкіра навколо висипів може червоніти та мокнути, виділяючи гній з неприємним запахом.



Лікування.

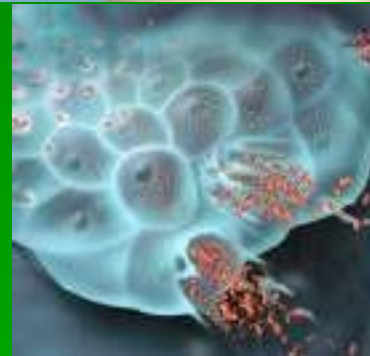
Рекомендують присипки з резорцином та дерматолом, ефективно застосування подофіліну, ферезолу, солкодерму, кондиліну.

Можливе змащування 20 % розчином ляпісу, 0,5 % колхаміновою, ріодоксоловою, теброфеновою, бонафтоною, оксоліновою мазями. Можливе застосування діаиермокоагуляції, кріотерапії рідким азотом, кюретажу та лазеротерапії. При крупних утвореннях застосовують хірургічне видалення кондиллом.



Контагіозний молюск

— доброякісне вірусне захворювання шкіри та слизових оболонок у вигляді напівкулястих вузликів розміром до 0,5 см з пупковидним вдавленням у центрі. Хворіють переважно діти.



Збудник ДНК - вміщуючий вірус групи віспи.

Зараження відбувається при прямому контакті з хворою людиною, через інфіковані предмети побуту, при статевому контакті.





Клініка. Інубаційний період від 2 тижнів до 3 - 6 місяців. У місцях інокуляції вірусу виникають округлі сплющені вузлики з гладкою блискучою поверхнею, білуватого або жовтуватого – рожевого кольору з пупковидним вдавленням у центрі розміром близько 0,1 см, поступово вони збільшуються до 0,5 см. При натискуванні пінцетом на папули із пупковидного вдавлення виділяється крихтоподібна маса білуватого кольору, що складається з рогових клітин, жиру та молюскових тілець.

атипові форми контагіозного МОЛЮСКУ

гігантські



рогові

кистозні

виразкові



фурункуло-,
міліа-,
акне-
бородавкоподібні

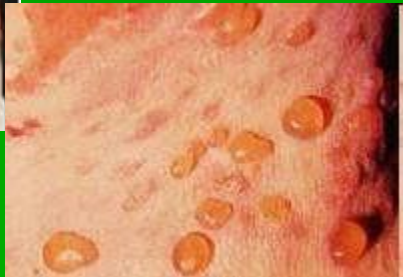
Пузирні дерматози – група дерматозів, при яких єдиним або визначаючим первинним морфологічним елементом

висипки являється **пузир**.

*справжня
пухирчатка*



*доброякісна сімейна
хронічна пухирчатка*



пемфігоїд



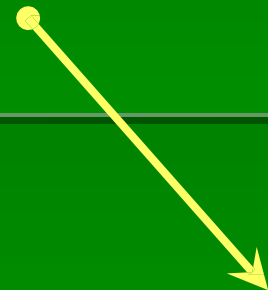
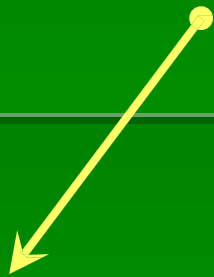
*герпетиформний
дерматоз Дюринга*



Справжня (акантолітична) пухирчатка — хронічний аутоімунний дерматоз, який характеризується утворенням внутрішньоепідермальних пухирів у результаті акантолізу, схильних до злиття та розповсюдження на весь шкірний покрив.

Захворювання частіше буває у осіб віком **40 — 60** років, переважно жінок. Процес супроводжується порушенням загального стану хворих, до застосування кортикостероїдної терапії закінчувався летально.

Справжня (акантолітична) пухирчатка



звичайна



вегетуюча



листовидна



себореїна





Звичайна пухирчатка — зустрічається найчастіше. Іноді процес починається з ураження шкіри. Висипка локалізується на шкірі тулуба, кінцівок. Виникають невеликі пухирі, спочатку поодинокі, потім їх кількість зростає.



Вони збільшуються у розмірах до 3 – 4 см і більше у діаметрі, зливаються між собою і утворюють крупні фестончаті вогнища.

Вміст пухирів прозорий, через 2 – 3 дні – мутніє.

Симптом Асбо – Хансена - при натискуванні на пупир пальцем або предметним склом спостерігається збільшення пупира по площі за рахунок подальшого відшарування епідермісу пупирною рідиною.

Феномен “груші” - під вагою рідини у пупирі, при виражених явищах акантолізу, площа основи його збільшується і пупир набуває грушовидної форми

симптом Нікольського

I ступеню

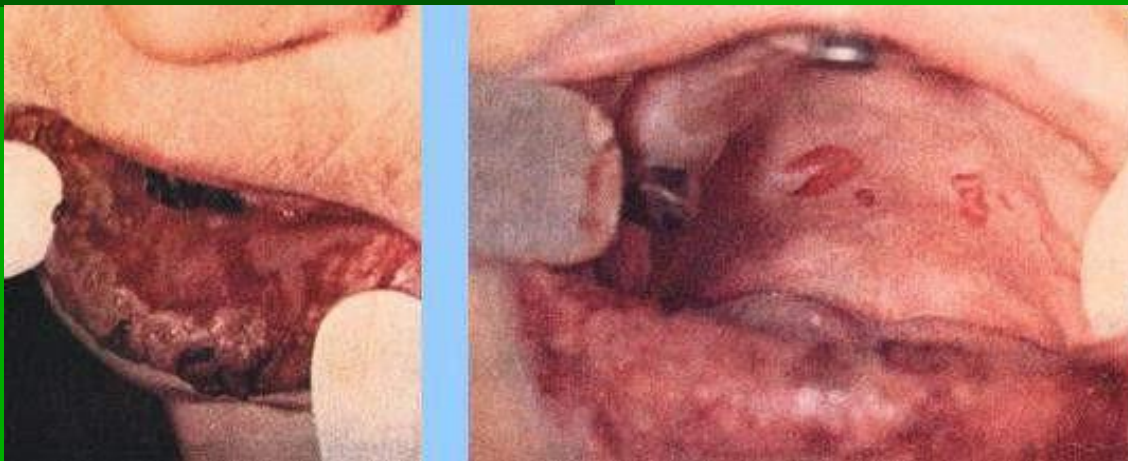
По периферії ерозій залишаються обривки покривки пупиря, якщо потянути за неї, то епідерміс буде відшаровуватись і на видимо здорову шкіру



II та III ступеню

При потиранні шкіри між двома пупирями та на віддалених ділянках від висипів, відбувається теж відшарування епідермісу

Клініка: часто процес починається з ураження слизової оболонки рота та залишається ізольованим протягом декількох місяців. На слизовій оболонці рота пузирі переважно локалізуються на щоках, особливо в ретромаллярній ділянці, на боковій поверхні язика, у під'язичній ділянці, на піднебінні. Покришка пупирів тонка та швидко перетворюється на ерозії яскраво – червоного кольору з обривками епітелію по периферії (виявляється симптом Нікольського). Пузирі та ерозії можуть виникати на червоній окрайці губ, у кутах рота, на підборідді. Часто ці висипи зливаються і чітка межа між червоною окрайкою та губами зникає. При розповсюдженні процесу можливе ураження усієї слизової оболонки

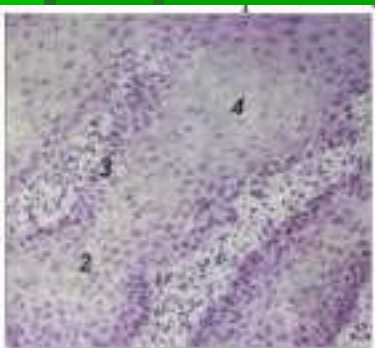




ДІАГНОЗ базується на підставі клінічної картини, наявності позитивного симптому Нікольського та додаткових методів дослідження.

Проводять гістологічні, цитологічні, електронно - мікроскопічні, імуноморфологічні дослідження, імунохімічний аналіз.

Важливим діагностичним критерієм пухирчатки є виявлення **акантолітичних клітин** при цитологічному дослідженні мазків - відбитків з дна ерозій.





Веgetуюча пухирчатка – характеризується появою пухирів, частіше на слизовій оболонці рота, переважно у місцях переходу її у шкіру. Має більш доброякісний перебіг. Одночасно з ураженням слизової оболонки або дещо пізніше на шкірі у пахово - стегнових, міжсідничних, пахвинних складках, під молочними залозами, у ділянці пупа з'являються дрібні пухирі, покривки яких швидко розкривається та оголюються яскраво - червоні ерозії. Вони збільшуються у розмірах та вкриваються сочними вегетаціями яскраво - червоного кольору, з неприємним запахом, м'якої консистенції, поверхня яких покрита сіруватим нальотом. Ерозії зливаються між собою і утворюють округлі вегетуючі бляшки до 5 – 10 см у діаметрі, по периферії яких часто містяться пустули. На слизовій оболонці рота у зоні ерозій виникають розростання, що нагадують сосочкові грануляції. Симптом Нікольського позитивний лише поряд з вогнищами ураження.



Листовидна (ексфоліативна) пухирчатка –

проявляється появою еритематозно - сквамозних змін на шкірі обличчя, волосистій частині голови, грудях та верхній частині спини.

На їхньому фоні виникають в'ялі плоскі пузирі з тонкою покришкою невеликих розмірів.

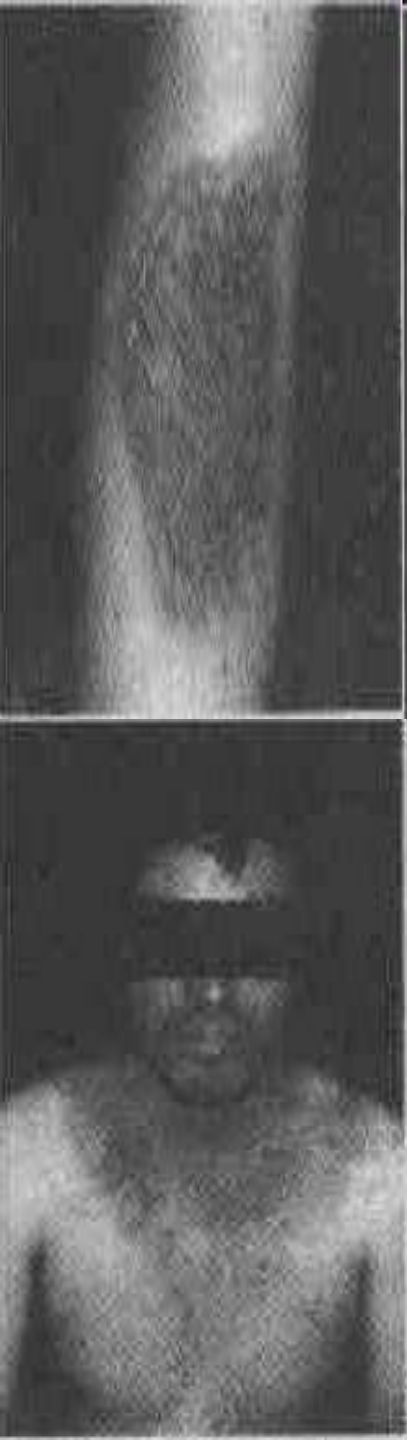
Пузирі швидко розкриваються з оголенням соковитих, яскраво – рожевих ерозій з серозним відділяємим, яке зсихається та утворює пластинчаті лусочко – кірки. Кірки не відходять, так як під ними продовжує відділятися ексудат, іноді утворюються поверхневі пузирі на місці попередніх ерозій, що призводить до утворення нового шару кірок, які набувають вигляду листка паперу. Слизові оболонки при листовидній пухирчатці не уражуються. Симптом Нікольського виражений поблизу висипів та на віддалених ділянках шкірного покриву.



Себорейна (еритематозна) пухирчатка — починається часто з ураження шкіри обличчя або волосистої частини голови з послідуєчим розповсюдженням на груди, міжлопаткову ділянку, великі складки та інші ділянки шкірного покриву. Висипи виникають у вигляді рожево - червоних округлих вогнищ з чіткими межами, діаметром від 2 до 5 см. Їхня поверхність вкрита рихлими сіруватими лусочками, на якій з'являються дряблі пузирі з тонкою покришкою. Вони швидко розкриваються, їх ексудат зсихається з утворенням кіркових нашарувань. Симптом Нікольського позитивний або частіше слабопозитивний, краєвий. Поряд з бляшками можуть утворюватись папулоподібні елементи, плямисті елементи з жирними лусочками.



Лікування. Харчування хворих на пухирчатку передбачає дієту з переважанням продуктів, які містять велику кількість білків та вітамінів (м'ясо, риба, яйця, молочні продукти). Необхідно обмежити прийом жирів, вуглеводів та повареної солі. Основним засобом лікування хворих у наш час є глюкокортикоїди. Важливе значення має підбір початкової максимальної дози, тривалість її застосування та зниження з підбором підтримуючої дози (преднізолон - приблизно 60 – 80 (іноді до 120) мг/ добу – максимальна початкова доза, протягом 3 - 6 тижнів, із повільним зниженням до підтримуючої дози близько 5 - 10 мг/ добу, у комбінації з дипроспаном – 1 - 2 мл в/м 1 раз у 10 днів). Підтримуючу кортикостероїдну терапію необхідно проводити роками навіть при розвитку ускладнень. Протягом тривалого часу хворим також необхідно призначати: вітаміни групи В, аскорбінову кислоту, рутин, препарати калію та кальцію, імуностимулятори, анаболічні гормони (ретаболіл або нероболіл 1 раз у 2 – 3 тижні), антибіотики широкого спектру дії, препарати золота (тимолан натрію), сульфонові препарати (циклоспорин А).



Доброякісна сімейна хронічна пухирчатка (хвороба Гужеро – Хейлі – Хейлі) – дерматоз, який має спадковий характер, та відмічається хронічним періодично рецидивуючим перебігом та задовільним загальним станом хворих.

Патологічний процес, як правило, локалізується на місцях природніх складок: пахових, стегнових, міжсідничних, пахвинних, під молочними залозами, іноді на боковій поверхні шиї, внутрішній поверхні стегон, статевих органах. Пузирі виникають на дещо гіперемійованому фоні. Вони невеликих розмірів, заповнені серозним умістом, мають тонку покривку, яка швидко розкривається з утворенням ерозій та серозно – гнійних кірок. Пузирі можуть зливатися й утворювати ерозивні бляшки з чіткими поліциклічними межами, укриті жовтуватими кірками. По периферії вогнища можуть бути в'ялі пузирі та дрібні поодинокі ерозії з обривками покривок. Поверхня вогнищ мацерована та покрита звивистими тріщинами, що нагадують звивини мозку.

Лікування. На початковому етапі застосовують напівсинтетичні антибіотики, протягом 10 – 12 днів. Поряд з цим призначають вітамін В₆, Е, аскорбінову кислоту, препарати кальцію, антигістамінні засоби. У тяжких випадках застосовують кортикостероїди (30 – 40 мг/добу коротким курсом – 2 - 3 тижні). Місцево призначають дезинфікуючі, бактеріостатичні препарати, креми та аерозолі з кортикостероїдами. Можливе застосування малих доз рентгенівських променів.



Пемфігоїд (неакантолітична пухирчатка)

– група дерматозів з відносно доброякісним перебігом, при яких не спостерігається

явище акантолізу.

бульозний



рубцюючий



*доброякісна
неакантолітина
пухирчатка лише
порожнини рота*





Пемфігоїд бульозний (пухирчатка хронічна доброякісна, пемфігоїд Левера) – доброякісне хронічне захворювання, для якого характерне утворення субепідермальних пухирів без ознак акантолізу. Етіологія та патогенез вважаються нез'ясованими, але допускається вірогідність аутоімунних механізмів. Висипи локалізуються переважно на шкірі тулуба та кінцівок (особливо у пахових складках, на нижній частині живота, згинальних поверхнях верхніх кінцівок). На еритематозному фоні утворюються поодинокі або множинні крупні напружені пухирі, з прозорим або геморагічним вмістом. Після розкривання пухирів оголюються ерозії, які не схильні до периферійного росту. Розрізняють декілька клінічних різновидів бульозного пемфігоїду: *локалізований* (висипи локалізуються переважно на нижніх кінцівках), *везикулярний* (пухирі дрібні, розташовані герпетично) та *вегетуючий* (на дні ерозивних ділянок утворюються верукозні розростання).

Герпетиформний дерматоз

Дюринга – хронічне рецидивуюче захворювання, яке характеризується появою сверблячих дрібних пухирців, папул та пухирів, які мають схильність до згрупування. Хворіють частіше чоловіки у віці 30 – 40 років, іноді зустрічається у дітей. Вважається, що підвищена чутливість до глютену злаків та галоїдів, нейроендокринні порушення, вагітність, менопауза, наявність інфекцій є факторами, які сприяють виникненню дерматоза



Рис. 2. Герпетиформний дерматит Дюринга.



дрібнопузирний

крупнопузирний



Лікування. Виключення з раціону продуктів злаків (рис, пшениця, просо та ін.) та продуктів з вмістом йоду (риба, морепродукти, морська капуста).



Призначають сільфонові препарати (ДДС, дапсон, авлосульфон) циклами до 200 мг /доб з 1 – 2 добовими перервами. Потім під контролем кількості еритроцитів знижують зі схемою. При важких випадках призначають гормональну терапію, десенсибілізуючі препарати, ентеросорбенти, антигістамінні препарати, вітаміни С, А, Е, Р, групи В, фолієвої кислоти.



Місцево застосовують протисвербіжні розчини, пасти, анілінові барвники, кортикостероїди.



Дискусійні питання:

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