

**пузырные и
вирусные
заболевания кожи**

Пузырные дерматозы

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Истинная (акантолитическая) пузырьчатка

1. Вульгарная пузырьчатка
2. Вегетирующая пузырьчатка
3. Листовидная пузырьчатка
4. Эритематозная пузырьчатка
5. Бразильская пузырьчатка

2. Доброкачественная семейная хроническая пузырьчатка

Гужеро –Хейли – Хейли

3. Транзиторный акантолитический дерматоз Гровера

4. Пемфигоид (неакантолитическая пузырьчатка)

1. Буллезный пемфигоид Левера
2. Рубцующийся пемфигоид
3. Доброкачественная неакантолитическая пузырьчатка только полости рта Шеклакова

5. Герпетиформные дерматозы

1. Герпетиформный дерматоз Дюринга
2. Субкорнеальный пустулез
3. Герпес беременных

Этиология и патогенез акантолитической пузырьчатки

1. Теория задержки хлоридов

2. Теория токсического происхождения

- а) Ингибирует семена *Lupinus albus*, б) Куриные эмбрионы)
- в) воздействия химических факторов.

3. Теория цитологических аномалий (атипичный рост)

4. Эндокринная теория

- а) Менопауза, беременность, роды, б) Кора надпочечников

Этиология и патогенез акантолитической пузырчатки

5. Теория неврогенного происхождения

- а) Изменения в головном и спинном мозге б)
Трофневроз
- в) Спинной мозг – трофические нарушения) г)
Кахексия
- д) На вскрытии – токсическая энцефалопатия

6. Теория энзимного происхождения

- а) Накопление протеолитических ферментов, б)
Растворяют тонофибриллы,
- в) Фильтрат больных колитом – акантолизис,
- г) При действии на кожу трипсином, хемотрипсином
папаина – появляется пузырь

Этиология и патогенез акантолитической пузырьчатки

7. Теория аутоиммунного происхождения

(Непрямая иммунофлюоресценция – антитела к IgG и межклеточной субстанции, увеличение ДНК – в ядрах – аутоагрессия). Диагностический тест.

8. Теория бактериального происхождения

9. Теория вирусного происхождения

(Тонические судороги и энцефаломиелит – от сыворотки крови больных. Выделение вирусов, цитопатогенный эффект по серореакции – отрицательный)

ПАТОГЕНЕЗ

- Образование антител к межклеточному склеивающему веществу под влиянием антигенной стимуляции этого вещества
- Фиксация комплекса антиген-антитело в межклеточном веществе, что вызывает разрушение десмосом эпидермоцитов или эпителия слизистых оболочек
- Потеря способности клеток к сцеплению друг с другом, т. е. развития акантолиза.

фазовость течения истинной пузырчатки.

1 фаза – начальная - характеризуется появлением: одиночных или множественных пузырей небольших размеров. Пузыри существуют несколько дней, **затем:**

а) если покрышки пузырей разрушаются, то образуются эрозии которые быстро эпителизируются не оставляя пигментаций

б) если экссудат рассасывается то покрышки спавшихся пузырей ссыхаются в тонкие корочки, при их отторжении остаются гиперемизированные участки.

Симптом Никольского чаще отрицательный, если положительный то в непосредственной

близости от очага. Общее состояние больных не нарушается.

Длительность первой фазы- от нескольких дней до одного года.

2 фаза – генерализации - характеризуется появлением более крупных множественных пузырей. Образующиеся эрозии сливаются друг с другом и за счет акантолиза могут увеличиваться по периферии. При слиянии эрозий образуются обширные участки, лишенные верхних слоев эпидермиса.

Поверхность очагов покрыта фибринозным налетом или рыхлыми толстыми корками, при отторжении которых, возникает незначительное кровотечение.

Феномен Никольского легко вызывается во всех трех вариантах.

Общее состояние больных резко ухудшается

3 фаза – эпителизации – в этой фазе, новые одиночные пузыри не достигают значительных размеров, а образующиеся эрозии быстро эпителизируются.

Общее состояние больных улучшается. Феномен Никольского положительный или

ДИАГНОСТИКА

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

Симптом Асбое-Ганзена

Симптом Шеклакова

Симптом Никольского --- может наблюдаться в трех вариантах

ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

1. Исследование на акантолитические клетки

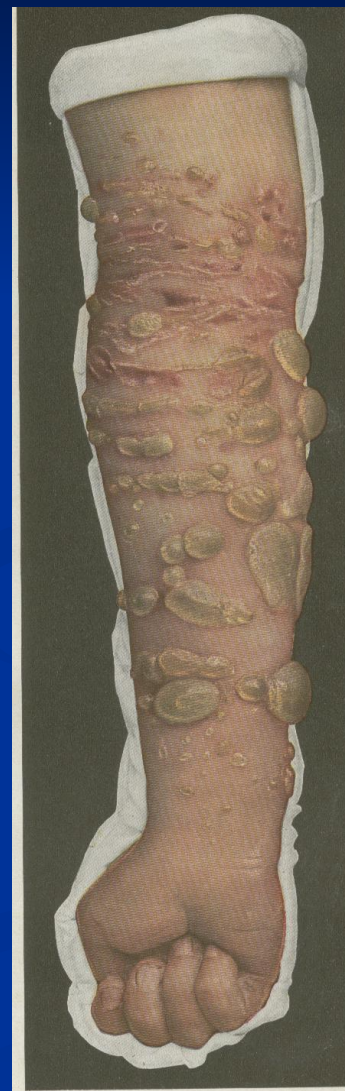
Диагностические критерии для акантолитических клеток:

- а) размеры (А.К) меньше нормальных эпидермоцитов, а ядра в несколько раз больше ядер нормальных клеток.
- б) ядра акантолитических клеток интенсивно воспринимают окраску
- в) в увеличенном ядре наблюдается 2-3 крупных ядрышка
- г) цитоплазма клеток резко базофильна, окрашивается неравномерно
- в) акантолитические клетки могут содержать несколько ядер

2. Серологические исследования. РИФ.

- а) Прямая РИФ позволяет определить отложения иммунных комплексов, содержащих IgG в области оболочек шиповатых клеток и цементирующего вещества между ними.
- б) Непрямая РИФ позволяет определить циркулирующие IgG, имеющие сродство к этим компонентам эпителия.

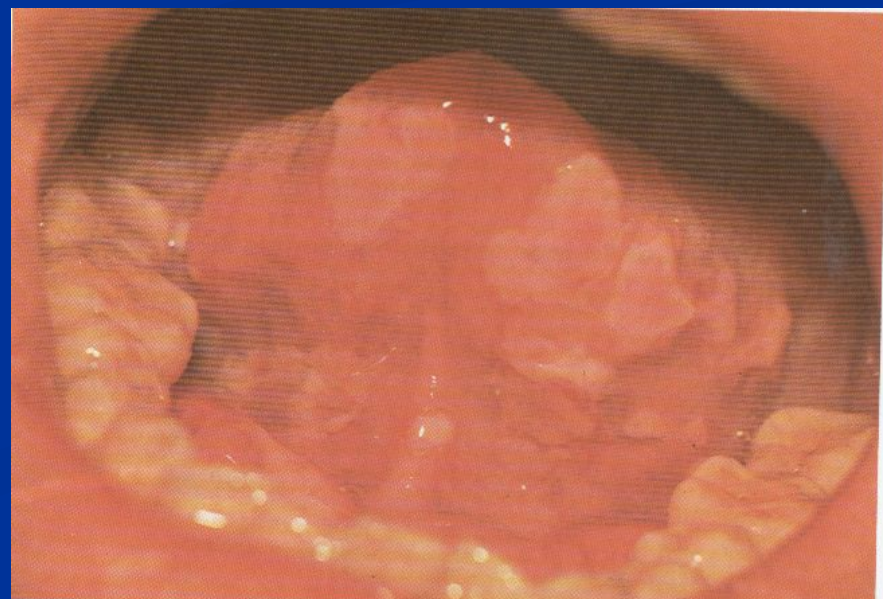
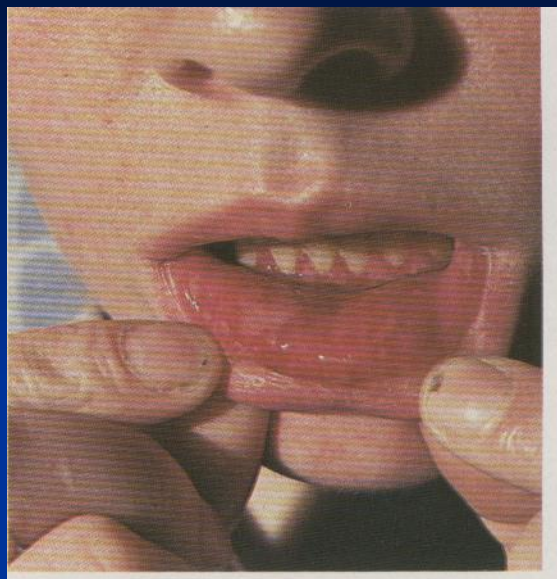
Вульгарная пузырьчатка (51-62%)



Вульгарная пузырьчатка



Вульгарная пузырьчатка поражение слизистых



вульгарная пузырчатка



Больная Н. 47 лет болет 4 месяца

вульгарная пузырьчатка



Больная Н. 47 лет болет 4 месяца

Вегетирующая пузырьчатка

1886 г. Нейман



Эритематозная синдром Синер-Ашена в 1926 г.



ЛЕЧЕНИЕ

стационарное

этапное

диспансеризация

1. Кортикостероидные препараты
2. Анаболические стероиды
3. Препараты кальция
4. Витамины А, С, В
5. Аутогемотерапия
6. Цитостатики
7. Детоксикационные методы
8. Антибиотики при присоединении вторичной инфекции
9. Наружная терапия

КОРТИКОСТЕРОИДЫ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Эквивалентные дозы

Кортизон – 25 мг

Гидрокортизон – 20 мг

Преднизолон – 5 мг

Преднизон – 5 мг

Триамцининолон – 4 мг

Метипред – 4 мг

Метилпреднизолон – 4 мг

Урбазон – 4 мг

Дексаметазон – 0,5мг

КОРТИКОСТЕРОИДЫ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Абсолютные противопоказания.

Диабет с ацидозом.

Психические заболевания.

Вирусные болезни.

Врожденная чувствительность макроорганизма к глюкокортикоидам.

Осложнения

Гипокалиемия

Задержка Na

Гипокальциемия.

Нарушение белкового обмена

Диабетогенное

Ульцерогенное

Повышенная свертываемость крови.

Заболевания ЦНС

Стимуляция инфекцией

Пневмония гипостатическая

Атрофия коры надпочечников

Доброкачественная семейная пузырчатка

Гужеро Хейли-Хейли



Неакантолитическая пузырчатка (пемфигоид)



буллезный пемфигоид

Неакантолитическая пузырчатка (пемфигоид)



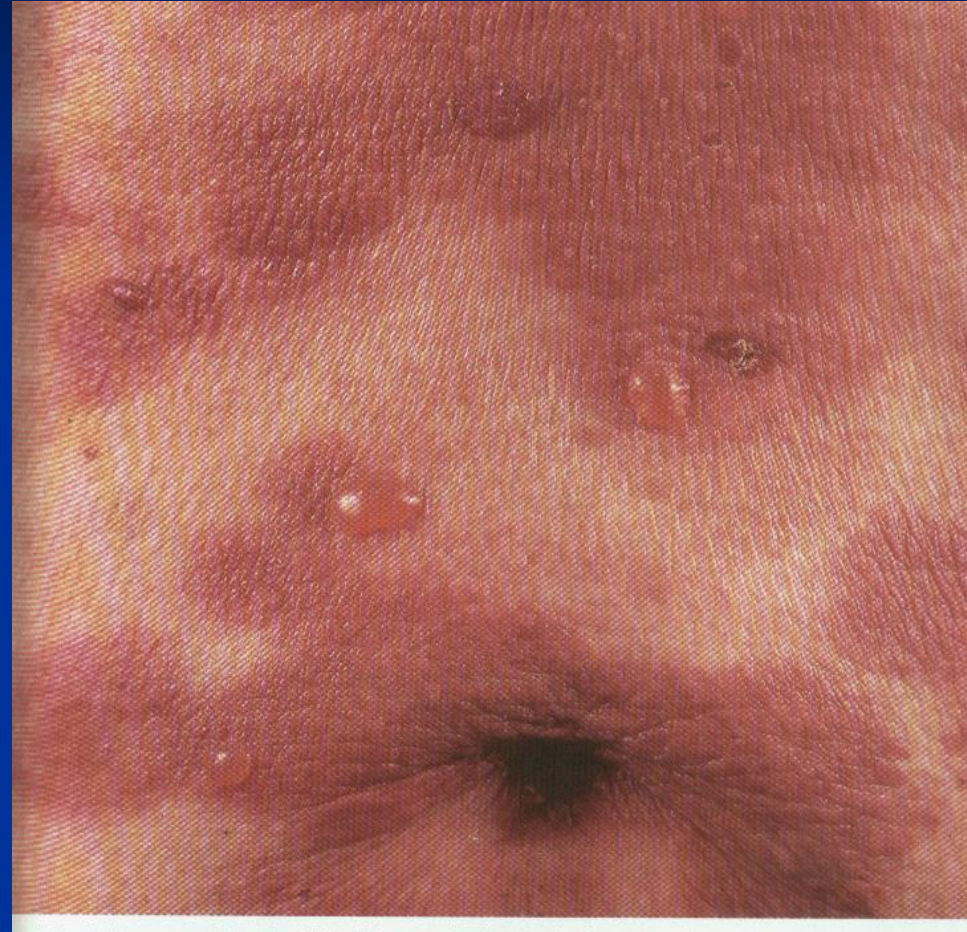
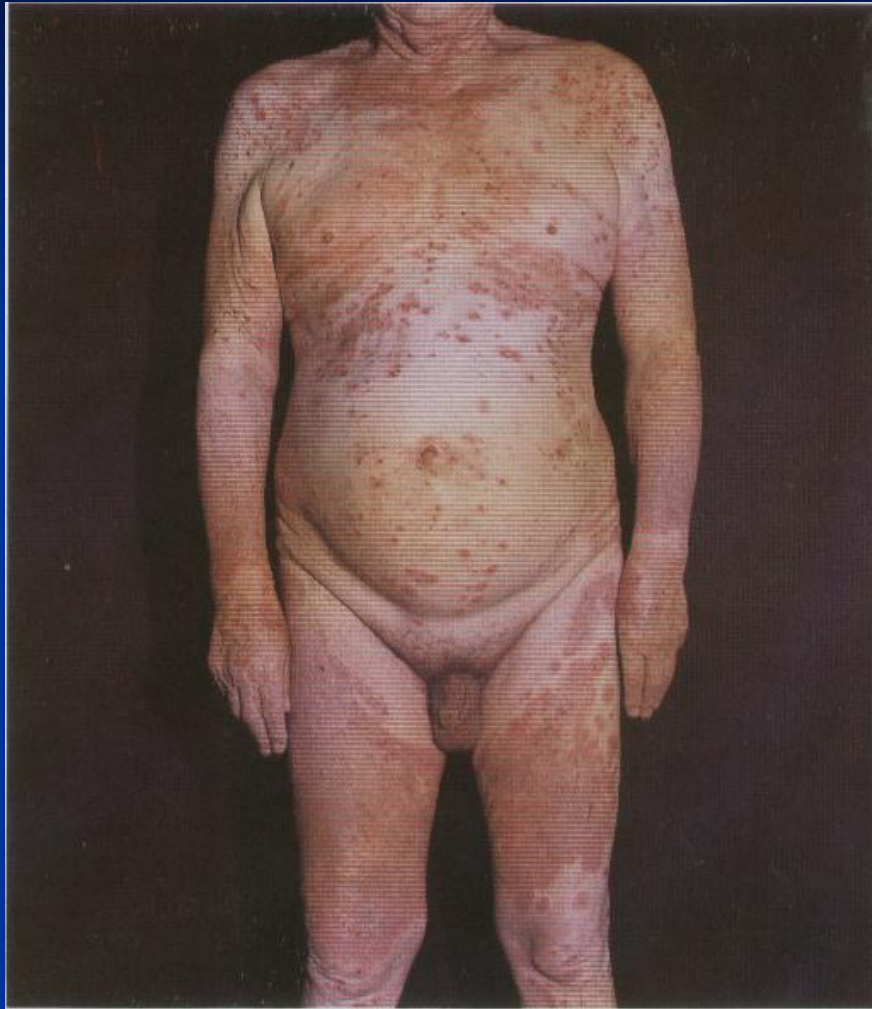
пемфигоид

Неакантолитическая пузырчатка (пемфигоид)



буллезный пемфигоид

Неакантолитическая пузырчатка (пемфигоид)



пемфигоид

Герпетиформный дерматоз Дюринга (1884)

ЭТИОЛОГИЯ

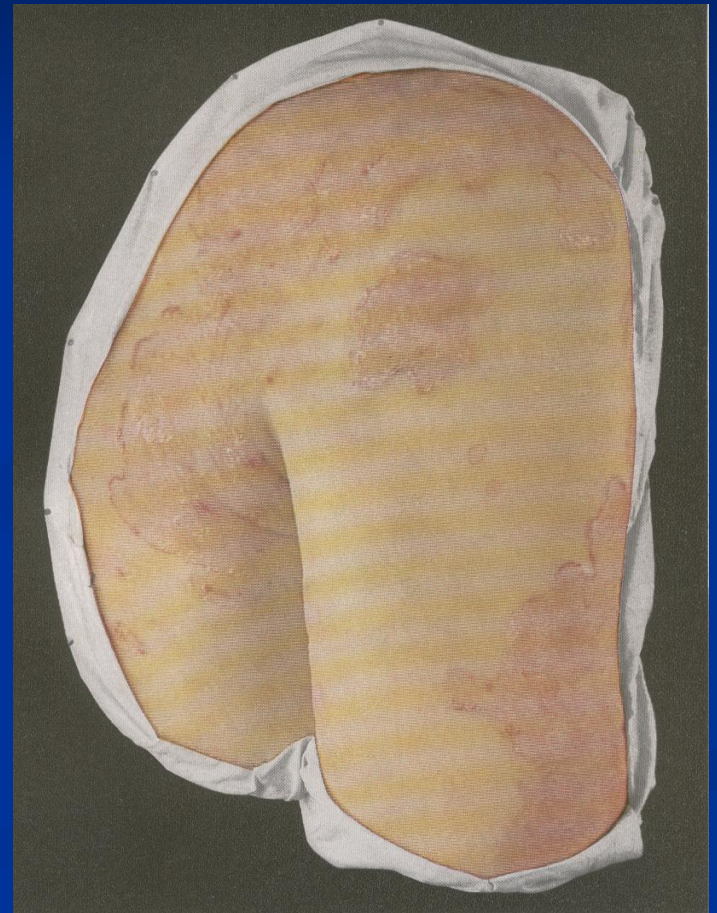
- Неврогенная
- Гематологическая
- Аллерготоксическая
- Эндокринная
- Инфекционная
- Аутоиммунного происхождения

Патогенез

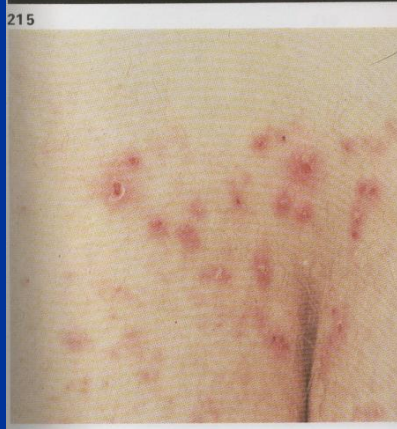
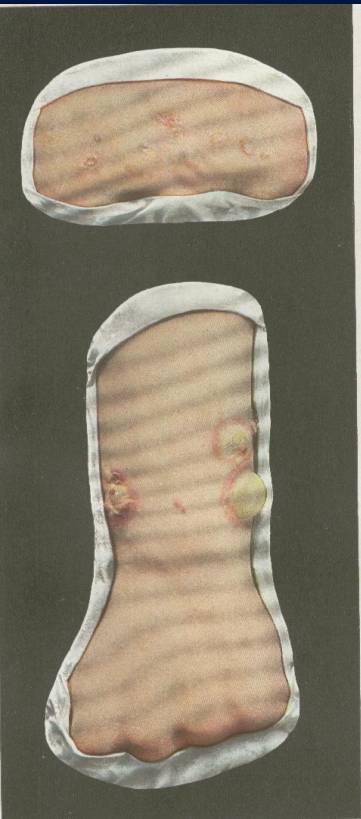
- В сосочках отложение Ig A
- Атрофия ворсинок тощей кишки
- Идиопатическая стеаторея
(целиакия)

дерматоз Дюринга

Клиника – полиморфная сыпь
(пузыри, пузырьки, эритема)



дерматоз Дюринга



**волнообразное течение, зуд,
жжение кожи!!!**

дерматоз Дюринга



Не страдает общее состояние.

Высокий уровень эозинофилов в крови и
содержимом пузырей

Высокая чувствительность к галоидам (KI)

Гистология и РИФ – пузырь в области базальной
мембраны (подэпителиальный пузырь)

Лечение

Сульфоны (ДДС, дапсон и др.) они тормозят действие
лизосомальных энзимов

Кортикостероиды

Иммуносупрессивные препараты

Диета с использованием соли, растительного белка

Вирусные дерматозы

- Бородавки
 - вульгарные
 - плоские
 - подошвенные
 - юношеские
 - кондиломы
- Герпесы
 - герпес простой
 - опоясывающий лишай
- Контагиозный моллюск

Вирусные дерматозы

Бородавки

**возбудитель – папиллома-вирус человеческий
нескольких типов**



Передача – прямой и непрямой контакт

Обыкновенные

– невоспалительные дермальные папулы, с четкими границами, цвета нормальной кожи с шероховатой поверхностью, гиперкератоз, трещины, иногда сливаются. Локализация – кисти, стопы, околоногтевые зоны.

Дифференциальный диагноз: бородавчатый туберкулез кожи



Плоские – чаще дети, локализация – лицо, кисти, грудь, шея, папулы желтовато-розового цвета, иногда светло-коричневые, плоские, круглые или полигональные, поверхность гладкая, множественные, иногда группируются, возможна изоморфная реакция, зуд.

Дифференциальный диагноз: красный плоский лишай.



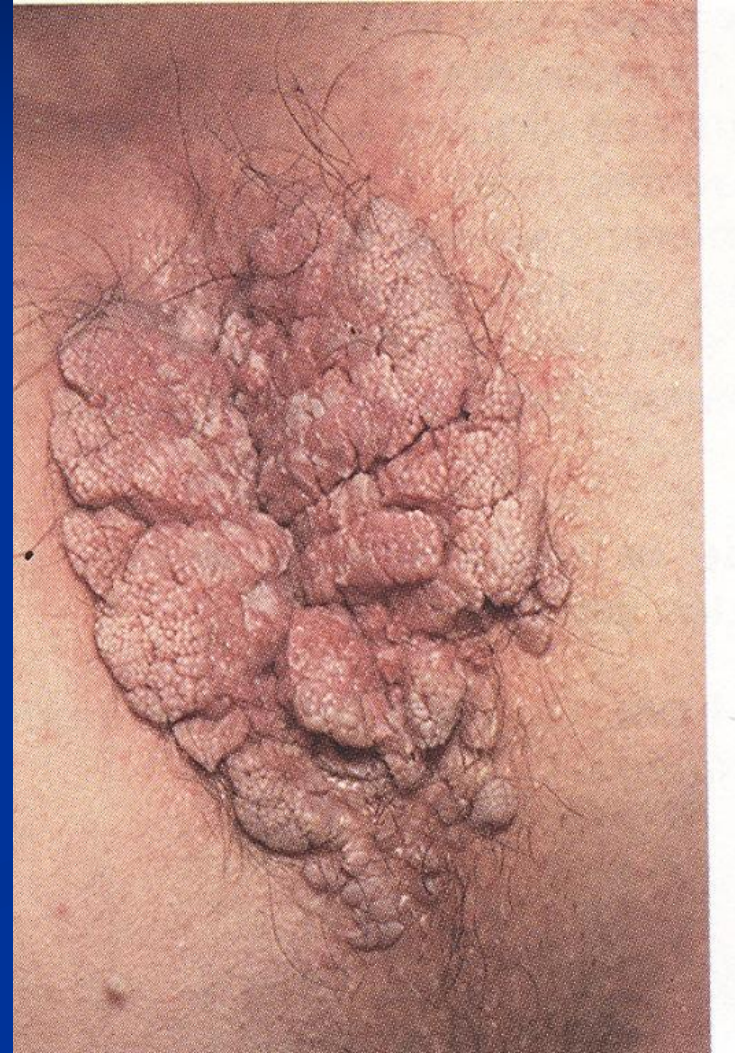
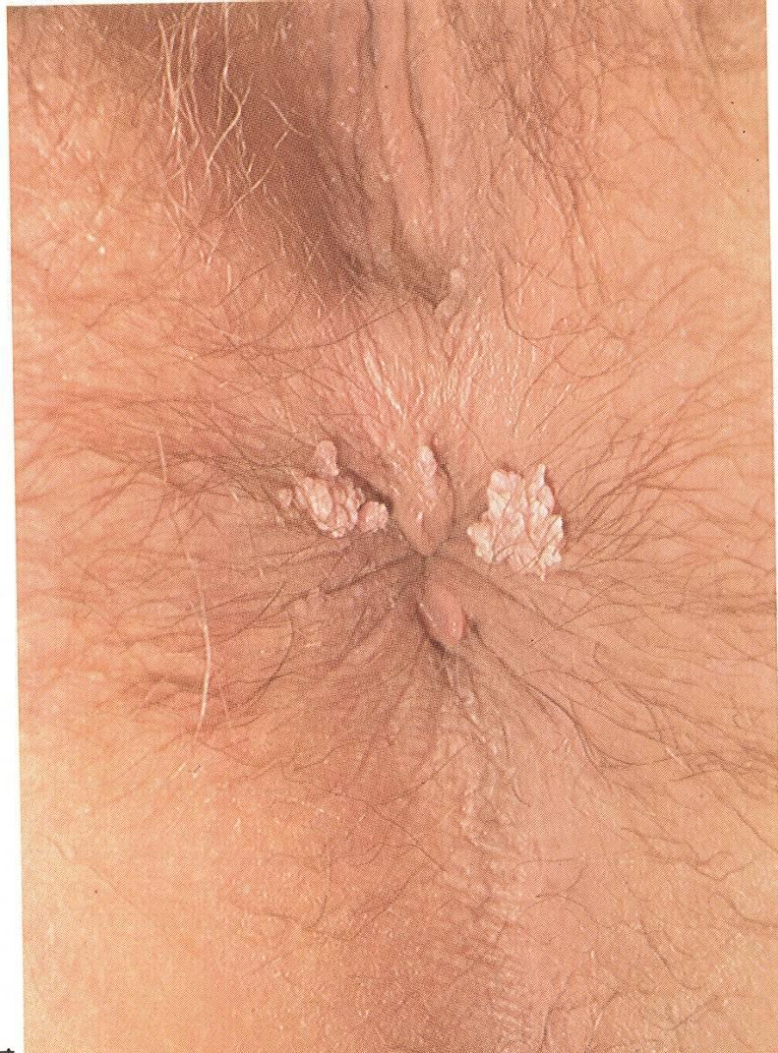
Подошвенные

– плоские, плотные, желтовато-бурого цвета, с гиперкератозом, с четкими границами, одиночные или множественные, размером от 2-3 мм до 2 см, иногда с углублением в центре, болезненные при ходьбе.
Дифференциальный диагноз: омозолелости.



Нитеподобные

– тонкие, нежные, остроконечные, телесного цвета, с ороговевшим кончиком, локализация - лицо, шея, туловище



Лечение бородавок:

Гипносуггестивная терапия, криотерапия, смазывание фerezолом, соком чистотела, колломак, электрокоагуляция, лазеротерапия. Новокаин в инъекциях и электрофорез, оксид магния внутрь. Мази: теброфеновая, оксалиновая, салициловая, фторурациловая, солкодерм, раствор подофилина.

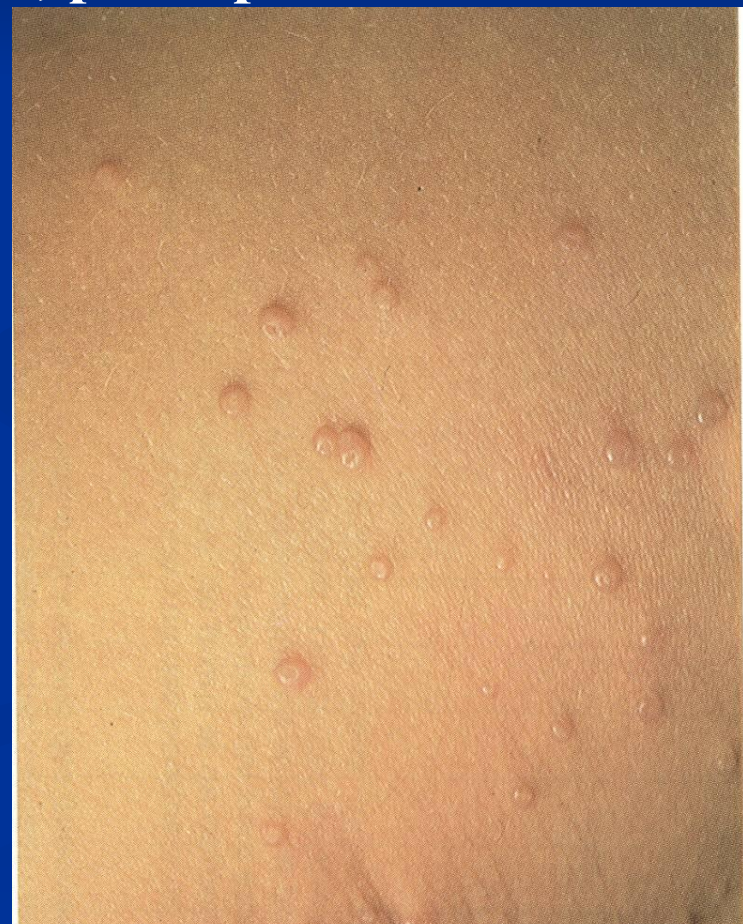
Контагиозный моллюск

Возбудитель моллюсковirus человеческий

Локализация – лицо, половые органы, промежность, живот, лобок, бедро.



Клиника: небольшие полусферические папулы телесного цвета с воскоподобным оттенком или желто-розовые, полупрозрачные, поверхность блестящая. В центре – пупкообразное вдавление. При сдавливании папулы пинцетом выделяется сыроподобная масса белого цвета. Бывают одиночные, множественные, размером от 5-7 мм до 2-3 см.



**Дифференциальный диагноз:
бородавки, базалиома, кератоакантома, меланома.**

Лечение:

**разрушение пинцетом, р-р йода, криотерапия,
кюретаж, ферезол, сок чеснока, крем «Ретин-А»,
гризеофульвин, доксициклин, бисептол.**

Простой герпес кожи

Возбудитель – герпесвирус человеческий I и II типа.

Пути передачи: контакт, слюна, медицинские манипуляции, роды



Клиника:

продромальные явления, локализация – губы, лицо, ягодицы, появляется эритема, отек, потом – пузырьки с прозрачным содержимым, жжение, покалывание, зуд.

После вскрытия пузырьков - болезненные эрозии, сливаются, образуя очаги с фестончатыми краями, лимфаденит, потом – корочки и эпителизация через –7-10 дней.





Атипичные формы

- Abortивная
- Отечная
- Геморрагическая
- Язвенная
- Некротическая
- Рупиоидная
- Зостериформная
- Диссеминированная
- Герпетический папараций
- Генерализованная
- Персистирующая

Течение – склонна к рецидивам

**Диагностика- клиника, выделение вируса, РИФ,
титр антител**

Дифференциальный диагноз:

импетиго, дерматит, сифилис

Лечение

**противовирусные мази, внутрь зовиракс,
виroleкс, ганцикловир, фалевир, реаферон,
лаферон, циметидин, амизон.**

Опоясывающий лишай

Возбудитель – Varicella – zoster

Локализация – различная, могут сливаться.

Клиника – продромальные явления, асимметрично по ходу нервов – отек, гиперемия, везикулы, затем – эрозии



Атипичные формы

- Abortивный
- Пузырный
- Геморрагический
- Гангренозный
- Абдоминальный



Дифференциальный диагноз:

рожа, аллергический дерматит, импетиго, аппендицит, колика, стенокардия

Лечение

– ацикловир, интерферон, кортикостероиды,
анальгетики

Местно: мази с ацикловиром, фукоцин,
солкосерил, аэрозоли с кортикостероидами и
антибиотиками