

**Карагандинский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии**

**0 Дифференциальная диагностика
Эпидермофитии, руброфитии, кандидоза,
пуриго, буллезном дерматозе**

0

Выполнила: Койшибаева Н.К

0

6-106 ОМФ

0

Проверила: Беймбетова М.Р

0

Караганда 2017

Кандидоз вызывают дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Эти микроорганизмы входят в состав нормальной микрофлоры рта, влагалища и толстой кишки большинства здоровых людей. Заболевание обусловлено не просто наличием грибов рода *Candida*, а их размножением в большом количестве. Чаще всего кандидоз возникает при снижении общего и местного иммунитета.

Кандидоз – это заболевание кожи, ногтей и слизистых оболочек, иногда – внутренних органов, вызываемое дрожжеподобными грибами.

Классификация по МКБ

Код	Название
B37.0	Кандидозный стоматит
B37.1	Легочный кандидоз
B37.2	Кандидоз кожи и ногтей
B37.3 N77.1	Кандидоз вульвы и вагины
B37.4	Кандидоз других урогенитальных локализаций
B37.5 G02.1	Кандидозный менингит
B37.6 I39.8	Кандидозный эндокардит
B37.7	Кандидозная септицемия
B37.8	Кандидоз других локализаций
B37.9	Кандидоз неуточненный

- По клиническому течению различают:
- Острый кандидоз:
 - псевдомембранозный;
 - атрофический.
- Хронический кандидоз:
 - гиперпластический;
 - атрофический.
- По степени поражения:
- поверхностный;
- глубокий.
- По распространенности процесса:
- генерализованный (системный);
- очаговый.

Факторы, способствующие развитию кандидоза

прием антибиотиков широкого спектра действия;

ослабление общего иммунитета (из-за резкой смены климата, сильного эмоционального стресса);

беременность (особенно последние 3 месяца беременности);

сахарный диабет;

ВИЧ-инфекция.

Различают следующие разновидности кандидоза:

- 1) поверхностный кандидоз (рта, гениталий, кожи, ногтевых валиков и ногтей);
- 2) хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз детей и подростков;
- 3) хронический кожно-слизистый кандидоз;
- 4) висцеральный кандидоз (поражение различных внутренних органов и систем: кандидоз глотки, пищевода и кишечника, кандидоз бронхов и легких).

По локализации поражения различают:

- 1) кандидоз слизистых оболочек и кожи (кандидозный стоматит, кандидозный глоссит, кандидоз углов рта, кандидозный хейлит, кандидозный вульвовагинит, кандидозный баланопостит);
- 2) кандидоз кожи и ногтей (кандидоз больших складок, кандидозные паронихии и онихии).

Кандидоз крупных складок кожи
встречается чаще в детском возрасте,
сочетается с поражением слизистых.

Кожа паховых, бедренных,
межъягодичных, подмышечных складок
гиперемирована, границы четкие, на
поверхности дряблые серые пузыри;
после их вскрытия - гладкие, блестящие,
влажные поверхности эрозий.



Поверхностный кандидоз

- Кандидоз кожи: поражаются мелкие складки на коже конечностей.
- Кандидоз крупных складок или дрожжевая опрелость: инфекционный процесс распространяется в пахово-бедренных, межъягодичных складках, подмышечных впадинах, в области под молочными железами и в складках на животе у лиц, страдающих ожирением. Очаги кандидоза это резко отграниченные от здоровой кожи пятна с неправильными очертаниями ярко-красного цвета, на периферии которых расположенный белесоватый валик отслаивающегося рогового слоя кожи. Для кандидоза является характерным наличие на периферии большого очага множества мелких, дочерних очагов.
- Межпальцевые дрожжевые эрозии: встречается чаще у лиц, которые работают на консервных, плодоовощных и кондитерских производствах. Поражаются складки между 3 и 4 пальцами. Инфекционный процесс также захватывает боковые поверхности этих пальцев. Роговой слой кожи начинает набухать, становится перламутрового оттенка, а затем лопается, обнажая ярко-красную эрозивную поверхность. Больные отмечают резкую боль и зуд при малейших движениях пораженных пальцев.

- Кандидозный дерматит ладоней и подошв: резкое утолщение, огрубение и усиление поперечной исчерченности кожи ладоней и стоп. Цвет изменяется до коричневого.
- Кандидозный дерматит грудных детей и взрослых: на кожных покровах отмечаются очаги красноватого цвета, на периферии которых видны белесоватые границы эпидермиса. Установить причину такого типа кандидоза можно лишь при микроскопии клеток из очага поражения.
- Кандидозный баланопостит: характеризуется появлением на коже крайней плоти и на головке полового члена участков эрозий красного цвета и остатков слущенного эпидермиса на периферии. Процесс сопровождается сильным зудом.

Кандидоз слизистых оболочек

- Кандидоз слизистых оболочек полости рта: в начале заболевания на слизистой оболочке щек, деснах, языка, мягкого неба появляются мелкоточечные налеты белого цвета, слизистая постепенно начинает краснеть. По мере прогрессирования процесса мелкоточечный налет начинает сливаться между собой, образуя на поверхности слизистой белого цвета пленку, которая легко отслаивается при помощи шпателя. Затем налет приобретает грязно-серый цвет и прилегает к слизистой плотно.
- Кандидоз углов рта (кандидозный хейлит): процесс симметричный. В области углов рта на ярко-красном эрозивном фоне видны беловатые крошки или пленки, после снятия, которых появляются кровоточащие трещины. Кайма губ становится сухой, шероховатой.



0 Кандидозный вульвовагинит: субъективно больные женщины отмечают зуд и жжение во влагалище, не редко процесс сопровождается болезненным мочеиспусканием. При осмотре обращает на себя внимание резкая отечность и покраснение больших и малых половых губ, обильные творожистые выделения из влагалища. Кандидоз ногтевых валиков: поражаются только руки, чаще это 3 и 4 палец. Процесс начинается с ногтевого валика, эта область становится ярко красной, болезненной, при надавливании можно выдавить несколько капель гноя, затем процесс распространяется на боковые поверхности кожи вокруг ногтя. После поражается сам ноготь, он приобретает грязно-серый тусклый цвет, появляется поперечная исчерченность и бугристость, ноготь становится ломким.



Кандидоз слизистой оболочки языка и красной каймы губ



Экзематозный дерматит тыла стопы, вызванный грибами *Candida*



Поражение грибками рода *Candida* ногтей



Интертригинозный кандидоз межпальцевых складок на стопе

Кандидозный глоссит

0 При остром кандидозном глоссите обозначается бездушность, красочная гиперемия слизистой оболочки языка и напластование на ней типических бледных островчатых пленочек. При хроническом кандидозном глоссите в начале на боковой и нательной поверхности языка раскручивается водка или серовато-грязный наскок, а потом из-за атрофии сосочков создается «резиновый» язык с плавной, сырой, сияющей поверхностью алого краски.

0

Генерализованный (системный) кандидоз

Наиболее часто в процесс вовлекаются слизистые оболочки дыхательных путей, мочеполовых органов и желудочно-кишечного тракта. Характеризуется:

повышением температуры тела до 40 градусов;

тошнотой, рвотой;

болью в животе;

диареей;

кашлем;

болью в грудной клетке;

болью внизу живота;

нарушением мочеиспускания.

Процесс затяжной, характеризуется частыми и длительными рецидивами.

Диагностика Кандидоза

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Глюкоза крови.
- Биохимические исследования (общий и прямой билирубин, общий белок и его фракции, уровень трансаминаз – АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, тимоловая проба, мочевины, креатинин).
- Специфические методы обследования:
 - микроскопическое исследование кожи, крови, желудочного содержимого, ликвора, мочи, выделяемого из влагалища и обнаружение грибков из рода кандиды;
 - серологические исследования: реакция агглютинации (РА), реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), реакция непрямой гемагглютинации (РНГА), реакция агглютинации латекса (РАЛ) – только для кандидозного вульвовагинита.
 - культурологическое исследование – выделение вида возбудителя по морфологическим признакам, выращивая его на питательных средах:

Лечение Кандидоза

- Лечение Кандидоза
- При поверхностных поражениях кожи и слизистых оболочек:
- устранение факторов провоцирующих инфекцию (воздействие кислот, щелочей, долгое держание конечностей в воде);
- нанесение на очаги поражения спиртовых растворов анилиновых красителей: метиленовый синий, бриллиантовый зеленый, генциановый фиолетовый;
- противогрибковая мазь: клотримазол 2% наносится 1 раз в сутки в течении 7 – 14 дней, 5% - наносится однократно; миконазол 2% мазь наносится 1 раз в сутки в течении 7 дней; тербизил –1% крем наносят 1 – 2 раза в сутки в течении недели.

- При длительных и более распространенных кандидозах:
- нистатин или леворин в суточной дозировке 2 – 3 млн ЕД разделенных на 3 – 4 приема. Курс лечения 14 – 21 день.
- витамины группы В – Тиамин (В1) – 1,0 внутримышечно, Пиридоксин В6 – 1,0 внутримышечно, Цианокобаламин (В12) - 1000 гамма внутримышечно 1 раз в сутки. Курс лечения 10 дней, с последующим переводом на таблетированные формы препарата до 1 месяца.
- витамин А.
- Амфотерицин В – 250 – 500 ЕД на 1 кг массы тела. Вводят препарат внутривенно капельно. Курс лечения 1 – 2 месяца.
- При кандидозе желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы пользуются микогептином в дозе по 25 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутрь. Курс лечения 1,5 – 2 недели.
- Также эффективен флуканозол – по 50 -100 мг внутрь в течении 1 – 2 недель. При распространенном процессе курс лечения могут продлить до 1 месяца.
- При вагинальном кандидозе местная терапия:
- свечи с клотримазолом 100мг 1 раз в сутки в течении недели;
- миконазол свечи по 100мг – 2 раза в сутки 7 дней, по 200мг – 1 раз в сутки 3 дня, по 1200мг – однократно.

Почесуха (пруриго) —
заболевание из группы зудящих
дерматозов, характеризующееся
появлением отечных узелков
с резким зудом.

Классификация пруриго

- **пруриго взрослых (Гебры)**
- **пруриго детей (строфулюс)**
- **пруриго узловатое (Гайда)**

Детское пруриго (строфулюс) наблюдается в возрасте от 5 мес. до 5 лет и обычно является кожным синдромом экссудативного диатеза. Развитие строфулюса чаще всего обусловлено пищевой сенсibilизацией (молоко, шоколад, мед, варенье, ягоды, яичный белок, мясные супы, пряности, копчености), реже он вызывается лекарственной сенсibilизацией и глистной инвазией. Первичным элементом является небольшой ярко-розовый отечный узелок, в центре которого формируется маленький пузырек. Высыпания появляются в различном количестве, локализуются обычно на разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах, лице, сопровождаются сильным приступообразным зудом (особенно ночью), что приводит к расчесам, осложняющимся иногда пиодермией. Могут наблюдаться общие явления. Течение процесса рецидивирующее.

Детское пруриго



Пруриго взрослых чаще встречается у женщин Среднего возраста. Заболевание может вызываться пищевыми раздражителями (острые, копченые и соленые продукты, алкоголь, кофе, мед, шоколад и др.), нервно-психическими расстройствами и различными общими заболеваниями (сахарный диабет, лейкозы, опухоли внутренних органов, эндокринопатии и др.). Сильно зудящие мелкие розовые экскориированные узелки обычно располагаются на разгибательной поверхности предплечий, животе, спине, ягодицах. Течение болезни хроническое рецидивирующее. Больные подлежат тщательному обследованию с целью установления причинного фактора.

Лечение. Терапия основного заболевания, диета, борьба с запорами, седативные и антигистаминные препараты, кремы с ментолом и анестезином, кортикостероидные мази.

У взрослых



Другие причины почесухи:

- 0** наследственная склонность к аллергическим реакциям;
- 0** глистные инвазии;
- 0** дисбактериоз;
- 0** нарушение деятельности желчевыводящих путей;
- 0** неврастения;
- 0** расстройство сна;
- 0** опухоли внутренних органов;
- 0** холецистит;
- 0** хронический гепатит;
- 0** лимфогранулематоз.

Множественные высыпания, зуд, язвочки заставляют ребёнка страдать. Развивается:

- нервозность;
- нарушение сна;
- повышенная возбудимость.

Тяжёлые формы могут перейти в:

- атопический дерматит;
 - чесотку взрослых;
 - пруригинозную экзему.
- трансформации заболевания свидетельствует:
- увеличение лимфоузлов в паху и на внутренней поверхности бёдер;
 - ангидроз;
 - повышенная сухость кожных покровов

Детская почесуха. Как правило, возникает у детей в возрасте 6 месяцев-5 лет, особенно часто диагностируется у тех пациентов, кто имеет в анамнезе аллергические реакции на какой-либо раздражитель.

Основные признаки:

- на коже появляются множественные высыпания в виде небольших узелков;
- образования увеличиваются до 5 мм, с течением времени высыпания превращаются в пузырьки;
- мелкие волдыри лопаются, возникают эрозии, покрытые серозными корочками;
- локализация сыпи – лицо, туловище, разгибательные участки конечностей;
- иногда папулы размером до 7 мм появляются на подошвах и ладонях;
- поверхность, покрытая пузырьками и эрозиями, сильно чешется.
- узелки и пузырьки никогда не сливаются, а имеют четкие границы.

Узловатая почесуха.

- 0 . Очень редкий вид рассматриваемого заболевания, чаще диагностируется у мужчин в возрасте 40 лет и больше. **Характерные признаки узловатой почесухи:**
- 0 узелки имеют самый большой размер из всех перечисленных видов почесухи – от 5 мм до 2 см;
- 0 самые крупные узлы образуются на передней поверхности голени и/или разгибательной поверхности предплечья;
- 0 узелки имеют шаровидную форму и темно-красный цвет;
- 0 вокруг узелков явно выделяются расчесы.



Общие рекомендации по лечению почесухи:

Общие рекомендации по лечению почесухи:

пациентам назначают антигистаминные и седативные лекарственные препараты;

обязательно проводится витаминотерапия – назначают витамины А, С, В и Р;

если проводится лечение детской почесухи, то особое внимание нужно обращать на уровень кальция в организме и при его недостаточности принимать специфические препараты;

в случае отсутствия положительной динамики при длительном лечении пациентам назначают глюкокортикостероидные средства в минимальной дозировке;

для наружного применения используют мази на основе цинка и глюкокортикостероидов и/или водно-цинковые болтушки;

имеющиеся пузырьки на узелках нужно вскрывать и наносить на них зеленку или фукорцин;

при образовании корок на местах вскрытых пузырьков врач назначает мази Геокортон или Локакортен.

Лечение

Терапия у детей начинается с изменения рациона:

- 0** грудничкам в дополнение к материнскому молоку дают 10 капель сцеженного молока за 15 минут до очередного кормления;
- 0** дерматологи рекомендуют раннее включение в прикорм кефира, нежирного творога;
- 0** детям старшего возраста при первых признаках заболевания нужна щадящая диета с преобладанием молочнокислых продуктов, овощей и фруктов, отварной говядины. Не забывайте об оливковом и подсолнечном масле.

***o* Пузырные дерматозы-Эта группа заболеваний кожи, различных по патогенезу, клинике, лечению и прогнозу, объединяется первичным элементом в виде пузыря**

Классификация пузырных дерматозов

- Группа пузырчаток
- Вульгарная пузырчатка (вегетирующая пузырчатка – разновидность)
- Листовидная пузырчатка (себорейная – локализованная форма, эндемическая – генерализованная)
- Паранеопластическая пузырчатка
- 2. Группа буллезного пемфигоида
- 3. Герпетиформный дерматоз Дюринга
- Субэпидермальные пузыри – буллезный пемфигоид, герпетиформный дерматит Дюринга
- Интраэпидермальные – пузырчатки

Пузырчатка (пемфигус)

- 0 Пузырчатка - хроническое аутоиммунное заболевание кожи, проявляющееся образованием интраэпидермальных пузырей вследствие акантолиза.
- 0 В зависимости от локализации пузырей и клинических проявлений
- 0 различают формы болезни с акантолизом базальных слоев эпидермиса (супрабазальный акантолиз): пузырчатку вульгарную; пузырчатку вегетирующую. Формы болезни с акантолизом поверхностных слоев (зернистый слой) эпидермиса (субкорнеальный акантолиз) включают в себя пузырчатку эритематозную (себорейную); пузырчатку листовидную; пузырчатку бразильскую (разновидность листовидной).

- 0 Болеют пузырьчаткой лица обоего пола, преимущественно старше 40 лет. Редко могут болеть и дети. По данным различных авторов, пузырьчатка в среднем составляет не более 1,5% всех дерматозов.
- 0 Слизистая оболочка рта поражается при всех формах пузырьчатки, кроме листовидной. Значительно чаще других форм встречается обыкновенная пузырьчатка. По данным W. Lever, обыкновенная пузырьчатка у 62% больных начинается с высыпаний на слизистой оболочке рта, а по данным А.Л. Машкиллейсона - почти у 85%. Если заболевание начинается с поражения кожи, то в последующем высыпания почти всегда появляются и на слизистой оболочке рта. Генерализация высыпаний и прогрессирующее течение пузырьчатки без адекватного лечения в течение нескольких месяцев может привести к смерти.

пузырчатка вульгарная (истинная)

- 0 **Этиология и патогенез.** Непосредственные доказательства аутоиммунной природы истинной пузырчатки были получены в 1960-х годах, когда иммунофлюоресцентными методами было показано присутствие циркулирующих антител к антигенам эпидермиса в сыворотке крови больных. Иммуноблоттинговый анализ антител к антигенам эпидермиса и пузырьной жидкости послужил совершенствованию диагностики и дифференциальной диагностики различных форм пузырчатки (Е.В. Матушевская, А.А. Кубанова, В.А. Самсонов).
- 0 В организме больных пузырчаткой обнаруживают циркулирующие антитела типа IgG, имеющие сродство к межклеточному веществу шиповатого слоя эпидермиса и мембранным антигенам шиповатых эпителио-цитов. Количество антител корректирует с тяжестью болезни.
- 0 Иммунные изменения лежат в основе развития акантолиза. Активное участие в этом процессе принадлежит также клеточным цитотоксическим реакциям, нарушению баланса в калликреин-кининовой системе,
- 0 участию лимфокиноподобных веществ, эйкозаноидов, эндопротеиназ и их ингибиторов.

Клиническая картина

- Дерматоз, как правило, начинается с поражения слизистых оболочек полости рта и зева, а затем в процесс вовлекается кожа туловища, конечностей, паховых и подмышечных впадин, лица, наружных половых органов.
- У ряда больных первичные очаги на коже, слизистых оболочках могут спонтанно эпителизироваться и исчезать, но обычно вскоре они образуются вновь, и часто процесс начинает довольно быстро распространяться. Поражение слизистой оболочки рта и губ проявляется образованием пузырей с тончайшей покрывкой, образованной верхней частью шиповатого слоя эпителия. В условиях постоянной мацерации и при давлении пищевым комком пузыри моментально вскрываются, на их месте образуются круглые или овальные эрозии, так что практически пузыри на слизистой оболочке полости рта при пузырчатке увидеть не удается. Ярко-красные эрозии располагаются на неизменной слизистой оболочке. По периферии эрозии можно видеть обрывки покрывки пузыря, при потягивании за которую легко вызывается симптом Никольского (рис. 95). Остатки покрывки пузыря могут прикрывать эрозию, создавая впечатление, что эрозия покрыта серовато-белым налетом. Этот «налет» легко снимается при прикосновении шпателем. Если своевременно не установлен диагноз и не начато лечение, то вслед за единичными эрозиями, которые чаще локализируются на слизистой оболочке щек, нёба, нижней поверхности языка, там же появляются новые, которые, сливаясь между собой, образуют обширные эрозивные поверхности без склонности к заживлению. Прием пищи и речь становятся почти невозможными из-за болей. Обычно отмечается специфический зловонный запах изо рта.
- На коже на месте пузырей быстро образуются мокнущие эрозивные поверхности полициклических очертаний. При регенерации эпидермиса возникают слоистые коричневые корки, а затем на участках очагов остается буроватая пигментация (рис. 96). При склонности процесса к спонтанной ремиссии или под влиянием стероидной терапии покрывки пузырей не разрушаются, так как экссудат рассасывается и покрывки, постепенно спадаясь, превращаются в тонкую корку, которая затем отпадает. Спонтанные ремиссии, как правило, сменяются рецидивами. При доброкачественном течении процесса общее состояние больного почти не изменяется. При злокачественном течении наступает общее истощение организма, отмечаются септическая лихорадка, особенно выраженная при присоединении вторичной инфекции, эозинофилия, задержка в тканях натрия, хлоридов, уменьшение содержания белка. Могут наблюдаться изменения белковых фракций крови, содержания иммуноглобулинов А, G, M.
- Ощущения зуда у больных пузырчаткой, как правило, не бывает.
- Иногда многочисленные эрозии вызывают сильные боли, которые усиливаются во время перевязок и при изменении положения тела. Особенно мучительны поражения при их локализации в полости рта, на красной кайме губ и гениталиях.

Вульгарная пузырчатка
(высыпания на слизистой
рта)



ДИАГНОСТИКА

- 0 **морфологической основой важного клинико-диагностического признака, получившего название симптома (феномена) Никольского.** Он заключается в том, что если потянуть за обрывок покрывшей пузырь, то происходит отслойка эпидермиса на видимо здоровой коже. При трении на вид здоровой кожи между пузырями или эрозиями также наблюдается легкое отторжение верхних слоев эпидермиса и, наконец, обнаруживается легкая травмируемость верхних слоев эпидермиса при трении здоровых на вид участков кожи, расположенных далеко от очагов поражения. Кроме того, **при надавливании на не вскрывшийся пузырь пальцем можно видеть, как жидкость отслаивает прилегающие участки эпидермиса и пузырь увеличивается по периферии.** Этот **диагностический тест при пузырчатке получил название симптома Асбо-Хансена.** Несмотря на большую диагностическую ценность симптома Никольского, его нельзя считать строго патогномоничным для истинной пузырчатки, так как он встречается и при некоторых других дерматозах (в частности, при врожденном буллезном эпидермолизе, болезни Риттера, синдроме Лайелла). Он бывает положительным почти у всех больных пузырчаткой в фазе обострения, а в другие периоды болезни может быть отрицательным.
- 0 Современные методы лечения позволяют у многих из них значительно отодвинуть рецидив, а поддерживающая стероидная терапия сохраняет больным жизнь в течение многих лет.

Вегетирующая пузырьчатка

- 0 В начале развития эта форма пузырьчатки клинически сходна с вульгарной и нередко начинается с появления элементов на слизистых оболочках полости рта. Однако пузыри склонны располагаться вокруг естественных отверстий, пупка и в области крупных складок кожи (подмышечные, пахово-бедренные, межъягодичные, под молочными железами, за ушными раковинами). В дальнейшем на местах вскрывшихся пузырей на эрозированной, покрытой грязным налетом поверхности возникают папилломатозные разрастания, сецернирующие значительное количество экссудата. Поражения образуют обширные вегетирующие поверхности, местами с гнойно-некротическим распадом. Симптом Никольского часто положительный. Дерматоз сопровождается болью и жжением. Из-за острой болезненности активные движения затруднены.
- 0 В случае успешного лечения вегетации уплощаются, становятся суше, эрозии эпителизируются. На местах бывших высыпаний остается выраженная пигментация. У части больных вегетирующей пузырьчаткой быстро развивается кахексия, способная привести к смерти.

Листовидная (эксфолиативная) пузырчатка

- Заболевание проявляется резким акантолизом, приводящим к образованию поверхностных щелей, часто сразу же под роговым слоем, которые затем превращаются в пузыри.
- Листовидная пузырчатка у взрослых встречается чаще, чем вегетирующая, а у детей эта форма преобладает над другими разновидностями вульгарной пузырчатки.
- В начале заболевания на видимо не измененной коже образуются дряблые пузыри, с тонкой покрывкой, слегка выступающие над поверхностью. Они быстро вскрываются, оставляя обширные эрозии. Чаше покрывки пузырей ссыхаются в виде тонких пластинчатых чешуи-корок. Эпителизация эрозий под корками идет медленно. Новые порции экссудата обуславливают слоистость этих корок (отсюда название «листовидная» - эксфолиативная) (рис. 97). Симптом, описанный П.В. Никольским в 1896 г. при этой разновидности пузырчатки, всегда резко положительный. Хроническое многолетнее течение включает в себя периоды спонтанного улучшения.
- Дерматоз, прогрессируя, постепенно занимает обширные участки кожного покрова, включая волосистую часть головы (волосы часто выпадают), и нередко протекает по типу эритродермии. Слизистые оболочки полости рта при листовидной пузырчатке поражаются крайне редко. Нарушения общего состояния зависят от обширности кожных поражений: при малочисленных очагах оно страдает мало, при генерализованных поражениях ухудшается (особенно у детей) с повышением температуры (сначала субфебрильная, затем фебрильная), нарушением водно-солевого баланса, нарастанием анемии, эозинофилии. Постепенно больные слабеют, худеют, у них развивается кахексия.



ЭкسفOLIативная пузырьчатка



**Себорейная (эритематозная) пузырьчатка -
синдром Сенира-Ашера**



- 0 Себорейная пузырьчатка относится к истинной пузырьчатке, так как достоверно доказана возможность ее перехода в листовидную или вульгар-
- 0 ную пузырьчатку. Однако в большинстве случаев заболевание протекает доброкачественно, хотя и длительно. Сначала поражается кожа лица, реже - волосистой части головы, груди и спины. На эритематозном фоне образуются плотно расположенные жирные корки, похожие на рубцующийся эритематоз (рис. 98). После удаления корок обнажаются влажные эрозированные поверхности, в мазках-отпечатках с которых выявляются акантолитические клетки. Часто образование пузырей происходит незаметно и создается впечатление, что корочки возникают первично. В других случаях на туловище и конечностях, в местах обычной локализации себореи возникают пузырьки, покрывающиеся слоистыми желтоватыми корками. Проявления на слизистых оболочках редки, но если они есть, то указывают на плохой прогноз.

Пузырчатка глаз



- Диагностика истинной пузырчатки
- Диагностика истинной пузырчатки основана на типичной клинической картине четырех ее типов, а также на наличии положительных симптомах Никольского и Асбо-Хансена, обнаружении клеток Тцанка в мазках-отпечатках.
- Симптом Никольского:
 - потягивание за крышечку пузыря пинцетом приводит к отслоению верхних слоев эпидермиса;

- 0 трение видимо здоровой кожи между пузырями приводит к отслоению эпидермиса.
- 0 Симптом Асбо-Хансена: при осторожном надавливании на покрывку пузыря, содержащаяся в нем жидкость легко отслаивает прилегающие видимо здоровые участки эпидермиса.

Цитологический метод диагностики

- 0 Сухие, обезжиренные спиртом стекла плотно прикладывают к свежей эрозированной поверхности на месте бывшего пузыря. Препарат окрашивают по методу Гимза- Романовского. При микроскопии мазка обнаруживают изменившиеся клетки шиповатого слоя - акантолитические клетки Тцанка (их размер меньше обычных клеток шиповатого слоя, но имеют одно крупное ядро или несколько ядрышек).
- 0 Дополнительные объективные методы диагностики: гистологический и прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), позволяющие выявить отношения IgG и комплемента в межклеточных пространствах эпидермиса (зеленоватое свечение).
- 0 У детей пузырчатка встречается редко. Отдельные случаи описаны в возрасте от 2 до 12 лет.

0 Дифференциальная диагностика

- 0** Вульгарную пузырчатку дифференцируют от дерматита Дюринга, буллезной формы красного плоского лишая, токсикодермии; вегетирующую пузырчатку - от широких кондилом; листовидную - от эритродермии различного генеза; себорейную - от себорейного дерматита, импетиго.

0 Лечение

- 0** Лечение начинают с назначения «ударных» доз глюкокортикоидов - 80-120-200 мг преднизолона (дексаметазон, триамцинолон в эквивалентных дозах) в сутки.
- 0** После достижения клинической ремиссии, высокую дозу сохраняют еще 1 нед, затем начинают постепенное снижение суточной дозы.
- 0** В дальнейшем дозу преднизолона снижают на 1 таблетку (5 мг) в 7-10 дней, переходя на минимальную поддерживающую дозу, равную обычно 10-15 мг/сут.
- 0** Большую часть дозы дают в 1-ю половину суток после завтрака, меньшую - во 2-ю половину. Поддерживающую дозу назначают 1 раз в день после завтрака.
- 0** В процессе лечения, наряду с большими дозами глюкокортикоидов, с целью профилактики осложнений необходимо назначать препараты калия (10% раствор калия хлорида по 1 столовой ложке 3 раза в день, калия и магния аспарагинат по 1-2 таблетки 2-3 раза в день, оротовая кислота 0,5 г 2-3 раза в день за 1 ч до еды и периодически (циклами в 2 нед), нандролон (1 раз в неделю). Показана поливитаминотерапия.
- 0** При повышении температуры тела следует назначить антибиотики.
- 0** Одновременному лечению подлежат все развившиеся осложнения (сахарный диабет, гипертензия, кандидоз и др.).
- 0** Необходимо уделять внимание питанию больного и уходу за его кожей и слизистыми оболочками.
- 0** Питание: 4-5 раз в день. Показаны: молоко, творог, сливочное масло, отварное мясо, фрукты, овощи (печеный картофель, урюк, изюм, тыква). Рекомендуют ограничение соли.

Уход за кожей

- 0 • Общие ванны ежедневно с температурой 38 °С.
- 0 • Пузыри следует прокалывать. На эрозии назначают дезинфицирующие мази, аэрозоли олазоль*, винизоль*, дексапантенол и др.
- 0 • При поражении слизистой оболочки полости рта назначают частые полоскания растворами перманганата калия 0,05%, соды 2%, прокаина 0,5%, настоем чая. Рекомендуют смазывание 1% раствором метиленового синего, краской Кастеллани, обработку облепиховым маслом. На слизистые оболочки (губы, конъюнктиву глаз, носовые ходы) назначают глюкокортикоидные кремы.
- 0 Диспансеризация
- 0 После выписки из стационара больные вульгарной пузырчаткой подлежат строгому диспансерному наблюдению. Им обеспечивается бесплатное лечение.

ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТИТ ДЮРИНГА

- 0 Герпетиформный дерматит Дюринга (*dermatitis herpetiformis Durhing*) - хронический доброкачественный дерматоз, проявляющийся полиморфизмом морфологических элементов, их группировкой и зудом.

Этиология и патогенез

- 0 В патогенезе имеют значение синдром мальабсорбции, обусловленный повышенной чувствительностью организма по отношению к белкам злаков (глютену) и аутоиммунные процессы. Воспалительную реакцию вызывают иммунные комплексы - глиадин - IgA, фиксирующиеся в области верхних отделов сосочков дермы. В субэпидермальной зоне образуются скопления нейтрофилов, эозинофилов, высвобождаются ферменты, что приводит к отслоению эпидермиса от дермы.

Герпетический дерматит Дюринга



Клиническая картина

- Заболевание начинается в любом возрасте и продолжается годами с ремиссиями от нескольких месяцев до нескольких лет. У детей имеется тенденция к излечению в юношеском возрасте.
- На фоне эритем или внешне здоровой кожи возникают напряженные везикулы, пузыри, иногда с геморрагическим содержимым, сгруппированные, а также папулы, волдыри - *истинный полиморфизм*. После заживления пузырей остается пигментация. Высыпания сопровождаются зудом, эскориациями. Локализация - симметричная, разгибательные поверхности локтевых, коленных суставов, ягодицы, крестцовая и лопаточные области, лицо (рис. 9-5, 9-6).
- Особая форма герпетиформного дерматита в детском возрасте - **линейный IgA-зависимый дерматоз**. Заболевание встречается у детей в возрасте 5-8 лет и характеризуется длительным упорным течением. При ПИФ определяются строго линейное расположение IgA на базальной мембране. Клинически отмечают множественные крупные плотные вытянутые пузыри, расположенные по краю эритематозных пятен. Высыпания локализуются на лице, туловище, ягодичной области, слизистых оболочках ротовой полости и половых органов. Нередко развитие данного состояния провоцируется лекарственными препаратами (ванкомицин, диклофенак и т.д.).

Герпетический дерматит Дюринга у ребенка



Особенности течения у детей

- Начинается всегда остро.
- • Возможно развитие двух клинических форм заболевания: типичной буллезной формы (более легкой) и линейного IgA-зависимого дерматоза (распространенного тяжелого кожного процесса).
- • При обследовании детей особое внимание уделяют состоянию ЖКТ (целиакия), а также сбору анамнеза (употребление ребенком в пищу йодосодержащих продуктов).

0 Диагностика

0 Диагностика основана на отрицательном симптоме Никольского, большом количестве эозинофилов (20% и более) в содержимом пузыря, иногда и в крови, отложении IgA и C3 фракции комплемента в сосочках

0 дермы (ПИФ).

0 Дифференциальная диагностика

0 Заболевание дифференцируют от вульгарной пузырчатки, пемфигоида, распространенной формы герпеса.

0 Лечение

0 Назначают дапсон по 0,05-0,1 г 2 раза в день циклами 5-7 дней с 1- или 2-дневными перерывами, 3-5 курсов. У детей доза зависит от возраста (от 0,005 до 0,025 г 2 раза в день). При неэффективности лечения назначают преднизолон 10-20 мг/сут внутрь. Токсическое влияние дапсона уменьшает прием аскорбиновой кислоты, метилурацила*, препаратов железа.

0 Наружная терапия: прокол пузырей и нанесение анилиновых красителей.

ПЕМФИГОИД

o Пемфигоид (*pemphigoid*) - хронический доброкачественный дерматоз, встречающийся чаще у пожилых людей.



Рис. 1. Буллезный пемфигоид, крупнопузырный вариант

0 Этиология и патогенез

0 Этиология не известна. Патогенез: выработка аутоантител к антигенам буллезного пемфигоида (BP230 и BP180), находящихся в области нижних отделов клеточных мембран и полудесмосом базальных эпидермоцитов.

0 Клиническая картина

0 На здоровой коже или слегка гиперемизированном, иногда отеком основании появляются пузыри крупных размеров чаще с прозрачным содержимым. Пузыри имеют плотную крышечку, напряженные, вследствие чего долго не вскрываются. При вскрытии пузырей эрозии относительно быстро заживают. Вначале пузыри появляются в какой-либо одной области: в локтевом сгибе, подмышечных складках, в дальнейшем на внутренней поверхности бедер, предплечий, туловища. Пузыри существуют дольше, чем пузыри при вульгарной пузырчатке, а эрозии

0 не имеют тенденции к увеличению и быстро эпителизируются. Слизистая оболочка поражается в 10-20% случаев. Пузыри на ней могут сохраняться в течение нескольких дней из-за плотной крышечки.

0 Диагностика

- 0** При пемфигоиде симптом Никольского отрицательный, Асбо-Хансена - положительный, периферический рост эрозий не происходит.
- 0** Акантолитические клетки Тцанка отсутствуют, а в содержимом пузыря могут быть эозинофилы (до 20-30% и более). Прямая РИФ выявляет линейное отложение IgG и C3 фракции комплемента в области эпидермо-дермального соединения.

0 Дифференциальная диагностика

- 0** Заболеванию дифференцируют от вульгарной пузырчатки, буллезной формы токсикодермии и буллезной формы красного плоского лишая.

0 Лечение

- 0** Назначают глюкокортикоиды перорально: преднизолон от 60 до 100 мг/сут до исчезновения высыпаний, без поддерживающей терапии. При отсутствии эффекта - метотрексат, азатиоприн и другие иммунодепрессанты. Наружное лечение такое же, как у больных вульгарной пузырчаткой.

0 Консультирование

- 0** Пациенту указывают на доброкачественный характер заболевания и благоприятный исход для жизни. Необходимо обследование на онкозаболевания (паранеопластический процесс).

0 **Дерматомикозы** – это группа грибковых заболеваний, обусловленных дерматофитами, которые паразитируют на человеке и животных. У людей дерматофиты поражают в основном эпидермис (чаще роговой слой), а также придатки кожи – волосы и ногти.

0 К группе дерматомикозов относятся :

- микроспория
- трихофития
- фавус
- рубромикоз

0

Описание

- 0 Эпидермофития является грибковым заболеванием кожи, при этом сегодня различают эпидермофитию стоп и паховую эпидермофитию. Чаще всего заражение грибком происходит именно через использование предметов обихода, которыми ранее пользовался больной (это могут быть белье, клеенка, мочалка, бритва и так далее). В том случае, если локализация грибковой инфекции наблюдается в области стоп, значит, инфицирование могло произойти в душевой либо бане.

СИМПТОМЫ

0

При начале развития паховой эпидермофитии происходит образование воспалительных пятен, характеризующихся округлыми очертаниями, они могут иметь красно-коричневый оттенок, от здоровой кожи огораживается небольшим валиком. Поверхность очагов воспаления может быть покрыта пустулами, маленькими пузырьками, чешуйками и корочками

0 В результате того, что начинается интенсивный процесс периферического роста пятен, они могут между собой сливаться и образовывать достаточно обширные очаги поражения, имея фестончатые очертания. Данный вид грибкового заболевания характеризуется хроническим течением. При развитии паховой эпидермофитии у больного начинается довольно сильный и непереносимый кожный зуд, появляется чувство жжения и болезненности в пораженных областях. Эти симптомы чаще всего проявляются именно во время ходьбы.

0

В случае образования эпидермофитии стоп, при развитии начальной либо стертой формы заболевания, начинается образование на поврежденных грибом участках стоп мелких трещин и появляется скудное шелушение. Чаще всего эти симптомы проявляются в области межпальцевых складок и на поверхности подошв, в некоторых случаях может произойти развитие на фоне гиперемии. В результате того, что происходит достаточно плотное наложение сидящих чешуек, образования могут внешне напоминать ороговелости

Специфические методы обследования

- 0 Паховая эпидермофития:
 - 0 характерная симптоматика и локализация грибкового поражения;
 - 0 при микроскопическом исследовании чешуек, взятых из места поражения видны нити короткого, ветвящегося мицелия длиной 2 – 4 мкм и округлые споры, которые собираются в группы и напоминают связки бананов;
 - 0 культуральная диагностика – выращивание гриба на питательной среде – рост начинается на 6 – 7 день. Сначала колония представлена сероватым скоплением нитей, затем она становится округлой формы, в центре происходит западение, от которого отходят радиально борозды. Цвет со временем меняется на желтоватый, а поверхность становится гладкой.
- 0 Эпидермофития стоп:
 - 0 характерная локализация процесса;
 - 0 микроскопическое исследование чешуек с очага поражения на коже стоп или ногтей – видны нити мицелия и споры гриба;
 - 0 культурологическое исследования для установления диагноза важного значения не имеет.

0 Лечение

- 0 При развитии паховой эпидермофитии, лечение будет проводиться амбулаторно дерматологом-микологом. В том случае, если заболевание протекает в острой форме, назначается применение раствора хлорида кальция 10%, а также внутренний прием специальных антигистаминных препаратов (к числу таких лекарственных средств относятся супрастин, пипольфен, димедрол, диазолин и другие), пользу приносят и специальные примочки с использованием раствора нитрата серебра 0,25%, раствора резорцина 1%.

Лечение ПЭ

- 0 Паховая эпидермофития
- 0 Противогрибковые препараты:
 - 0 кетоконазол крем – 2 раза в сутки. Курс лечения 3 – 5 недель;
 - 0 клотримазол крем – 2 раза в сутки. Курс лечения 3 – 5 недель;
 - 0 оксиконазол крем – 1 раз в сутки. Курс лечения 3 – 5 недель;
 - 0 тербинафин – 2 раз в сутки. Курс лечения 3 – 5 недель;
 - 0 нафтифин – 2 раз в сутки. Курс лечения 3 – 5 недель.
- 0 При наличии значительного воспалительного процесса:
 - 0 глюкокортикостероидная мазь;
 - 0 антигистаминные препараты внутримышечно (супрастин 1,0 2 раза в день в течение 5 – 7 дней);
 - 0 нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, ибупрофен);
 - 0 антибиотики (цефалоспорины, фторхинолоны).
- 0 Критериями выздоровления считается наличие отрицательных микроскопических исследований.

Эпидермофития стоп

- 0 Эпидермофития стоп
- 0 При ярко выраженном воспалительном процессе очаги обрабатывают:
- 0 раствором резорцина или перманганата калия;
- 0 покрышку пузырьков прокалывают иглой или срезают с помощью ножниц;
- 0 после этого применяют растворы анилиновых красителей: бриллиантовый зеленый («зеленка»), фукарцин;
- 0 местно наносят противогрибковые препараты (кетоконазол, клотримазол, оксиконазол).

Эпидермоития стоп



o Лечение

o При развитии паховой эпидермофитии, лечение будет проводиться амбулаторно дерматологом-микологом. В том случае, если заболевание протекает в острой форме, назначается применение раствора хлорида кальция 10%, а также внутренний прием специальных антигистаминных препаратов (к числу таких лекарственных средств относится супрастин, пипольфен, димедрол, диазолин и другие), пользу приносят и специальные примочки с использованием раствора нитрата серебра 0,25%, раствора резорцина 1%.

О Руброфития (рубромикоз, руброфитоз, микоз, вызванный красным трихофитом) – хроническое инфекционное заболевание вызванное грибами из рода трихофитов, характеризующиеся частым рецидивирующим течением с поражением преимущественно кожи и ногтевых пластин ступней и кистей, реже кожных покровов на туловище и конечностей в области крупных складок (ягодичных, подмышечных).

- Руброфития (синоним: рубромикоз) - наиболее часто встречающееся грибковое заболевание, поражающее гладкую кожу, ногти стоп, кисти, пушковые волосы.
- Причины и патогенез руброфитии. Возбудителем заболевания являются грибок *Trichophyton rubrum*. На долю этой инфекции приходится 80-90 % от числа всех возбудителей микоза стоп. Заражение происходит таким же путем, как и при эпидермофитии стоп (см. эпидермофития стоп).
- Симптомы руброфитии. Различают следующие формы рубромикоза: рубромикоз стоп, рубромикоз стоп и кистей, рубромикоз генерализованный.

0 Поражение стоп

- 0** Кожа подошвенной поверхности стопы становится насыщенно-красного цвета.
- 0** Роговой слой кожи утолщается, становится грубым, начинает хорошо просматриваться мелкая исчерченность.
- 0** Кожные покровы становятся сухими, в области складок появляется беловатое шелушение. Очаги поражения захватывают полностью подошвенную поверхность, боковую поверхность и тыльную поверхность стоп, складки между пальцами, ногтевые пластины.

**0 Выделяют 3 типа поражения
ногтевых пластин при
руброфитии:**

- ◆ **Нормотрофический тип**
- ◆ **Гипертрофический тип**
- ◆ **Онихолитический тип**

Развитию руброфитии способствует ряд факторов:

• Экзогенные

- Повышенная потливость кожных покровов
- Чрезмерная сухость кожных покровов
- Частая травматизация кожных покровов
- Мозоли и водянки на коже ног
- Несоблюдение правил личной гигиены (хождение босиком в общественных банях, душевых кабинках, ношение чужой обуви)

• Эндогенные

- Эндокринологические заболевания
- Обменные нарушения (ожирение)
- Больные ВИЧ-инфекцией, СПИДом
- Онкологические больные
- Длительное лечение антибиотиками, химиопрепаратами, гормонами

Развитию руброфитии способствует ряд факторов:

Экзогенные

Повышенная потливость
кожных покровов

Чрезмерная сухость
кожных покровов

Частая травматизация
кожных покровов

Мозоли и водянки на
коже ног

Несоблюдение правил личной
гигиены (хождение босиком в
общественных банях, душевых
кабинках, ношение чужой обуви)

Эндогенные

Эндокринологические
заболевания

Обменные нарушения
(ожирение)

Больные ВИЧ-
инфекцией, СПИДом

Онкологические
больные

Длительное лечение
антибиотиками,
химиопрепаратами,
гормонами

0 **Нормотрофический тип** – на боковых поверхностях ногтей появляется пятна и полосы бело-желтого цвета, постепенно окраску меняет и весь ноготь.



0 **Гипертрофический тип** – цвет ногтевых пластин становится буровато-серым. Ногти резко утолщаются, теряют блеск, становятся тусклыми и ломкими. В некоторых случаях может наблюдаться разрушения ногтей, начинающееся с боковой поверхности. Часто больные при таком типе поражения испытывают боль при ходьбе.



0 **Онихолитический тип** – пораженная часть ногтя становится буровато-серого цвета и отторгается от ногтевого ложа, впоследствии ноготь полностью отделяется от ногтевого ложа



0 Диагностика Руброфитии

- 0 -Общий анализ крови.
- 0 -Общий анализ мочи.
- 0 -Глюкоза крови.
- 0 -Биохимические исследования (общий и прямой билирубин, общий белок и его фракции, уровень трансаминаз – АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, тимоловая проба, мочевины, креатинин).

0 Специфическое исследование:

0

- ✓ микроскопическое исследование кожных чешуек, ногтевых пластин взятых с очага поражения – обнаружения в них мицелия гриба.
- ✓ культурологическое исследование – при выращивании гриба на питательной среде образуются колонии, которые начинают выделять ярко-красный секрет.

**0 Местное лечение руброфитии
заключается в удалении пораженной
ногтевой пластины.**

- 1) Удаление хирургическим путем**
- 2) Удаление, путем наложения пластырей, которые растворяют ногтевую пластину, например урепласта (20г мочевины, 5г воска, 10г воды, 20г ланолина, 45г свинцового пластыря). Такой препарат наносят на двое суток. Ногтевая пластина полностью растворяется, а обнаженное ногтевое ложе в дальнейшем обрабатывают противогрибковыми средствами (ламизил, , клотримазол, нитрофунгин, жидкости Кастеллани).**

0 Лечение Руброфитии

0 Системные антимикотики

0 Низорал – по 200 мг ´ 1 раз в сутки в течении 3-4 недель;

0 Ламизил – по 250 мг ´ 1 раз в сутки в течении 2-х недель;

0 Орунгал (интраконазол) – по 200 мг ´ 2 раза в сутки в течении 7-10 дней.

0 2.Патогенетическое:

0 иммуностимуляторы;

0 витамины;

0 ангиопротекторы.

0 Наружное лечение:

0 кератолитические средства для отслойки: 5-10% салициловая мазь под окклюзию из вощенной бумаги на 48 часов (непораженные участки защищают индифферентными мазями и пастами), мазь Уайтфилда или мазь Ариевича;

0 втирание жидкости Андриасяна;

0 туширование 2-5% настойкой йода, раствором йодуксина;

0 5-10% серно-дегтярная мазь, борно-дегтярная мазь;

0 мази «Цинкундан», «Ундецин»;

0 противогрибковые мази и кремы «Микозолон», «Микоспор», «Низорал», «Ламизил» и др.

Литература:

1. Клиническая дерматовенерология : в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю. С. Бутова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. I. – 720 с.
2. Клиническая дерматовенерология : в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. II. – 928 с.
3. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / под ред А.А. Кубановой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 320 с.
4. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. – 2-е изд. – М. : МЕД. пресс-информ, 2009. – 736 с. : ил.
5. Морган М.Б. Атлас смертельных кожных болезней. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 304 с.
6. Уайт Г. Атлас по дерматологии / пер. с англ. Н.Г. Кочергина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 384 с.
7. Детская дерматология : цветной атлас и справочник : пер. с англ. / К.Ш. Кэйн [и др.] – М. : Практика, 2011 – 487 с.

Электронные ресурсы

1. БД MedArt
2. БД Гении медицины
3. БД Ebsco