

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО

им. проф. В.И.Прохоренкова

Зав. Кафедрой:

д.м.н., проф. Карачева Юлия

Викторовна

Реферат

Парапсориаз Габермана - Муха

Выполнила:

ординатор 1 года обучения

Мозговая Анастасия Евгеньевна

Проверила:

Зав. Кафедрой:

д.м.н., проф. Карачева Юлия

Викторовна

Красноярск, 2019

Оглавление	
Введение.....	4
Этиология.....	4
Клиника.....	5
Диагностика.....	5
Лечение.....	6
Список литературы.....	6

Введение

Парапсориаз – несколько хронических неконтагиозных дерматозов неясной этиологии и генеза с псевдопсориазированными поверхностными высыпаниями на коже. Основные разновидности парапсориаза: каплевидный, лихеноидный, бляшечный. Отдельно выделяется острый парапсориаз Габермана-Муха. В клинике преобладает полиморфизм первичных элементов без существенного нарушения общего состояния пациента. Диагностика основывается на анализе клинических проявлений и данных гистологии. Главное в терапии парапсориаза – санация очагов хронической инфекции и лечение сопутствующей соматической патологии.

Парапсориаз включает в себя, как минимум, три дерматоза, обладающих признаками самостоятельных нозологий: красного плоского лишая, розового лишая и «сухой» экземы. Все они клинически напоминают широко распространенный псориаз, однако лишены его классической триады: эффекта стеаринового пятна при попытке соскоблить чешуйки, лакированной терминальной пленки, точечного кровотечения по типу капель росы. Вплоть до конца XX столетия парапсориаз относился к редко встречающейся патологии. Сегодня, в связи с ухудшением экологической ситуации, бесконтрольным приемом медикаментов, высокой аллергизацией населения частота возникновения парапсориаза неуклонно растет.

Этиология

Причины возникновения парапсориаза, механизм его развития находятся в стадии изучения. Существует несколько теорий, основные из которых - инфекционная и иммунная.

Инфекционная теория основывается на том, что парапсориаз по своей сути является поверхностным васкулитом с повышенной проницаемостью капиллярных стенок для бактерий и вирусов, в ответ на токсины которых кожа реагирует парапсориазированными высыпаниями. Об этом же говорит и тот факт, что возникает парапсориаз, как правило, либо на фоне инфекций (ангины, гриппа, тонзиллита, пневмонии, кори, ветряной оспы, эпидемического паротита и др.), либо сразу после них. Однако, этих аргументов недостаточно, чтобы считать парапсориаз инфекционной патологией, поскольку та же картина наблюдается и при неинфекционных токсикозах, аллергии, коллагенозах. Более того, из крови пациентов с парапсориазом не выделено ни одного возбудителя, способного вызвать инфекционное заболевание, что однозначно подтверждает его неконтагиозность.

В иммунной теории речь идет об аутоиммунной реакции со стороны кожи на антигены различной природы, которые, попав в организм человека, снижают общий и местный иммунитет, участвуют в разрушении ДНК и клеточных Т-лимфоцитов. Нарушая иммунный баланс, они провоцируют начало болезни. Чем больше антигенов попадает в организм, тем мощнее и распространеннее ответная реакция. Именно так возникает парапсориаз на фоне очагов хронической инфекции желудочно-кишечного тракта, почек, суставов или в ответ на избыток ультрафиолета, переохлаждение, плохую экологию.

Клиника

Парапсориаз Габермана-Муха - острый дерматоз, отличительной особенностью которого можно считать истинный и ложный полиморфизм высыпаний, а так же резкое ухудшение общего самочувствия пациента в момент дебюта.

Общее состояние – повышение температуры, слабость, увеличение лимфоузлов.

Высыпания на коже такие же – папулезные (узелковые). Но более выражена отечность каждой папулы. В центре папул могут формироваться пузырьки с бесцветным или даже с кровянистым содержимым. Вокруг папул самостоятельно могут появляться подкожные кровоизлияния. Затем пузырьки вскрываются, и на этом месте остается черная корочка. Впоследствии на этом месте может остаться красноватый рубчик. Поэтому другое название заболевания – острый вариолиформный парапсориаз, или PLEVA – pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. Кроме того, некоторые элементы сыпи соответствуют классическому каплевидному парапсориазу, что говорит о вариабельности сыпи, то есть об ее полиморфизме. Ряд дерматологов так и считают, что острый парапсориаз - это разновидность каплевидного. Высыпания могут появляться в полости рта – белесоватые папулы до 2 мм. Длительность заболевания – от 2 до 6 недель.

Симптомы заболевания сходны с признаками ветряной оспы, но острый парапсориаз не распространяется на волосистую часть головы, сыпь чередуется с образованиями, характерными для каплевидной формы. Новые узелки появляются на протяжении 5–6 недель, в то время, как при оспе новообразования прекращают возникать уже на 5 сутки.

Диагностика

Парапсориаз очень трудно поддается диагностике, поскольку не имеет самостоятельных клинических признаков. В настоящее время нет и специальных лабораторных исследований для его точной диагностики. С учетом полиморфизма высыпаний единственный объективный способ подтверждения болезни – гистология, но и она не дает 100% результата, поэтому диагностику необходимо проводить у специалиста-дерматолога. Дифференциальную диагностику проводят, прежде всего, с псориазом, классической характеристикой которого является диагностическая триада: феномен стеаринового пятна, терминальной пленки и капельного кровотечения, отсутствующие у парапсориаза.

Гистология сосочкового слоя при остром парапсориазе показывает сосудистый инфильтрат вокруг узелков, который состоит из лимфоцитов и нейтрофилов, множественные кровоизлияния и вакуольную дегенерацию эпидермиса (внутриклеточный отёк кожи), реже — очаги некроза (отмирание клеток кожи).

Лечение

1. Антибиотики. Эритромицин, тетрациклин или пенициллин. Курс лечения – не менее 2 недель. Обычно сразу же, на следующий день отмечается улучшение общего самочувствия, нормализация температуры. А через несколько дней отмечается положительная динамика и в кожных проявлениях.
2. Антигистаминные препараты. Для уменьшения проявления аллергической реакции. Кларитин, лоратадин, супрастин, эриус, телфаст.
3. Кортикостероидные препараты (преднизолон) внутрь в таблетках курсом на 7-10 дней.
4. Кортикостероидные мази и кремы: Фторокорт, Акридерм, Тридерм, Синафлан, Белосалик и другие. Коротким курсом на 10-14 дней.
5. ПУВА-терапия.

Список литературы:

1. Иванов О.Л. Справочник. Кожные и венерические болезни. Медицина, М., 1997 г. С. 189-190.
2. Кацамбас А.Д., Лотти Т.М.. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. «МЕДпресс-информ».М., 2008. С.361-366
3. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С. и др. Избранная дерматология. – Пермь, 2004. С.475-479.