

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ

УДК 616.5;616.97

© Е.О. МУРЗИНА, 2014

Е.О. Мурзіна

ХВОРОБИ ШКІРИ, СПЕЦИФІЧНІ ДЛЯ ВАГІТНОСТІ Національна медична академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Вагітні з проявами шкірних захворювань часті відвідувачі дерматовенерологів, тому що вагітність супроводжується значними метаболічними змінами, що може призвести до зміни з боку шкіри та її придатків. Поряд з цим при вагітності можуть спостерігатися і шкірні хвороби. Класифікація змін шкіри при вагітності може бути наступна:

- фізіологічні зміни шкіри, що обумовлені вагітністю,
- пухлини шкіри, ріст яких прискорюється при вагітності,
- хвороби шкіри, специфічні для вагітності,
- хвороби шкіри, які загострюються під час вагітності,
- інфекції статевих органів, що збільшують ризик перинатальних ускладнень.

І практичному лікарю необхідно не тільки правильно провести діагностику, встановити діагноз, призначити лікування, але і заспокоїти пацієнтку. Тому що від лікаря залежить життя не тільки жінки, а і ще ненародженої дитини.

Мета. Привернути увагу лікарів-дерматовенерологів, лікарів-гінекологів та лікарів загальної практики – сімейної медицини до групи захворювань, які специфічні та зустрічаються тільки під час вагітності, для своєчасного встановлення діагнозу та правильного надання прогнозу в перебігу вагітності.

Результати. Прогноз наслідків перебігу захворювань, які виникають у жінок під час вагітності, в цілому благоприємний. Слід відмітити можливість вторинного впливу на розвиток плода нервово-психічного стану матері.

Висновки. Дерматози під час вагітності слід оцінювати, перш за все, з точки зору їх ризику для матері та ризику для плода.

Ключові слова: хвороби шкіри, вагітність, ризик для плода.

ВСТУП

Механізми виникнення захворювань при вагітності має свої особливості та до кінця не встановлені. Головним є зміни співвідношення гормонів у організмі вагітної. Це, в першу чергу, впливає на функціональні можливості імунної та нервової систем, стан шлунково-кишкового тракту, нирок, серцево-судинної системи, водно-сольового обміну та інші. У цілому організм вагітних змінює свої функціональні можливості, чутливість та реактивність, чим і обумовлене виникнення нових та погіршення існуючих патологічних процесів у шкірі (2,3,14).

З різною частотою при вагітності зустрічаються: свербіж вульви, анусу, гіпергідроз, гіпертрихоз, долонно-підшовкові телеангіектазії, еритема долонь, тотальна алопеція, оніходістрофії, стрії вагітних. Більш цих станів, як правило, зникає після пологів. Корекція загострень даних дерматозів під час вагітності має труднощі. Багато медикаментів, що застосовуються в звичайних умовах, впливають на розвиток плоду. Лікування при необхідності симптоматичне із застосування засобів зовнішньої терапії, які містять протисвербіжні, протизапальні, антибактеріальні та інші компоненти. Слід виключати перорального застосування антибіотиків, сульфаніламідних препаратів, кортикостероїдів та нестероїдних протизапальних препаратів (1,5).

Перебіг та важкість симптомів існуючих раніше шкірних захворювань також змінюються під час вагітності. До них, в першу чергу, відносяться екзема, atopічний дерматит, псоріаз, червоний плаский лишай, акне, герпетичформний дерматит Дюринга. Незважаючи на те, що всі ці хвороби мають різні патогенетичні механізми та клінічну морфологію, загальними рисами для них є хронічний рецидивуючий перебіг та вікова залежність. Під час вагітності вони часто загострюються. Як правило, ці загострення мають значно важкий перебіг, ніж до гестації. Іноді навпаки під час вагітності настає ремісія захворювання, яка продовжується до пологів, а після них настає чергове загострення. Частіше такий поліпшений стан під час вагітності спостерігається при акне, а дерматит Дюринга та псоріаз більш схильні до загострення. Екзема та atopічний дерматит дуже непередбачувані захворювання в своєму перебігу, що пов'язано з особливостями патогенезу, і прогнозувати перебіг цих захворювань під час вагітності неможливо (1,2,3,4,5).

Мета. Привернути увагу лікарів-дерматовенерологів, лікарів-гінекологів та лікарів загальної практики – сімейної медицини до групи захворювань, які специфічні та зустрічаються тільки під час вагітності, для своєчасного встановлення діагнозу та правильного надання прогнозу в перебігу вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Захворювання, які специфічні для вагітності, та зустрічаються тільки під час гестації найчастіше предствлені свербіжем вагітних. Причина захворювання пов'язана з надлишком естрогенів, які пригнічують активність глюкуронілтрансферази печінки. Це порушує утворення зв'язків білірубіну з глюкуроновою кислотою та призводить до розвитку холестазу та підвищенню рівню жовчних кислот у сироватці крові. Жовчні кислоти відкладаються у підшкірної клітковини та викликають свербіж (2).

Захворювання характеризується наявністю сильного свербіжу, який виникає в другій половині вагітності та зникає після пологів. Екскоріації, що виникають у результаті розчухів, можуть інфікуватися. Розчухи та садни вкрити золотистими кірками з червоним ободком. У диференційної діагностиці між свербіжем вагітних та іншими хворобами шкіри, що супроводжуються свербіжем, значення має фізикальне обстеження. Первинних елементів висипу виявити не можливо (7).

При лабораторному обстеженні встановлюється підвищення рівня жовчних кислот у сироватці крові вагітної. Можливо збільшення активності лужної фосфатази, аланінтрансферази та збільшення білірубіну в сироватці крові (жовтухи звичайно немає). Біопсія шкіри неінформативна (6).

Свербіж вагітних безпечний для матері та плоду. Також необхідно пам'ятати, що у жінок, які страждають цим захворюванням, такий самий свербіж може з'являтися і поза вагітністю, наприклад, при застосуванні пероральних контрацептивів. Холестаза вагітних, який супроводжується не тільки значним свербежем, а й жовтухою, може ускладнюватися передчасними пологами, народженням дітей з малою вагою та післяродовою кровотечею.

Поліморфний дерматоз вагітних вважається найбільш розповсюдженим захворюванням серед вагітних. Виникає, як правило, у першонароджуваних. В 3-му триместрі вагітності на шкірі живота виникають еритематозні набряклі папули 1-2 мм у діаметрі, які сверблять, та зникають при надавлюванні. У подальшому висипка з'являється і на грудях та руках. В половині випадків перша висипка з'являється на стріях (2).

Показники загального аналізу крові, серологічних та біохімічних досліджень в межах норми. При біопсії шкіри з ділянок із свіжою висипкою виявляє периваскулярну лімфогістіоцитарну інфільтрацію у верхніх шарах дерми, набряк сосочкового шару дерми, вогнищевий паракератоз і спонгіоз.

Захворювання звичайно не впливає на стан плоду і повністю розв'язуються протягом тижня після пологів. При наступних вагітностях поліморфний дерматоз вагітних не спостерігається.

Герпес вагітних або гестаційний герпес (Herpes Gestationis) – захворювання, початок якого в більшість випадків приходиться на 2-3-й триместр вагітності. Основний признак – поліморфна везикулярно-бульозна висипка на еритематозному фоні. Загальний вигляд нагадує висипку при генітальному герпесі. Розповсюдженість захворювання складає 1 на 3000-5000 вагітних. Патогенез герпесу вагітних нагадує патогенез при бульозному пемфігоїді: утворення антитіл до антигенів базальної мембрани епідермісу. Антитіла переважно представлені IgG. У загальному аналізі крові спостерігається еозинофілія та підвищення ШОЕ. Герпес вагітних збільшує ризик передчасних пологів та народження дітей з малою вагою (8).

У дітей, що народилися від матерів хворих на гестаційний герпес, можуть спостерігатися висипання, що нагадують захворювання матері. Це пов'язують з наявністю компонент утворюючого фактору герпесу вагітних в крові новонароджених. Однак важкість перебігу не залежить від його титру (9).

Герпес вагітних розв'язується через 3 місяця після пологів, іноді – пізніше. Прогноз для матері благоприємний. Поза періодом вагітності: при прийомі пероральних контрацептивів, менструаціях, можливі рецидиви шкірного герпесу. При наступних вагітностях прояви герпесу виникають повторно. І в цих випадках герпес вагітних починається раніше та має більш важкий перебіг (10, 13).

Герпетиформне імпетиги (син. герпетиформне імпетиги Гебри) – захворювання, яке має важкий перебіг та можливу летальність. Звичайно розвивається у 2-й половині вагітності. Зустрічається рідко. Єдиної точки зору про причину захворювання немає. Частіше відмічається порушення функції ендокринних залоз (паращитовидної та статевих). Існує також інфекційна теорія, так як в одних випадках вміст пустул стерильний, в інших – висіваються стафілококи або стрептококи (1,5).

Клініка захворювання характеризується появою дрібної згрупованої пустульозної висипки, яка розташована переважно на запальному набряклому фоні, має схильність до злиття. Локалізується висипка переважно в паховій ділянці, ділянці пупка, внутрішньої поверхні стегон, пахвинних западинах, ділянці молочних залоз, поступово охоплює майже всю поверхню шкіри. Кон'юнктива очей, слизові оболонки рота, гортані, стравоходу також можуть бути залучені до патологічного процесу. Елементи, розповсюджуються від центру, частково зливаються, при цьому утворюють фігури типа іриса, тобто кільця в кільце. Вміст пустул зелено-жовтий, після злиття якого вогнища вкриваються брудно-коричневими кірками. Свербіж відсутній. Процес розв'язується безслідно. Захворювання супроводжується важкими загальними явищами: тривала або переважаюча лихоманка септичного типу, головний біль, озноб, блювота, діарея, біль у суглобах та інші. Захворювання часто рецидивує. У крові спостерігається еозінофілія, підвищена ШОЕ (2).

Патоморфологія герметичного імпетиги Гебри характеризується наявністю спонгіоформних пустул Когоя у верхніх шарах епідермісу. Великі пустули іноді розташовуються одна над одною. Вміст пустул має нейтрофільні гранулоцити іноді з додаванням мононуклеарних елементів або еозінофільних гранулоцитів. У дермі значний набряк, розширені судини та периваскулярні інфільтрати лімфогістіоцитарного характеру з додаванням нейтрофільних та еозінофільних гранулоцитів, тканинних базофілів.

Диференційний діагноз проводять з гепресом вагітних, пустульозним псоріазом, субкорнеальним пустульозом, акродерматитом Аллопо.

При лікуванні застосовують глюкокортикостероїди в поєднанні з антибіотиками, препарати кальцію, вітамін Д. Зовнішньо застосовують анілінові барвники, стероїдні мазі. Навіть, може бути необхідна інтенсивна терапія та реанімаційна допомога.

Папульозний дерматит вагітних зустрічається рідко. Етіологія невідома. Існування цього захворювання як окремої нозології залишається предметом дискусії (15). Захворювання виникає на різних термінах вагітності. Висипка представлена щільними папулами 3-5 мм в діаметрі, які підвищуються над поверхнею шкіри та сверблять. У центрі папула містить червону кірочку 1-2 мм у діаметрі. Папули розташовуються на різних ділянках. Не схильні до злиття. Через 10 днів розв'язуються, залишаються гіперпігментовані плями (11).

Типові лабораторні ознаки це виковий вміст хоріонічного гонадотропіну в сечі та низький вміст естрогенів та кортизолу в сироватці крові. При гістоло-

гічному дослідженні у поверхневих шарах шкіри спостерігається периваскулярна інфільтрація, яка представлена лімфоцитами, еозинофілами, іноді наявні еритроцити.

Для лікування призначають глюкокортикостероїди системно. Ефект настає через 24–48 годин. Для зняття свербіжу використовують H1-блокатори внутрішньо. У чверті випадків захворювання закінчується гибеллю плоду. При наступних вагітностях захворювання може виникати повторно.

ВИСНОВКИ

Захворювання, які специфічні для вагітних, виникають тільки під час вагітності, уражують в більшій або меншій мірі значну кількість майбутніх матерів. Лікарям-дерматовенерологам, при наданні допомоги вагітним, слід мати на увазі вторинний вплив захворювання на розвиток плода та вплив на нервово-психічну систему матері. В цілому прогноз перебігу даних захворювань для впливу на вагітність та вихід вагітності благоприємний.

Література

1. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: 3т / Клаус Вольф, Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А. Кубановой. - М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. – Т.2. – С.1043-1052.
2. Дерматовенерология. Национальное руководство / под. ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОЕАР-Медиа, 2011. – 1024 с. – (Серия «Национальные руководства»).
3. Дифференциальная диагностика кожных болезней / под ред. Б.А. Беренбейна и А.А. Струдницина.- М. - 1989. - С. 286.
4. Кожные симптомы при внутренних болезнях: учебное пособие / под редакцией В.И. Степаненко, Л.П. Цыркунова. – К.:КИМ, 2012. – 568 с., ил. 192.
5. Родионов А.Н. Дерматовенерология. Полное руководство для врачей. – СПб: Наука и Техника, 2012. – 1200 с.
6. Alpha-MSH and pregnancy / Altmeyer P. [et al.] // Zeit. Hautkrankheiten. - 1989. - Vol. 64.- P. 577.
7. Dacus J. V., Muram D. Pruritus in pregnancy // South. Med. J.- 1987. – Vol. 80. –P614.
8. Bullous pemphigoid and herpes gestationis autoantibodies recognize a common non-collagenous site on the BP180 ectodomain / Giudice G. J. [et al.] // J. Immunol. -1993.- Vol. 151. – P. 5742.
9. Shornick J. K. Fetal risks in herpes gestationis / Shornick J. K., Black M. M. // J. Am. Acad. Dermatol. - 1992. –Vol. 26. – P.63.
10. Holmes R. C. The fetal prognosis in pemphigoid gestationis (herpes gestationis) / Holmes R. C., Black M. M. // Br. J. Dermatol. -1984. –Vol. 110.- P.67.
11. Pruet K. A. Papular dermatitis of pregnancy / Pruet K. A., Kim R. // Obstet. Gynecol. - 1980. –Vol. 55.-P.38s.
12. Oral acyclovir and recurrent genital herpes during late pregnancy / Haddad J. [et al.] // Obstet. Gynecol. - 1993. –Vol. 82.- P.102.
13. Watts D. H. Antiviral agents. Obstet. Gynecol // Clin. North Am. - 1992. Vol. 19.-P.563.
14. Winton G. B. Skin diseases aggravated by pregnancy // J. Am. Acad. Dermatol. -1989. – Vol. 20, N1.

Э.А. Мурзина

**Заболевания кожи, специфические для беременности
Национальная медицинская академия последипломного
образования имени П.Л. Шупика**

Вступление. Беременность сопровождается значительными метаболическими изменениями, которые могут приводить к изменениям со стороны кожи и ее придатков. Наряду с этим, при беременности могут наблюдаться и кожные заболевания. Классификацию изменений кожи при беременности можно представить так:

- физиологические изменения кожи, обусловленные беременностью;
- опухоли кожи, рост которых ускоряется при беременности;
- болезни кожи, специфические для беременности;
- болезни кожи, обостряющиеся во время беременности;
- инфекции половых органов, повышающие риск перинатальных осложнений.

Практикующему врачу необходимо не только правильно провести диагностику, поставить диагноз, назначить лечение, но и успокоить пациентку. Потому что от тактики врача – как исцелителя, зависит жизнь не только будущей матери, а и еще нерожденного ребенка.

Цель. Обратить внимание врачей-дерматовенерологов, врачей-гинекологов и врачей общей практики – семейной медицины на группу заболеваний, которые специфические и встречаются только во время беременности женщины, для своевременной постановки диагноза, правильного прогнозирования всего периода беременности и влияние на здоровье новорожденного.

Результаты. Прогноз данных заболеваний в плане влияния на течение и исход беременности в целом можно назвать благоприятным. Следует иметь в виду лишь возможное вторичное воздействие на развитие плода состояния нервно-психической системы матери.

Выводы. Дерматозы при беременности следует оценивать, прежде всего, с точки зрения их опасности для матери и риска для плода.

Ключевые слова: болезни кожи, беременность, риск для плода.

E. A. Murzina

Skin Diseases Specific to Pregnancy

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Pregnancy is accompanied by significant metabolic changes which can cause the changes of skin and appendages of skin. At the same time, skin diseases can be observed during pregnancy. Skin changes during pregnancy can be classified as follows:

- physiological changes of skin specific to pregnancy;
- skin tumours growth accelerated by pregnancy;
- skin diseases specific to pregnancy;
- skin diseases worsened by pregnancy;
- genital infections increasing the risk of perinatal complications.

General practitioner is not only to examine and diagnose, prescribe treatment, but also to calm a patient down, as both the life of a mother and the life of her unborn baby depend on a therapeutic approach.

Aim. To pay the attention of dermatologists, gynaecologists and general practitioners – family doctors to the diseases specific to pregnancy in order to timely diagnose, accurately predict all the period of pregnancy.

Results. The prediction of the consequences of specific-pregnancy diseases can be favourable as a whole. It should be taken into account a mother's neuropsychic system secondary effect on the fetal development.

Conclusions. Dermatoses specific to pregnancy should be evaluated in terms of their danger and risk for a mother and the fetus.

Key words: skin diseases, pregnancy, risk to the fetus.

Відомості про автора:

Мурзіна Ельвіна Олександрівна – доцент, к.мед.н., доцент кафедри дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК 616.5;616.97

© Н. М. НЕЧИПОРЕНКО, 2014

Н. М. Нечипоренко

**РОЗРОБКА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ПОКАЗАНЬ
ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЛІКУ-
ВАННЯ ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІД ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ
МАТЕРІВ, ХВОРИХ НА СИФІЛІС**

**Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика**

Вступ. Незважаючи на схожість епідеміологічного розвитку ВІЛ та сифілітичної інфекцій, до кінця не встановлено епідеміологічні особливості поєданого інфікування на сифіліс та ВІЛ у вагітних та ефективність проти-сифілітичного профілактичного лікування дітям з одночасним перинатальним контактом з ВІЛ та сифілітичною інфекцією.

Мета. Провести клініко-серологічне динамічне спостереження дітей з перинатальним контактом на ВІЛ та сифіліс з урахуванням отриманого лікування та сформулювати показання до лікування та реабілітації дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих жінок, хворих на сифіліс під час вагітності.

Результати. В роботі надані результати проведеного клініко-лабораторного обстеження 21 матері та їх 22 новонароджених дітей з перинатальним контактом на ВІЛ та сифіліс. У ході дослідження було вивчено особливості преморбідного фону матерів, ко-інфікованих на ВІЛ і сифіліс та клініко-серологічні особливості формування здоров'я дітей з перинатальним контактом