

Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М.
Горького»

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

Герпетиформная экзема Капоши у детей с атопическим дерматитом: принципы диагностики и лечения

Ассистент, к.м.н. Горбенко А.С.

г. Донецк 15.03.2023

- ▶ Герпетиформная экзема Капоши (Eczema herpetiformis) (вариолиформный пустулез, острый оспенновидный пустулез, синдром Капоши — вирусное заболевание, которое вызывает ВПГ-1.



Эпидемиология

Источник инфекции — больные простым герпесом с клиническими проявлениями болезни. При тесном контакте возможно заражение от людей, привитых вакциной против натуральной оспы. Это заболевание встречается в основном у детей, страдающих экземой, нейродермитом, эритродермией, эпидемической пузырьчаткой и другими дерматозами, при которых участки нарушения целостности кожных покровов служат входными воротами для инфекции. Инкубационный период составляет в среднем 3–7 дней.

Дерматовенерология. Национальное руководство Под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 1024 с.

Киника

- ▶ Начало заболевания внезапное, сопровождается ознобом, плохим общим самочувствием, интоксикацией и подъемом температуры тела до 39–40 °С . Спустя 2–4 дня на пораженных участках кожи появляется обильная везикулезная сыпь с пупкообразным вдавлением в центре. Пузырьки высыпают толчкообразно на протяжении 3–4 нед, поэтому наряду со свежими высыпаниями, которые сопровождаются повышением температуры тела, присутствуют пузырьки и пустулы с геморрагическим содержимым. Вскрывшиеся пузырьки и пустулы покрываются корочкой черного цвета, после отторжения которой при условии недостаточного ухода за ребенком могут остаться оспенноподобные рубчики и временная пигментация. Одновременно происходит увеличение регионарных лимфатических узлов. Часто поражаются слизистые оболочки полости рта, глаз и половых органов. Заболевание длится от 10 до 70 дней и более. Отмечают изменения как в общем анализе крови (гипохромная анемия, лейкопения, эозинофилия или эозинопения, увеличенное СОЭ), так и в анализе мочи (повышенное содержание белка, лейкоцитоз до 10 в поле зрения)



Дерматовенерология. Национальное руководство Под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.

- ▶ Возможны осложнения (пневмония, отит, кератоконъюнктивит, иногда с изъязвлением роговицы, расстройства пищеварения). При тяжелом течении развиваются менингеальные симптомы, энцефалиты, и без соответствующего лечения заболевание может привести к летальному исходу. У детей до 1 года заболевание протекает особенно тяжело и заканчивается в 10–40% случаев летально вследствие обезвоживания организма, вторичной микробной инфекции, шока, вызванного некрозом надпочечников. Рецидивы герпетической экземы возможны.

Диагностика

Диагноз ставиться на основании анамнеза, клинических и лабораторных данных

1. Клинический анализ крови развернутый
2. Общий анализ мочи
3. Анализ крови на сахар
4. ФЛГ
5. Биохимический комплекс печени (билирубин, АсАт, АлАт)
6. Обследование на сифилис
7. Обследование на ВИЧ с согласия пациента (после ДКТ)
8. Обследование на патологические грибки
9. Обследование на урогенитальные инфекции (по показаниям)

Консультации смежных специалистов при сопутствующей патологии (по показаниям)

Диагностика

Выявление возбудителя

- ▶ Проба Цанка из материала с очагов поражения
- ▶ Определение вирусных антигенов в мазке из везикул
- ▶ Выделение вируса в культуре клеток
- ▶ Определение типоспецифические антител Ig M и IgG в крови с помощью иммуноблоттинга и иммуноферментного анализа (с 10 дня от начала заболевания)
- ▶ Полимеразная цепная реакция - определение ДНК-возбудителя из материала с очагов поражения (при виремии в сыворотке крови)
- ▶ Бактериологическое исследование сопределиением чувствительности к антибиотикам из пустул и крови при подозрении на вторичное инфицирование и сепсис

- ▶ При гистологическом исследовании наблюдаются баллонная дегенерацию кератиноцитов с гигантскими многоядерными эпителиальными клетками с базофильным ободком по краю ядра, скопление нейтрофильных лейкоцитов, внутриклеточные включения.

Дерматовенерология. Национальное руководство Под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.

Лечение

Тактика врача определяется степенью тяжести заболевания и периодом его развития, а также присоединением вторичной инфекции.

Противовирусные препараты (внутри, в/в, местно) первого ряда - Ацикловир и его производные Фамцикловир, Валацикловир.

При присоединении вторичной инфекции - антибиотики широкого спектра действия.

Системные глюкокортикоидные гормоны (по показаниям)

Дезинтоксикационная терапия (по показаниям)

Витаминотерапия

Антигистаминные препараты

Гипосенсибилизирующая терапия

Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб, и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с.

Лечение

▶ Первая линия

Ацикловир перорально 400 мг 3 раза в сутки в течении 7 дней

Валацикловир перорально 500 мг 3 раза в сутки в течении 7 дней

Фамцикловир перорально 250 мг 3 раза в сутки в течении 7 дней

▶ Вторая линия

Ацикловир (10-15 мг / кг / день) внутривенно в течении 7 дней

▶ Третья линия

Фоскарнет в дозе 120 мг / кг / сут в течении 7 дней

▶ Местно

Противовирусные крема

Применяют местно на конъюнктиву 5 раз/сут. Продолжительность лечения зависит от тяжести заболевания.

Наружно наносится на пораженные участки кожи 4 раза/сут с интервалом 4 ч, длительность лечения - 7 дней.

▶ При вторичном инфицировании эритромицин или диклоксациллин перорально

При частых рецидивах длительное применение низких доз ацикловира или валацикловира.

► Спасибо за внимание