



Дерматозы беременных как форма редких ТОКСИКОЗОВ

**ГБУЗ МО МОНИИАГ
д.м.н. Новикова С.В.**

Токсикозы беременных - заболевания, возникающие во время и в связи с беременностью и проходящие, как правило, с ее окончанием в раннем послеродовом периоде

Принципиальное отличие между токсикозами -
основной тип нарушений в организме беременной.
При ранних токсикозах - расстройства функций
пищеварительной системы. При преэклампсии -
сосудистые нарушения. При редких токсикозах, в
частности при дерматозах, - нарушение функции
паращитовидных желез, приводящее к нарушению
кальциевого обмена.

Теории развития ранних и редких ТОКСИКОЗОВ

Неврогенная

Кортико-висцеральная

Гормональная

Аллергическая

Иммунная

*Основная роль принадлежит нейро-
вегетативно-иммунно-эндокринным
нарушениям*

В развитии ранних и редких токсикозов определенную роль играют:

**Экстрагенитальные и гинекологические
заболевания**

Масса тела

**Непереносимость оральных
контрацептивов**

Аллергические заболевания

Курение

Многоплодная беременность

**Рвота беременных: 14-19%, 1,0% -
тяжелая форма**

**Нетоксическая тошнота и рвота (НТРБ) -
тошнота и рвота, не сопровождающиеся
нарушениями функций других систем
организма беременной**

**Токсическая тошнота и рвота (ТТРБ) -
рвота, при которой возникают изменения
в обмене веществ и нейроэндокринной
системе с характерной клинической
симптоматикой**

**ТТРБ разделяется на 3 степени тяжести:
легкая, умеренная, чрезмерная**

Редкие токсикозы беременных

1. Слюнотечение

2. Дерматозы

3. Тетания беременных

4. Бронхиальная астма беременных

5. Остеомаляция беременных

6. Желтухи беременных, относящиеся к редким токсикозам:

-внутрипеченочный холестаз беременных

-острая жировая дистрофия печени

Кожные проявления у беременных

- Пигментация кожи;
- Волосы, редуют, выпадают, иногда диффузная алопеция;
- Ногтевые пластинки (онихолизис);
- Потница;
- Эритема ладоней;
- Ангиомы (кожа головы и шеи);
- Обострение аутоиммунных заболеваний (СКВ, грибовидный микоз, атопический дерматит).

Эффект беременности на псориаз – различный.

Дерматозы беременных - группа дерматозов, развитие и течение которых связано с беременностью

- 1. Кожный зуд**
- 2. Атрофические полосы**
- 3. Папилломы**
- 4. Импетиго герпетиформное**
- 5. Полиморфный дерматоз беременных**
- 6. Пруриго**
- 7. Зудящие фолликулиты беременных**
- 8. Папулезный дерматит**
- 9. Аутоиммунный прогестероновый дерматит беременных**

Дерматозы беременных

Кожный зуд

Зуд, общий или локальный, иногда мучительный;

Бессоница;

Раздражительность.

Дифференциальный диагноз: сахарный диабет, грибковые заболевания кожи, трихомониаз, аллергические реакции, внутрипеченочный холестаз беременных, чесотка.

Дерматозы беременных

Атрофические полосы

Появляются у большинства беременных
на коже живота, ягодиц,
молочных желез



Дерматозы беременных

Папилломы (мягкие бородавки) - множественные мелкие (5 мм) выросты на коже, часто появляющиеся во второй половине беременности на коже лица, шеи, подмышечных впадин, под молочными железами. Предполагают, что их возникновение связано с гормональными сдвигами. После родов они самостоятельно регрессируют.

Дерматозы беременных



Папилломы (мягкие бородавки)

Дерматозы беременных

Полиморфный дерматоз беременных

(дерматоз беременных зудящий уртикарно-папулезный и бляшечный, эритема беременных) – развивается в III триместре обычно первой беременности и самостоятельно регрессирует в течение нескольких дней после родов. При следующих беременностях повторяется редко и выражен слабее. Развитие связывают с увеличением веса беременной и абдоминальным перерастяжением.

Дерматозы беременных - группа дерматозов, развитие и течение которых связано с беременностью

Полиморфный дерматоз беременных

Клиническая картина: зудящие уртикарно-папулезные и бляшкоподобные высыпания, местами образующие сливные полициклические очаги, иногда единичные везикулезные элементы.

Основная локализация: кожа живота, но в ряде случаев может быть поражена кожа конечностей.

Гистологические изменения напоминают раннюю (пребуллезную) фазу герпеса беременных.

Неблагоприятных влияний на беременную и плод не отмечено.

Дерматозы беременных



Полиморфный дерматоз беременных:
уртикарно-папулезные высыпания

Дерматозы беременных

Полиморфный дерматоз беременных

- Лечение:
- седативные средства (пустырник и др.);
 - антигистаминные препараты;
 - наружные противозудные взбалтываемые взвеси;
 - кремы с каламином (цинковая кремнистая руда);
 - кортикостероидные мази.

Дерматозы беременных

Пруриго – зудящий дерматоз

Основной элемент сыпи – небольшие узелки с геморрагической корочкой на вершине.

Выраженный зуд приводит к расчесыванию высыпаний и появлению глубоких эскориаций.

Локализация: разгибательные участки конечностей без вовлечения сгибательных.

Появляется от 25-й до 30-й недели беременности, сохраняется на протяжении всей беременности, плохо поддается лечению. После родов самостоятельно регрессирует.

Лечение: диета, витамины, физиотерапия, антигистаминные и седативные средства.

Дерматозы беременных

Пруриго – зудящий дерматоз



Узелки с геморрагической корочкой

Дерматозы беременных

Зудящие фолликулиты беременных

Развиваются во II - III триместрах беременности, напоминают стероидные угри.

Гистологически: картина неспецифического фолликулита.



Дерматозы беременных

Аутоиммунный прогестероновый дерматит беременных

Очень редкий дерматоз в виде акнеформной сыпи на коже конечностей, ягодиц, нередко сочетается с артритом и отличается положительным кожным тестом на прогестерон.

Лечение - симптоматическое.



Дерматозы беременных

Папулезный дерматит беременных

Редкий дерматоз беременных. Его диагностируют в 30% случаев внутриутробной гибели плода.

Высыпания - зудящие папулы (3-5 мм) с маленькой центральной корочкой.

Папулезный дерматит



Зудящие папулы

Папулезный дерматит (ПД) беременных
Описан Шпанглером в 1962г. По его
оценке заболевание встречается с
частотой 1 случай на 2400 беремен-
ностей и в 27-37% случаев приводит к
антенатальной гибели плода. В связи с
высоким риском для плода Шпанглер и
соавт. рекомендовали назначение
преднизолона в дозе до 200 мг в сутки
или диэтилстильбэстрола в дозе 600 -
2500 мг в сутки. В указанных дозиро-
вках удастся купировать симптомы и
устранить риск для плода.

Папулезный дерматит беременных

Не всеми признается риск для плода (Rahban).

Может возникнуть на любом гестационном сроке. Папулы могут располагаться на различных участках тела, не сливаются, через 10 дней сменяются гиперпигментированными пятнами.

Лабораторные признаки: высокое содержание ХГв моче, низкое содержание эстрогенов и кортизола в сыворотке крови.

Гистология: в поверхностных слоях пораженного участка кожи – периваскулярная инфильтрация, представленная лимфоцитами, эозинофилами, иногда с примесью эритроцитов.

Дерматозы беременных

Папулезный дерматит беременных

Лечение: глюкокортикостероиды (40-200 мг внутрь), позволяют добиться эффекта через 24-48 часов. Для устранения зуда - H1-блокаторы гистаминовых рецепторов внутрь, средства для наружного применения.

При адекватном лечении можно улучшить прогноз для плода. При последующих беременностях заболевание может возникать повторно.

Дерматозы беременных

Герпетиформное импетиго (ГИ) – редкий пустулез, встречающийся чаще всего у беременных на фоне гипопаратиреоза, гипокальциемии.

ГИ приводит к внутриутробной гибели плода, спонтанному аборту, т.е. очевидна связь с гормональными нарушениями. Имеет яркую гендерную окраску.

Описано в 1872 году под видом гнойного лишая дерматологом Ф.Гebra. Большую роль в описании заболевания сыграли М.Капоши и В.Фрейд.

Актуальность проблемы связана с неблагоприятным прогнозом для беременных.

Дерматозы беременных

Патогенез ГИ: в дерматологии принято рассматривать эндокринный, метаболический и инфекционный патогенез.

Эндокринный генез: нарушение работы паращитовидных желез. Снижение синтеза паратгормона приводит к нарушению обмена кальция, магния, фосфора, отвечающих за питание тканей, изменяется трофика кожи. Следующая цепь событий: зуд-сухость кожи-появление пузырьков с серозным, серозно-гнойным содержимым-возникает пустулез.

Дерматозы беременных

Метаболический генез: низкое содержание в крови кальция, регулирующего внутриклеточные процессы. При дефиците кальция, при нарушении синтеза витамина D в коже наступает дисфункция эпидермиса и дермы. Возникают проявления дерматоза.

Инфекционный генез признается немногими дерматологами, поскольку основан на случайном выделении из некоторых пустул стафилококков и стрептококков. В основном содержимое пустул стерильно (Сз комплимент).

Дерматозы беременных

Местные симптомы ГИ: мелкие, тесно расположенные друг к другу, пустулы, гиперемия кожи в области крупных складок, внутренней поверхности бедер.

Тенденция к периферическому росту, слиянию мелких элементов в крупные кольцевидные очаги, распространение по кожному покрову. На слизистые процесс переходит редко. Пустулы ссыхаются, переходят в отпадающие корки, оставляя участки депигментации.

Общие симптомы ГИ: головная боль, температура, боли в суставах, озноб, судороги, рвота, бред.

ИТОГ: потеря ребенка, летальный исход.

Дерматозы беременных



**Герпетиформное импетиго: пустулезные
высыпания**

Дерматозы беременных



- **Герпетиформное импетиго:
пустулезные высыпания**

Дерматозы беременных



**Герпетиформное импетиго:
пустулезные высыпания**

Дерматозы беременных

Диагностика ГИ: клиническая, с учетом данных анамнеза (оперативные вмешательства на щитовидной и паращитовидных железах), гистологических данных.

Патоморфология дает картину нейтрофильной инфильтрации эпидермиса с образованием пустул Когоя в шиповидном слое, эозинофильной инфильтрации дермы.

Дифференциальный диагноз: пустулезный псориаз, дерматит Дюринга, герпес.

Лечение ГИ:

- **гормональные** противовоспалительные препараты: преднизолон, дипроспан, тигазон;
- **антибактериальные** препараты широкого спектра действия;
- **сердечно-сосудистые** средства;
- препараты **железа**;
- **витамины В, D, С**;
- **инфузии**: неогемодез, реосорбилакт, гемотрансфузии;
- **паратиреоидин** совместно с кальцием хлоридом;
- **ванны** с перманганатом калия;
- **плазмаферез, гемосорбция**;
- **местно**: фукорцин, анилиновые красители, мази, содержащие антибиотики и кортикостероиды.

В тяжелых случаях лечение проводится в реанимационном отделении с обязательной курацией пациента врачом-дерматологом.

Редкие токсикозы беременных

1. Слюнотечение
2. Дерматозы
3. Тетания беременных
4. Бронхиальная астма беременных
5. Остеомаляция беременных
6. Желтухи беременных, относящиеся к

редким токсикозам:

- **внутрипеченочный холестаз беременных**

- острая жировая дистрофия печени

Желтухи беременных

Ж., связанные с гепатотропными инфекциями

◆ **Ж., связанные с беременностью**

◆ **Ж., не связанные с гепатотропными инфекциями и с беременностью**

Желтухи, связанные с гепатотропными инфекциями

- Вирусные гепатиты (А, В, С, Д, Е)
- Герпесвирусная инфекция, ВИЧ, желтая лихорадка
- Спирохеты (лептоспироз, вторичный сифилис)
- Бактерии (сальмонеллы, брюшной тиф, паратифы, иерсиниоз, листериоз)
- Протозойная инфекция (малярия, амебиаз, токсоплазмоз)
- Гельминтозы (массивная инвазия эхинококком)

Желтухи, не связанные с гепатотропными инфекциями и с беременностью

- Механические желтухи (ЖКБ, опухоли)
- Гемолитические желтухи
- Обменные нарушения (неалкогольный стеатогепатит)
- Токсические желтухи
- Аутоиммунный гепатит
- Наследственные желтухи (б-нь Жильбера - наследственная гипербилирубинемия, б-нь Коновалова-Вильсона (гепатоцеребральная дистрофия - избыток накопления меди)
- Абсцессы печени
- Гемобластозы с инфильтрацией печени

Желтухи, связанные с беременностью

- Внутрипеченочный холестаз (ВПХ)
- Острая жировая дистрофия печени
- HELLP-синдром
- Чрезмерная рвота беременных

**Внутрипеченочный холестаз
беременных - ВХБ
(холестатический гепатоз,
доброкачественный
рецидивирующий холестаз
беременных, идиопатическая
желтуха беременных) - осложнение
2 половины беременности,
сопровождающееся интенсивным
кожным зудом и желтухой, не
связанное с вирусной инфекцией и
полностью регрессирующее после
родоразрешения.**

Лечение дерматозов беременных:

1. Диета;
2. Витамины;
3. Физиотерапия;
4. Антигистаминные средства;
5. Седативные средства;
6. Наружные противозудные
взбалтываемые взвеси;
7. Кортикостероидные мази;
8. Глюкокортикостероиды;
9. Эстрогены (диэтилстильбэстрол)

Основные принципы лечения:

Основа - адекватная диагностика:
дерматологический осмотр!

Дифференциальная диагностика:
консультации смежных специалистов!

Адекватное наблюдение за развитием
беременности со стороны акушера-
гинеколога!



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ