

ნატო კორსანტია, ა.კაციტაძე, ნ.კილაძე, ნ.ცისკარიშვილი, მ.თევზაძე,
ნ.ადამაშვილი, ნინო კორსანტია

ჟიბერის ვარდისფერი პიტირიაზი მარტივი ჰერპესის ფონზე - კლინიკური შემთხვევა
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

NATO KORSANTIA, AL. KATSITADZE, N.KILADZE, N.TSISKARISHVILI, M.TEVZADZE,
N.ADAMASHVILI, NINO KORSANTIA

PITYRIASIS ROSEA GIBERT AND HERPES SIMPLEX – CLINICAL CASE

Tbilisi State Medical Centre

SUMMARY

Pityriasis rosea (PR) is a dermatological disorder seen commonly in clinical practice. Despite its prevalence and benign nature, there are still times when this common disorder presents in an uncommon way or course posing diagnostic or management problems for the physician. The etiopathogenesis of PR has always been a dilemma, and extensive research is going on to elicit the exact cause. This review and case report focus mainly on the difficult aspects of this benign common disorder such as etiopathogenesis, atypical manifestations, recurrent cases, differential diagnosis and treatment.

ვარდისფერი პიტირიაზი (PR) პაპულო-სქვამოზური დაავადებაა, რომელიც პირველად 1798 წელს რობერტ ვილანმა აღწერა, თუმცა სხვა ტერმინოლოგიით [1]. 1860 წელს კი ჟიბერმა დაახასიათა მისი კონკრეტული, ლაქოვანი ფორმა (Gibert CM. *Traité Pratique Des Maladies de La Peau et de La Syphilis, Volume 2*. H. Plon, Paris, France; 1860).

დაავადება ჩვეულებრივ იწყება დიდი ზომის ერთემატოზული, ქერცლით დაფარული ლაქით, რომელსაც ეწოდება ჰერალდის ბალთა ან დედისეული ლაქა, რასაც მოსდევს მრავალი, მეორადი, მცირე ზომის ერთემატოზული აქერცლილი ლაქები, რომლებიც განლაგებულია ძირითადად გულმკერდსა და ზურგზე. ჩვეულებრივ, გამონაყარს წინ უძღვის ყელის ტკივილი, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დარღვევები, ცხელება და ართრალგია. ამასთან, ვინაიდან პროდრომი შეიძლება იყოს მსუბუქი და გამონაყარი მოგვიანებით განვითარდეს, პაციენტმა შეიძლება არც კი მიაქციოს სათანადო ყურადღება ანამნეზს. PR-ის სავარაუდო სიხშირე 0,5-2%-ს შეადგენს და გვხვდება ორივე სქესში, 15-30 წლის ასაკში, თუმცა ასევე ხშირად გვხვდება ხანდაზმულებში და ბავშვებში. [3] დაავადება უმეტეს შემთხვევაში, 2-8 კვირაში გადის. დაფიქსირებულია ოჯახური კლასტერები, აღსანიშნავია რომ დაავადება უფრო ხშირია ზამთარში.

PR დიაგნოზი და მართვა ჩვეულებრივ ადვილია, თუმცა არსებობს გარკვეული ასპექტები, რომელთა წინაშეც დგება დერმატოლოგი ყოველდღიურ პრაქტიკაში. ამიტომ წარმოდგენილი მიმოხილვა და კლინიკური შემთხვევის აღწერა მოწოდებულია ვარდისფერი პიტირიაზის ზოგიერთი ასპექტის უფრო ძირფესვიანი შეფასებისთვის.

ბოლო წლების განმავლობაში უამრავი ჰიპოთეზა იქნა გამოთქმული PR-ის ზუსტი მიზეზის შესახებ, რაც მოიცავს როგორც ინფექციურ აგენტებს, როგორცაა ვირუსები, ბაქტერიები, სპიროქეტები და არაინფექციურ მდგომარეობებს, როგორცაა ატოპია და აუტოიმუნიტეტი.

არსებობს მრავალი ფაქტორი, რომლებიც მიუთითებენ ინფექციური ეტიოლოგიის შესაძლებლობაზე, როგორცაა სეზონური ვარიაციები, პროდრომის არსებობა, ზოგიერთ შემთხვევაში ოჯახური კლასტერები და ჰერალდის ბალთა (რაც შეიძლება კორელაციაში იყოს ორგანიზმის ინოკულაციასთან), რომელსაც მოყვება

მეორადი გამონაყარი და იშვიათი რეციდივები. ამასთან, მიუხედავად მრავალი მცდელობისა, მაინც არ არსებობს სარწმუნო მტკიცებულება ამ ინფექციის რომელიმე კონკრეტული ერთი ინფექციური აგენტის შესახებ. ამ ძიებამ გამოიწვია რიგი ორგანიზმების შეფასება, როგორცაა ციტომეგალოვირუსი (CMV), ებშტეინ – ბარის ვირუსი, ჰარვოვირუსი B19, პიკორნავირუსი, გრიპის და პარაგრიპის ვირუსები, Legionella spp., Mycoplasma spp. და Chlamydia spp. ინფექციები; ამასთან, არსებობს მტკიცებულებები, რომ PR არ არის დაკავშირებული მათთან [4, 8]

ბოლო პერიოდში სულ უფრო იზრდება მტკიცებულებები, რომლებიც მიანიშნებს ადამიანის ჰერპესის ვირუსის (HHV) როლზე PR პათოგენეზში. 1997 წელს Drago et al. პირველად გამოთქვა აზრი HHV 7-ის როლზე PR ეტიოლოგიაში, PR პაციენტების (და არა კონტროლის) შრატსა და პერიფერიული სისხლის მონონუკლეარულ უჯრედებში HHV 7-ის აღმოჩენით, რაც მიუთითებს სავარაუდო მიზეზობრივ კავშირზე. [5]

Watanabe et al. ჩაატარა პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია (PCR) HHV 6, HHV 7 და CMV დნმ-ის დასადგენად 14 PR პაციენტში, სადაც HHV 7 დნმ აღმოჩნდა დაზიანებულ კანში (93%), არადაზიანებულ კანში (86%), ნერწყვში (100%), პერიფერიული სისხლის მონონუკლეარული უჯრედების (83%) და შრატის (100%) ნიმუშებში, ხოლო HHV 6 დნმ დაფიქსირდა დაზიანებულ კანში (86%), არადაზიანებულ კანში (79%), ნერწყვში (80%), პერიფერიული სისხლის მონონუკლეარული უჯრედების (83%) და შრატის (88%) ნიმუშებში. CMV არ დაფიქსირდა არცერთ ჩამოთვლილ ნიმუშში [6].

ავტორებმა ასევე განაცხადეს, რომ ვინაიდან ვირუსი ნერწყვში იქნა აღმოჩენილი, პაციენტებს ჰქონდათ უფრო მეტად რეაქტივაცია, ვიდრე პირველადი ინფექცია, რადგან სანერწყვე ჯირკვლები რეზერვუარად მოქმედებს მხოლოდ ადრე ინფიცირებულ პირებში. გარდა ამისა, დაზიანებულ კანში ამ ვირუსების მცირე დონემ გამოიწვია ჰიპოთეზა, რომ ეს ვირუსები არ აზიანებენ უშუალოდ კანის უჯრედებს და PR რეალურად რეაქტიული რეაქციის შედეგია სისტემური ვირუსული რეპლიკაციისთვის. მიჩნეულია, რომ ვირუსული ინფექციების აქტივაცია ხდება იმუნური სისტემის დათრგუნვის ფონზე. ამიტომაც ჰიპოთეზის სახით შესაძლებელია ვარაუდი, რომ ვარდისფერი პიტირიაზის დასაწყისი შეიძლება კავშირში იყოს იმუნური სისტემის დათრგუნვასთან, გამოწვეული სხვადასხვა მიზეზის გამო [12,13].

PR-ის ატიპიური გამოვლინებები ჩვეულებრივ გვხვდება დერმატოლოგიურ პრაქტიკაში და უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ ვარიანტების უმეტესობა ატიპიურია მორფოლოგიაში და არა პროგნოზში. ატიპიური ფორმების სიხშირე 20% -ს შეადგენს [15]. ატიპიურობა შეიძლება გამოიხატებოდეს მორფოლოგიაში, ზომაში, განაწილებაში, მიმდინარეობაში ან სიმპტომებში. ზოგი ავტორი მიიჩნევს, რომ ბავშვები უფრო მეტად არიან განწყობილნი ატიპიური ვარიანტების მიმართ, ვიდრე მოზრდილები [7]. ატიპიურ ვარიანტებს მიეკუთვნება ვეზიკულური, პურპურული, ურტიკარიული, ლიქენოიდური, გენერალიზებული, მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის მსგავსი, ფოლიკულური, გიგანტური, ექსფოლიაციური ფორმები [9].

ითვლება, რომ PR-ის განმეორება იშვიათია და მეორე ეპიზოდი კვლევებით დაფიქსირებულია პაციენტთა 1–3% -ში. მრავალჯერადი განმეორება (>2) ითვლება ძალიან იშვიათად. რეციდივის ზუსტი ეტიოლოგია არ არის ცნობილი, მაგრამ თვლიან, რომ სხვა HHV ვირუსების მსგავსად (varicella zoster virus და Epstein-Barr virus), რომლებიც დაკავშირებულია რეაქტივაციასთან; HHV6 და HHV7 – ის რეაქტივაცია შეიძლება იყოს პასუხისმგებელი განმეორებით ეპიზოდებზე [10]

ვარდისფერი პიტირიაზის დიაგნოზის დროს უნდა გამოირიცხოს ისეთი დაავადებები, როგორცაა: მეორადი სიფილისი, დერმატოფიტია, წვეთოვანი

ფსორიაზი, ნუმულარული ეგზემა, ქვემწვავე მგლურა, კანის T-უჯრედოვანი ლიმფომა. იშვიათი მდგომარეობები: წითელი ბრტყელი ლიქენი, ცენტრიდანული ერიოთემა, ნაირფეროვანი პიტირიაზი, ტოქსიდერმია, ვასკულიტი [11].

ვარდისფერი პიტირიაზის მკურნალობა სიმპტომურია. იმის გათვალისწინებით, რომ დაავადება უმეტესად გართულებების გარეშე თავისით გადის, სისტემური მკურნალობის სქემები არ გამოიყენება. მაგრამ გავრცელებული, გამოხატული სიმპტომების დროს დამატებით ინიშნება ანტიჰისტამინები. ანტიბიოტიკების და ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება დაფიქსირდა მხოლოდ იმ კვლევებში, რომლებიც მიმართული იყო ეტიოლოგიური ფაქტორის აღმოჩენისკენ. განსაკუთრებით ხშირია ამ მხრივ აციკლოვირის ჩართვა. კვლევებმა აჩვენა აციკლოვირის ჯგუფში უფრო სწრაფი გამოჯანმრთელება, სიმპტომების (ქავილი) გაქრობა [11].

წარმოგიდგენთ ჩვენს კლინიკურ შემთხვევას. მოგვმართა 33 წლის მამაკაცმა, ჩივილებით ლაქოვან გამონაყარზე გულმკერდსა და ზურგზე, ასევე მარჯვენა თეძოს არეში შეჯგუფებულ წვრილ ბუმბუტუკებზე. აღნიშნავდა ქავილს, განსაკუთრებით ოფლიანობის და აბაზანიდან გამოსვლის შემდეგ. თავდაპირველად შენიშნა წვრილბუმბუტუკოვანი ელემენტების ჯგუფი, რამდენიმე დღეში დააფიქსირა ვარდისფერი ლაქების გაჩენა, თანდათანობით გავრცელებით გულმკერდზე და შემდეგ ზურგზე. ავადაა ჯამში 2 კვირა.



ობიექტურად, პაციენტს გულმკერდსა და ზურგზე აღნიშნება სხვადასხვა ზომის, უპირატესად 1 სანტიმეტრის ლაქოვანი გამონაყარი, აგრეთვე მარჯვენა თეძოს უბანში - წვრილ ბუმბუტუკოვანი გამონაყარი, რეგრესიის სტადიაში.

დიაგნოზი: მარტივი ჰერპესი, ჟიბერის ვარდისფერი პიტირიაზი - დაისვა კლინიკური გამოვლინებების საფუძველზე. მეორადი სიფილისის გამორიცხვის გამო ჩატარდა VDRL კვლევა, რომელმაც მოგვცა უარყოფითი პასუხი.

მკურნალობის სქემა: მარტივი ჰერპესის გამო - აციკლოვირი 200, თითო აბი 5 ჯერ დღეში 7 დღის განმავლობაში, ადგილობრივად აციკლოვირის კრემი. ჟიბერის

ვარდისფერი პიტირიაზის გამო - ერიუსი 5მგ, თითო აბი, 10 დღის განმავლობაში, ლოკალურად უპირატესად საბავშვო პუდრა დღეში 3-4 ჯერ, წყლის პროცედურების შეზღუდვით.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Weiss L. Pityriasis rosea – An erythematous eruption of internal origin. JAMA. 1903;41:20–8.
2. Schwartz R, Janniger C.– Pityriasis Rosea – emedicine.medscape.com/article/1107532 – 2021.
3. Khushbu Mahajan et al. - Pityriasis Rosea: An Update on Etiopathogenesis and Management of Difficult Aspects - Indian J Dermatol. 2016 Jul-Aug; 61(4): 375–384
4. Chuh A, Chan H, Zawar V. Pityriasis rosea – Evidence for and against an infectious aetiology. Epidemiol Infect. 2004;132:381–90.
5. Drago F, Ranieri E, Malaguti F, Battifoglio ML, Losi E, Rebora A. Human herpesvirus 7 in patients with pityriasis rosea. Electron microscopy investigations and polymerase chain reaction in mononuclear cells, plasma and skin. Dermatology. 1997;195:374–8.
6. Watanabe T, Sugaya M, Nakamura K, Tamaki K. Human herpesvirus 7 and pityriasis rosea. J Invest Dermatol. 1999;113:288–9.
7. Zawar V, Jerajani H, Pol R. Current trends in pityriasis rosea. Expert Rev Dermatol. 2010;5:325–33
8. Rebora A, Drago F, Broccolo F. Pityriasis rosea and herpesviruses: facts and controversies. Clin Dermatol. 2010;28(5):497-501.
9. Harvell JD, Selig DJ. Seasonal variations in dermatologic and dermatopathologic diagnoses: a retrospective 15-year analysis of dermatopathologic data. Int J Dermatol. 2016;55(10):1115-1118.
10. Drago F, Ciccarese G, Rebora A, et al. Relapsing pityriasis rosea. Dermatology. 2014;229(4):316-318.
11. Clark M., Gudjonsson J. – Pityriasis Rosea – Fitzpatrick’s Dermatology, 2019; 9, 2, 31: 518-526.
12. Хачапуридзе Д.Р., Корсантия Н.Б., Патарая М.Р., Корсантия Б.М. - Изменения окислительного метаболизма у больных рецидивирующим герпесом - Аллергология и иммунология, М., 2008, том 9, №5, 554-556.
13. Nato Korsantia, A.Katsitadze, V.Bakhtashvili, Nino Korsantia - Clinical and Immunological Aspects of Treatment of Acute Herpetic Stomatitis with Plaferon-containing Adhesive Films. Annals of Biomedical Research and Education, 2003, Vol 3, Iss 2, 117-120

*НАТО КОРСАНТИЯ, А. КАЦИТАДЗЕ, Н. КИЛАДЗЕ, Н. ЦИСКАРИШВИЛИ,
М. ТЕВЗАДЗЕ, Н. АДАМАШВИЛИ, НИНО КОРСАНТИЯ*
РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ НА ФОНЕ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА - КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Тбилисский Государственный Медицинский Университет

Резюме

Розовый лишай (PR) — это дерматологическое заболевание, часто встречающееся в клинической практике. Несмотря на свою распространенность и доброкачественный характер, все же бывают случаи, когда проявляется необычным образом или, создает диагностические или лечебные проблемы для врача. Этиопатогенез PR всегда был дилеммой, и продолжают обширные исследования, чтобы выявить точную причину. В этом обзоре и описании случая основное внимание уделяется сложным аспектам этого распространенного доброкачественного заболевания, таким как этиопатогенез, атипичные проявления, рецидивирующие случаи, дифференциальная диагностика и лечение.

*ნატო კორსანტია, ა.კაციტაძე, ნ.კილაძე, ნ.ცისკარიშვილი, მ.თევზაძე,
ნ.ადამაშვილი, ნინო კორსანტია*

**ქიბერის ვარდისფერი პიტირიაზი მარტივი ჰერპესის ფონზე - კლინიკური შემთხვევა
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი**

რეზიუმე

ქიბერის ვარდისფერი პიტირიაზი (PR) ხშირად გვხვდება დერმატოლოგის კლინიკურ პრაქტიკაში. მისი გავრცელებისა და კეთილთვისებიანი ხასიათის მიუხედავად, ჯერ კიდევ ხშირია ისეთი შემთხვევები, როდესაც ეს, ერთი შეხედვით, ჩვეულებრივი დაავადება პრობლემებს ქმნის ექიმისთვის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თვალსაზრისით. PR- ის ეტიოპათოგენები ყოველთვის იყო დილემა და მიმდინარეობს ფართო კვლევები ზუსტი მიზეზის დასადგენად. ეს მიმოხილვა და კლინიკური შემთხვევის აღწერა ძირითადად ფოკუსირდება დაავადების იმ რთულ ასპექტებზე, როგორცაა ეტიოპათოგენები, ატიპიური გამოვლინებები, განმეორებითი შემთხვევები, დიფერენციალური დიაგნოზი და მკურნალობა.

