

отменены. Ребенку назначена только наружная терапия — водные растворы анилиновых красителей. Внутрь — антигистаминный препарат «зиртек». Рекомендовано диспансерное наблюдение, так как характерным для этого заболевания являются рецидивы.

Вывод. Данное клиническое наблюдение интересно в связи с редкой встречаемостью младенческого акропустилеза, сложностью дифференциальной диагностики и тактики ведения новорожденных детей с данным заболеванием среди неонатологов и педиатров.

References (Литература)

1. Kahn G, Rywlin AM. Acropustulosis of infancy. Arch Dermatol 1939; 115: 831–834.
2. Jarratt M, Ramsdell W. Infantill acropustulosis. Arch Dermatol 1979; 115: 834–836.
3. Dorten DW, Kaufmann M. Palmoplantar pustulosis in an infant. Acropustulosis of infancy. Arch Dermatol 1991; 132: 1365–1366.
4. Mancini AJ, Frieden IJ, Paller AS. Infantile Acropustulosis Revisited: History of Scabies and Response to Topical Corticosteroids. Pediatr Dermatol 1998; 15 (5): 337–41.
5. Cohen BA. Pediatric Dermatology. Moscow: MEDpress-Infom, 2015; 423 с. Russian (Коэн В.А. Педиатрическая дерматология. М.: МЕДпресс-информ, 2015; 423 с.).
6. Heger PG. Pediatric Dermatology. M.: Publishing Panfilov; BINOM. Knowledge Laboratory in 2013; p. 70–104. Russian (Хегер П.Г. Детская дерматология. М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013; с. 70–104).
7. Krouchuk DP, Mancini AD. Pediatric Dermatology. Moscow: Practical Medicine, 2010; p. 72–74. Russian (Кроучук Д.П., Манчини А.Д. Детская дерматология. М.: Практическая медицина, 2010; с. 72–74).
8. Kay Shiu-May Kane, Lio PA, Stratigos АДж, Johnson RA. Children's dermatology. M., 2011; 488 p. Russia (Кей Шью-Мей Кэйн, Лию П.А., Стратигос А.Дж., Джонсон Р.А. Детская дерматология. М., 2011; 488 с.).
9. Pedrero RM, Rodriguez MF, Perez RP, Laguna RL. Incontinencia pigmenti. Piel (BARC) Formation Cjntinuada tn Dermatologia 2015; 30 (1): 24–34.

УДК 616.516:615.831–08 (045)

Клинический случай

СОЧЕТАНИЕ ПСОРИАЗА И ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА. РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

К. Ю. Шерстобитова — ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», врач-дерматовенеролог-онколог; **Д. А. Шнайдер** — ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», главный врач; **С. Р. Утц** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук.

THE COMBINATION OF PSORIASIS AND SECONDARY SYPHILIS. A ROLE OF DERMATOSCOPY IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS

K. Y. Sherstobitova — Saratov Regional Dermatovenerologic Dispensary, Dermatologist Oncologist; **D. A. Schnaider** — Saratov Regional Dermatovenerologic Dispensary, Head Physician; **S. R. Utz** — Saratov State Medikal University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science

Дата поступления — 2.09.2015 г.

Дата принятия в печать — 15.09.2015 г.

Шерстобитова К. Ю., Шнайдер Д. А., Утц С. Р. Сочетание псориаза и вторичного сифилиса. Роль дерматоскопии в дифференциальной диагностике. Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (3): 447–450.

Представлен клинический случай сочетания псориаза и вторичного сифилиса. Рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики клинических проявлений сифилиса и псориаза, в том числе с использованием дерматоскопии.

Ключевые слова: псориаз, сифилис, дерматоскопия

Sherstobitova KY, Schnaider DA, Utz SR. The combination of psoriasis and secondary syphilis. Role of dermatoscopy in differential diagnostics. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2015; 11 (3): 447–450.

A clinical case of the combination of psoriasis and secondary syphilis is presented. The problem of differential diagnostics of the clinical manifestations of syphilis and psoriasis, including the dermatoscopy usage are considered.

Key words: psoriasis, syphilis, dermatoscopy.

Введение. Полиморфизм проявлений сифилиса, схожесть морфологических элементов с проявлениями различных дерматозов представляют возможность для появления диагностических ошибок в клинической практике [1–3].

Клиническая картина вторичного сифилиса может маскироваться под многие дерматозы, в том числе псориаз. В практике врача-дерматовенеролога возникает необходимость проведения дифференциальной диагностики между псориазиформными сифилидами и псориазическими папулами, особенно

в случае сочетания сифилиса и псориаза у одного больного [4–8].

Описание клинического случая. Приводим собственное наблюдение из клинической практики.

В стационар ГУЗ «Саратовский ОКВД» поступил мужчина П., 32 лет, с направительным диагнозом: «Псориаз диссеминированный папулезно-бляшечный, с поражением волосистой части головы и ногтей пластин кистей и стоп. Стадия прогрессирования. Внесезонный тип. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек? Полиаденит».

За месяц до госпитализации в стационар ГУЗ «СОКВД» пациент отмечал повышение температуры тела до 37,2°С, недомогание, озноб, головную боль, а также появление высыпаний в виде пузырьков на

Ответственный автор — Шерстобитова Ксения Юрьевна
Тел.: 8-937-968-20-40
E-mail: k.sherstobitova@gmail.com

коже лица, волосистой части головы, которые распространились на кожу туловища, верхних конечностей. По этому поводу консультирован терапевтом и инфекционистом в поликлинике по месту жительства, где был поставлен диагноз: «Ветряная оспа». Обследован на сифилис — реакция микропреципитации (3+). Направлен в ГУЗ «СОКВД».

При проведении дополнительного обследования получены положительные результаты тестов на сифилис: комплекс серологических реакций (КСР) — реакция Вассермана с кардиолипиновым антигеном отрицательная, реакция Вассермана с трепонемным антигеном отрицательная, реакция микропреципитации 2+ титр 1:2. Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) 4+. Иммуноферментный анализ (ИФА) положительный, коэффициент позитивности 11,1.

Результат исследования крови на ВИЧ методом ИФА отрицательный. Результат исследования крови на HCVAg методом ИФА: обнаружены антитела к HCV. Результат исследования крови на HBs Ag методом ИФА отрицательный.

Из анамнеза известно, что болеет псориазом около 15 лет, обострения без видимой причины, вне зависимости от времени года. Неоднократно лечился у дерматовенеролога, получал антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, гепатопротекторы, наружно — стероидные мази и эмоленты с временным эффектом. Семейный анамнез не отягощен. Венерические заболевания, туберкулез, вирусные гепатиты в прошлом отрицает. Не женат. Постоянного полового партнера нет. Случайные половые связи в анамнезе, последняя около восьми месяцев тому назад.

Объективно: кожный процесс носит распространенный островоспалительный характер (рис. 1). На коже груди, живота, спины, плеч, бедер множество эпидермо-дермальных папул с фестончатыми краями ярко-красного цвета с серебристо-белым шелушением на поверхности, до 5–7 мм в диаметре. По краю роста волос, на коже волосистой части головы, вокруг локтевых, коленных и лучезапястных суставов, разгибательной поверхности предплечий, передней поверхности голени, инфильтрированные папулы ярко-красного цвета с мелкофестончатыми краями, на поверхности рыхлые серебристые мелкопластинчатые чешуйки. По периферии папул и бляшек определяется венчик эритемы, свободный от шелушения. Псориатическая триада положительная. тусклые, свободный край с «изъеден». Отмечается подногтевой гиперкератоз. На коже ладоней и подошв (рис. 2, 3) имеются четко отграниченные папулы



Рис. 1. Псориаз диссеминированный папулезно-бляшечный, с поражением волосистой части головы и ногтевых пластинок кистей и стоп. Стадия прогрессирования. Внесезонный тип. На коже спины множество эпидермо-дермальных папул с фестончатыми краями ярко-красного цвета с серебристо-белым шелушением на поверхности, до 5–7 мм в диаметре. По краю роста волос, на коже волосистой части головы, вокруг локтевых, коленных и лучезапястных суставов, разгибательной поверхности предплечий, передней поверхности голени, инфильтрированные папулы ярко-красного цвета с мелкофестончатыми краями, на поверхности рыхлые серебристые мелкопластинчатые чешуйки. По периферии папул и бляшек определяется венчик эритемы свободный от шелушения. Псориатическая триада положительная.

тусклые, свободный край с «изъеден». Отмечается подногтевой гиперкератоз. На коже ладоней и подошв (рис. 2, 3) имеются четко отграниченные папулы



Рис. 2,3. Папулезные сифилиды ладоней и подошв. На коже ладоней и подошв имеются четко отграниченные папулы синюшно-красного цвета, не склонные к периферическому росту, плотные при пальпации.

синюшно-красного цвета, не склонные к периферическому росту, плотные при пальпации. Рост волос, бровей, ресниц не нарушен. Доступные пальпации лимфатические узлы (паховые, подмышечные, подчелюстные, заднешейные) определяются размером до фасоли, плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями, кожа над ними не изменена.

Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по мужскому типу. На коже гениталий, перианальной области высыпаний не отмечено.

Консультирован неврологом. Клинических проявлений специфического поражения нервной системы не выявлено.

Результат исследования спинномозговой жидкости: бесцветная, прозрачная, цитоз $4 \times 10^6/\text{л}$, эритроциты — нет, общий белок $0,43/\text{л}$, реакция Панди — отр., реакция Нонне — Апельта отр. Результат исследования ликвора на сифилис методом ИФА положительный, КРП=1,4. Результат исследования ликвора на сифилис методом реакции Вассермана с кардиолипновым антигеном отр., с трепонемным антигеном — отр. Консультирован терапевтом, окулистом. Специфических симптомов не зарегистрировано.

Проведено микроскопическое исследование ногтевых пластин на наличие грибковой инфекции — мицелий и споры гриба не обнаружены.

Дерматоскопическое исследование проводилось на видеодерматоскопе экспертного класса MoleMaxHD (компания Дерма Медикал Системс, Австрия) при увеличении от $\times 30$ до $\times 100$. Необходимым условием при проведении процедуры было минимальное давление линзой видеодерматоскопа на исследуемые очаги с целью сохранения морфологии сосудистого рисунка кожи. В качестве иммерсионной среды нами использовался гель для ультразвукового исследования.

При исследовании очагов на ладонях (рис. 3, 4) получили следующие результаты: на синюшно-красном фоне определяются неравномерно, густо распределенные расширенные капилляры в виде точек и запятых, архитектура борозд ладоней в данном очаге нарушена. Подобная картина резко контрастирует с нормальной дерматоскопической картиной кожи ладоней: капиллярные петли в виде точек расположены линейно вдоль борозд дерматоглифов.

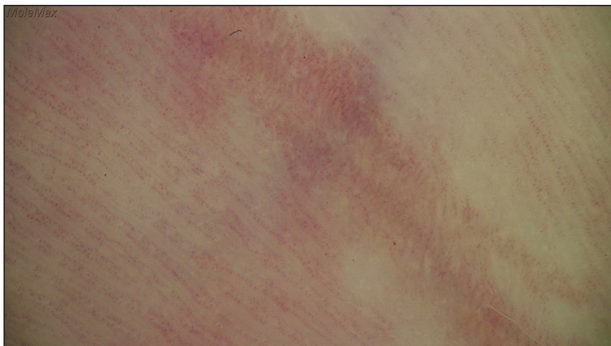


Рис. 4. Дерматоскопическая картина сифилитической папулы ладони. Увеличение $\times 80$.

На синюшно-красном фоне определяются неравномерно, густо распределенные расширенные капилляры в виде точек и запятых, архитектура борозд ладоней в данном очаге нарушена. Подобная картина резко контрастирует с нормальной дерматоскопической картиной кожи ладоней: капиллярные петли в виде точек расположены линейно вдоль борозд дерматоглифов.

Для псориатических папул на коже ладоней и подошв характерна особая дерматоскопическая картина: светло-красный, красный фон; расположенные вдоль борозд дерматоглифов точечные сосуды, которые при большом увеличении ($\times 60$ - $\times 100$) определяются как дилатированные извитые капилляры, формирующие клубочки; чешуйки белесоватого или серебристого цвета на поверхности бляшки.

Дерматоскопическое исследование подтвердило отсутствие клинических проявлений псориаза на коже ладоней и подошв.

Учитывая клиническую картину, данные серологических исследований, результаты дерматоскопии, выставили клинический диагноз: «Псориаз диссеминированный, папулезно-бляшечный с поражением волосистой части головы, ногтевых пластин кистей и стоп, стадия прогрессирования. Внесезонный тип. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (папулы ладоней и подошв, полиаденит)».

В условиях стационарного отделения ГУЗ «СОКВД» по поводу сифилитической инфекции пациент получал бензилпенициллина натриевую соль по 1 млн ЕД внутримышечно 4 раза в сутки через каждые 6 часов в течение 20 дней. На фоне пенициллинотерапии, после введения первой дозы антибактериального препарата, отмечалось повышение температуры тела до $37,2^\circ$, недомогание, головная боль; новые высыпания на коже не визуализировались. На 10-е сутки лечения папулы на коже ладоней и подошв приобрели желтоватый оттенок. К завершению курса специфической терапии в местах поражения определялись вторичные гиперпигментированные пятна. Лимфатические узлы наблюдаемых локализаций уменьшились в размерах до 0,5 см в диаметре, стали более эластичными.

Обсуждение. Вторичный период сифилиса характеризуется разнообразием клинических проявлений: сифилитические розеола, папулы, в т.ч. ладоней и подошв, пустулезный сифилид, пятнистая лейкодерма, алопеция, которые следует дифференцировать со многими заболеваниями. В отличие от псориатических, папулезные элементы при вторичном сифилисе медно- или ветчинно-красного цвета, с четкими границами, не склонные к периферическому росту. Поверхность папул гладкая, а когда высыпания разрешаются, в центре элементов появляется шелушение, которое распространяется по периферии в виде ободка — «воротничок Биетта». В сроки до двух месяцев папулы самопроизвольно разрешаются. При вторичном сифилисе высыпания не вызывают субъективных ощущений [9, 10]. Патогистологически для папул на ладонях и подошвах характерен гиперкератоз с плотной воспалительной околососудистой инфильтрацией у основания (форма «рукава от пальто») и резкой отграниченностью от окружающей ткани. В поверхностной сети кровеносных сосудов отмечаются явления эндо-, мезо-, периваскулита. Просветы сосудов сужены, стенки их утолщены, нередко образуются тромбы [7, 9, 11].

В настоящее время в дерматологии широкое распространение приобретают неинвазивные методы обследования и дифференциальной диагностики [12, 13]. Одним из самых удобных и доступных на сегодняшний день является дерматоскопия, которая преследует главную задачу — провести дифференциальный диагноз между доброкачественными и злокачественными образованиями. Метод востребован также в общей дерматологии для диагностики

дерматозов различной природы и контроля эффективности терапии [14, 15].

Заключение. Данное наблюдение представляет клинический интерес в связи с относительной редкостью одновременной диагностики сифилиса и псориаза у одного пациента. Для дифференциальной диагностики с успехом может быть использована дерматоскопия.

References (Литература)

1. Kubanova AA, Melekhina LE, Kubanov AA, Bogdanova EV. Resources and activities of dermatovenerological medical organizations in Russian Federation in 2013. *Vestn Dermatol Venereol* 2014; (3): 16–36. Russian (Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А., Богданова Е.В. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля в Российской Федерации в 2013 году. Вестник дерматологии и венерологии 2014; (3): 16–36.).
2. Krasnoselskikh TV, Sokolovsky EV. Pathogenesis and modern features the clinical picture Acquired Syphilis (Part1). Modern problems of dermatovenerology immunology and medical cosmetology 2010; 2 (2):73–76. Russian (Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Патогенез и современные особенности клинической картины приобретенного сифилиса (часть1). Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии 2010; 2 (2): 73–76.).
3. Utz SR, Zavyalov AI, Slesarenko NA, Bakulev AL. Pathomorphism in early forms of syphilis today (review). *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2012; 8 (2): 660–663. Russian (Утц С.Р., Завьялов А.И., Слесаренко Н.А., Бакулев А.Л. О патоморфозе ранних форм сифилиса в настоящее время (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2012; 8 (2): 660–663.).
4. Katunina OR. Pathomorphological studies in diagnostics of skin diseases. *Vestn dermatol venerol* 2009; (4): 74–79. Russian (Катунина О.Р. Патоморфологические исследования в диагностике заболеваний кожи. Вестн. дерматол. и венерол. 2009; (4): 74–79.).
5. High WA, Hoang MP, Bergstresser PR. Psoriasis guttata with palmoplantar involvement clinically mimicking secondary syphilis. *Cutis* 2005; 76 (6): 358–360.
6. Rahman A, Iftikhar N, Sheikh Z, et al. Ber Secondary Syphilis mimicking palmoplantar pustular Psoriasis: an unusual clinical presentation. *Pak Armed Forces Med J* 2008; 58: 2: 225–228.
7. Antonio AA, Babayants RS, Berenbein BA. Differential diagnosis of skin diseases. M.: Medicina, 1983; 559 p. Russian (Антоньев А.А., Бабаянц Р.С., Беренбейн Б.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней / под ред. А.А. Студеницина. М.: Медицина, 1983; 559 с.).
8. Pankratov VG, Pankratov OV, Erigina ES. Syphilis at patients psoriasis. In: *Topical issues of a dermatovenerology and cosmetology: Mater. scientific практич. конф. with the international participation, formations of Vitebsk OKVD devoted to the 90 anniversary (Vitebsk, on July 182013 г.)*. Vitebsk, 2013. p. 66–69. Russian (Панкратов В.Г., Панкратов О.В., Ерыгина Е.С. Сифилис у больных псориазом. В кн.: Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии: Матер. науч.-практ. конф. с международным участием, посвящ. 90-летию образования Витебского ОКВД (Витебск, 18 июля 2013 г.). Витебск, 2013; с. 66–69.).
9. Svetkova GM, Mordovceva VV, Vavilov AM, Mordovcev VN. Pathology of skin diseases: a guide for physicians. M.: Medicina, 2003; 496 p. Russian (Цветкова Г.М., Мордовцева В.В., Вавилов А.М., Мордовцев В.Н. Патоморфология болезней кожи: руководство для врачей. М.: Медицина, 2003; 496 с.).
10. Kokhan MM, Keniksfest YuV, Grishayeva YeV, Shefer AYU, Rimar OG. Mechanisms of psoriatic plagues formation and combined balneophoto-chemotherapy of psoriasis vulgaris patients. *Medikal Journal* 2013; (10): 16–19. Russian (Кохан М.М., Кениксфест Ю.В., Гришаева Е.В., Шефер А.Ю., Римар О.Г. Механизмы формирования псориатической бляшки и комбинированная бальнеофототерапия больных вульгарным псориазом. Лечащий врач 2013; (10): 16–19.).
11. Shlopov VG. Pathological anatomy: uchebnik for doctors. Vinnytsia? 2014; 768 p., chapter 31. Russian (Шлопов В.Г. Патологическая анатомия: учебник для врачей. Винница, 2014; 768 с., глава 31.).
12. Zalaudek I, Giacomel J, Cabo H, et al. Entodermoscopy: a new tool for diagnosing skin infections and infestations. *Dermatology* 2008; 216: 14–23.
13. Vazquez-Lopez F, Kreusch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. *Br J Dermatol* 2004; 150: 226–31.
14. Zalaudek I, Argenziano G. Dermoscopy subpatterns of inflammatory skin disorders. *Arch Dermatol* 2006; 142: 808.
15. Lallas A, Apalla Z, Tzellos T, et al. Dermoscopic in clinically atypical psoriasis. *J Dermatol Case Rep* 2012; 6: 75–78.

УДК 616.5-036-07-08 (045)

Клинический случай

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПОЗДНЕЙ КОЖНОЙ ПОРФИРИИ)

С. Р. Утц — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **А. Л. Бакулев** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **Н. А. Слесаренко** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **М. Г. Еремينا** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук; **Д. С. Муратова** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ординатор.

DIFFICULT DIAGNOSIS IN A DERMATOLOGIST'S PRACTICE (DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE OF LATE CUTANEOUS PORPHYRIA)

S. R. Utz — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky of the Ministry of Health of Russia, Head of Department of Skin and Venereal Diseases. Professor, Doctor of Medical Science; **A. L. Bakulev** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky of the Ministry of Health of Russia, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **N. A. Slesarenko** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky of the Ministry of Health of Russia, Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **M. G. Eremina** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky of the Ministry of Health of Russia, Skin and Venereal Diseases, Candidate of Medical Science; **D. S. Muratova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky of the Ministry of Health of Russia, Department of Skin and Venereal Diseases, Intern.

Дата поступления — 1.09.2015 г.

Дата принятия в печать — 15.09.2015 г.

Утц С. Р., Бакулев А. Л., Слесаренко Н. А., Еремينا М. Г., Муратова Д. С. Трудный диагноз в практике дерматолога (описание клинического случая поздней кожной порфирии). Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (3): 450–453.