

8. Катунина О. Р., Резайкина А. В. Современные представления об участии кожи в иммунных процессах // Вестн. дерматологии и венерологии. 2009. № 2. С. 39–49.

9. Сорокина Е. В., Масюкова С. А. Роль Toll-подобных рецепторов в патогенезе некоторых дерматозов // Клиническая дерматология и венерология. 2011. № 5. С. 13–17.

10. Олисова О. Ю., Додина М. И., Кушлинский Н. Е. Роль фактора роста сосудистого эндотелия в патогенезе розацеа и его медикаментозная коррекция // Клиническая дерматология и венерология 2012. № 1. С. 49–55.

Translit

1. Akne i rozacea / pod red. N.N. Potekaeva. M.: Binom, 2007. S. 216.

2. Standart classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and Staging of Rosacea / J. Wilkin, M. Dahl, M. Detmar [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. 2002. Vol. 46, № 4. P. 584–587.

3. Powell F.C. Rosacea // N. Engel J. Med. 2005. № 352. P. 793–803.

4. Barco D., Alomar A. Rosacea // Actas Dermosifiliogr. 2008. № 99. P. 244–256.

5. Snicarenko O.V. Vazoaktivnyye polipeptidy pri rozacea // Vestn. dermatologii i venerologii 1989. № 9. S. 42–44.

6. S. Frank [et al.] Regulation of VEGF expression in cultured keratinocytes: Implications for normal and impaired wound healing // J. Biol. Chem. 1995. № 270. P. 12607–12613.

7. Adaskevich V.P., Dubrova V.P. Psihologicheskoe soprovozhdenie pacienta v dermatologii // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. 2003. № 1. S. 52–56.

8. Katunina O.R., Rezajkina A.V. Sovremennye predstavleniya ob uchastii kozhi v immunnyh processah // Vestn. dermatologii i venerologii. 2009. № 2. S. 39–49.

9. Sorokina E.V., Masjukova S.A. Rol' Toll-podobnyh receptorov v patogeneze nekotoryh dermatozov // Klinicheskaja dermatologija i venerologija. 2011. № 5. S. 13–17.

10. Olishova O. Ju., Dodina M. I., Kushlinskij N. E. Rol' faktora rosta sosudistogo jendotelija v patogeneze rozacea i ego medikamentoznaja korrekcija // Klinicheskaja dermatologija i venerologija 2012. № 1. S. 49–55.

УДК: 616.517–002.33–053.2–07–08

Клинический случай

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЛЬЦЕВИДНОГО ТИПА ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА У РЕБЕНКА

Н. А. Слесаренко — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук; **К. А. Куляев** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент; **А. В. Каракаева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, клинический ординатор; **О. А. Русскина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, клинический ординатор.

THE CASE OF ANNULAR TYPE OF PUSTULAR PSORIASIS IN A CHILD

N. A. Slesarenko — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **K. A. Kulaev** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant; **A. V. Karakaeva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Attending Physician; **O. A. Russkina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Attending Physician.

Дата поступления — 04.06.2012 г.

Дата принятия в печать — 22.06.2012 г.

Слесаренко Н. А., Куляев К. А., Каракаева А. В., Русскина О. А. Случай кольцевидного типа пустулезного псориаза у ребенка // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 654–657.

Представлен клинический случай пустулезного псориаза у ребёнка, который относится к редко встречающимся разновидностям данного дерматоза в детском возрасте. В связи с атипичностью локализации высыпаний проведена дифференциальная диагностика с простым контактным дерматитом, стафилококковым импетиго, рубромикозом.

Ключевые слова: пустулезный псориаз, кольцевидный тип пустулезного псориаза у детей.

Slesarenko N. A., Kulaev K. A., Karakaeva A. V., Russkina O. A. The case of annular type of pustular psoriasis in a child // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 654–657.

This study presents the clinical case of pustular psoriasis in a child. This type of disease is a rare variant of dermatoses in childhood. Due to abnormality of rash localization a differential diagnosis was applied with contact dermatitis, staphylococcus impetigo and rubromycosis.

Key words: pustular psoriasis, annular pustular psoriasis in a child.

Введение. Псориаз, по современным данным, представляет собой ускоренный извращенный эпидермопоз, опосредованный иммунным воспалением по Th-1-типу.

Это одно из наиболее распространенных заболеваний кожи. Согласно статистическим данным, этой патологией страдают 125 млн человек на земном шаре. В регионах с холодным и влажным климатом процент лиц, болеющих псориазом, особенно его тяжелыми формами, более высокий, чем в других регионах [1].

В настоящее время псориаз рассматривается как мультифакторное заболевание, представляющее

собой результат аддитивного взаимодействия нескольких генов и факторов окружающей среды. Немаловажную роль в патогенезе псориаза отводят изменениям иммунной и эндокринной систем, а также нарушениям различных видов обменных процессов в организме [2]. Псориаз может начинаться в любом возрасте, как у новорожденных, так и пожилых [3].

Основными разновидностями псориаза принято считать: вульгарный псориаз, пустулезный, артропатический, псориаз эритродермию.

По распространенности среди хронических дерматозов у детей псориаз занимает второе место после атопического дерматита. Особенности клинической картины псориаза в детском возрасте является частое поражение волосистой части головы (в 70% случаев) и лица (в 50% случаев). Патологиче-

Ответственный автор — Каракаева Александра Владиславовна.

Адрес: 410010, г. Саратов, ул. Танкистов, 77а, к. 1, кв. 61.

Тел.: 8-906-306-33-36.

E-mail: naslesar@mail.ru

ский процесс у детей отличается большей выраженностью и наличием экссудативного компонента [4].

Интересные данные получены Т. Н. Гришко и соавторами (2005) при сопоставлении результатов исследований, проведенных в 1989 и 2003 гг. на базе ГКБ им. В.Г. Короленко. Авторы установили следующее: соотношение девочек и мальчиков одинаковое, в то же время в последние годы снизилась доля детей дошкольного и раннего школьного возраста и возросла доля детей старше 10 лет на 18,3% [4].

Одной из наиболее тяжелых форм является пустулезный псориаз.

Пустулезный псориаз встречается относительно редко. Поражает лиц всех рас. С одинаковой частотой возникает и у мужчин, и у женщин. Среди детей чаще поражает мальчиков. Средний возраст взрослых пациентов составляет 50 лет, могут болеть дети от 2 до 10 лет [5]. Как правило, выделяют две основные формы пустулезного псориаза.

Генерализованный пустулезный псориаз — тип Цумбуша — тяжелая, нередко угрожающая жизни форма псориаза. Она начинается внезапно. Характеризуется внезапным появлением яркой, огненно-красной эритемы, вплоть до состояния эритродермии. Кожа становится чрезвычайно чувствительной. На ее фоне появляются мелкие сгруппированные поверхностные пустулы, их становится все больше, они сливаются с образованием «гнояных озер». Гнойные элементы могут появляться как на непораженной коже, так и на очагах псориаза у больных, ранее болевших псориазом, или у здоровых людей. Болеют чаще взрослые, дети страдают очень редко.

Пустулезный псориаз может возникнуть у больных с вульгарным или экссудативным псориазом или манифестировать впервые как обычный псориазический процесс [6].

Фактором, провоцирующим переход вульгарного псориаза в генерализованный пустулезный, является длительный приём системных кортикостероидов малыми дозами и их резкая отмена, реже — цитостатических, нестероидных противовоспалительных средств, антибактериальных препаратов. Характерная клиническая картина пустулезного псориаза может развиваться и в ответ на нерациональную наружную терапию. Помимо этого, стрессовые ситуации оказывают не меньшее влияние на развитие данной формы болезни. У женщин, страдающих вульгарным псориазом, беременность может явиться провоцирующим фактором для развития пустулезного псориаза. Ранее эта форма псориаза трактовалась как герпетиформное импетиго беременных. Во многих случаях не удается установить предрасполагающий фактор [5].

Другой разновидностью пустулезного псориаза является поражение кожи ладоней и подошв, характеризующееся появлением пустул — **пустулезный псориаз Барбера**. Как правило, поражение ограничивается кожей ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп. Чаще болеют женщины. На шелушащемся эритематозном фоне, имеющем резкие границы, располагаются пустулы с содержимым желтого цвета, которые, в отличие от генерализованного пустулезного псориаза, находятся глубоко в эпидермисе, что обусловлено морфологическим строением кожи ладоней и подошв. Размер пустул достигает 2–5 мм. Заболевание длится годами, вне-сезонные обострения сменяются ремиссиями [5].

Помимо основных вариантов пустулезного псориаза выделяют кольцевидный тип, который наиболее распространен у детей. Его симптомы характеризуются менее выраженной тяжестью процесса. Появляются кольцевидные бляшки (с выраженной инфильтрацией), которые зачастую рецидивируют. Пустулы могут появляться по краю колец. В основном они локализируются на туловище, но могут возникать и на конечностях, при этом кольцо из пустул растет по периферии и разрешается в центре. Другие симптомы отсутствуют или выражены незначительно [5]. Прогноз более благоприятный у детей [7].

Диагностика пустулезного псориаза основывается на характерных жалобах больного, соответствующей клинической картине. Посев содержимого пустул не дает роста микроорганизмов, т. е. они стерильны, т.к. образуются за счет экзцитоза нейтрофилов. В общем анализе крови наблюдается лейкоцитоз, нейтрофилия до 20%, лимфопения с полиморфнонуклеарным лейкоцитозом, ускоренная СОЭ. При гистологическом исследовании свежих очагов выявляют паракератоз, выраженные микроабсцессы Мунро, локальное образование спонгиозных пустул, поверхностные и глубокие полиморфные инфильтраты в дерме, содержащие множественные полиморфно-нуклеарные лейкоциты, папилломатоз и расширение сосудов поверхностного сосудистого сплетения [5].

Терапия больных с пустулезным псориазом решается конкретно в каждом индивидуальном случае. Основными направлениями в лечении данной формы заболевания являются гипосенсибилизирующая, дезинтоксикационная терапия, антибактериальные препараты широкого спектра действия, цитостатические средства, системные глюкокортикостероиды, PUVA-терапия или PUVA-терапия в сочетании с приемом ароматических ретиноидов [8, 9].

В связи с редкостью у детей данной формы псориаза приведено клиническое наблюдение.

Описание клинического случая. Больной В., 12 лет, житель города Саратова, поступил с жалобами на высыпания красного цвета на коже волосистой части головы, лица, правого плеча, предплечья, сопровождающиеся зудом, незначительной болезненностью.

Из анамнеза известно: ребенок болен в течение восьми дней, когда после снятия лонгеты, которая была наложена по поводу растяжения сухожилий правого локтевого сустава, на коже правого плеча, предплечья появились зудящие высыпания красного цвета. Спустя сутки аналогичные высыпания возникли на коже лица и волосистой части головы в правой височной области.

Самостоятельно лечились бриллиантовой зеленью — без эффекта.

За два дня до госпитализации на поверхности очагов поражения появились множественные гнойничковые высыпания.

В связи с остротой патологического процесса на коже родители обратились за помощью в ККБ СГМУ им. В.И. Разумовского, куда мальчик и был впоследствии госпитализирован с диагнозом: «Псориаз пустулезный, с поражением волосистой части головы, фаза прогрессирования. PASI-7,5».

Из перенесенных ранее заболеваний: ОРВИ, ветряная оспа. Кожные заболевания у родственников отсутствуют.

При осмотре кожные покровы обычного цвета, влажность и эластичность сохранена. Патологиче-

ский процесс на коже имеет диссеминированный характер, локализуется на коже волосистой части головы, в правой височной области, лица, правого плеча и предплечья. Высыпания представлены множественными отечными плоскими папулами округлой формы, ярко-розового цвета, размером от 1,5 до 2 см в диаметре, местами сливающимися между собой в сплошные очаги с фестончатыми краями. По периферии всех папул и очагов чётко определяются множественные пустулезные элементы полушаровидной формы, размером от 0,2 до 0,5 см в диаметре, с плотной напряженной покрывкой (рис. 1, 2).



Рис. 1. Высыпания на коже правого плеча и предплечья в день поступления



Рис. 2. Высыпания на коже лица и волосистой части головы в день поступления

Из результатов дополнительных методов обследования:

Общий анализ крови (ОАК): эритроциты $4,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты $7,9 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $299 \cdot 10^{12}/л$, СОЭ 22 мм/час.

За пределы нормы выходит один показатель ОАК: СОЭ 22 мм/час.

Общий анализ мочи (ОАМ): удельный вес 1020, сахар отр., белок отр., лейкоциты 0–2 в поле зрения. Без патологии.

Биохимический анализ крови: ГГТ 22,3/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, АЛТ 12,1/л, АСТ 26,2/л, белок общий 73 г/л, альбумин 44 г/л, креатинин 73,4/л, мочевины 6,6/л, общий билирубин 18,4/л, прямой билирубин 5,0/л, ревматоидный фактор отр., С-реактивный белок отр. Без патологии.

Посев из пустул на флору роста не дал.

Дифференциальный диагноз проведен с простым контактным дерматитом, со стафилококковым импетиго, рубромикозом.

Первые высыпания у ребенка возникли на месте контакта кожи правого плеча и предплечья и наложенной на конечность лонгетой, что могло бы толкнуть на мысль о развитии у больного простого контактного дерматита. Но очаги поражения кожного покрова не соответствуют форме и интенсивности воздействия на него гипсовой повязки.

Диагноз пиодермии, в частности стафилококкового импетиго, отвергнут в связи с отсутствием признаков воспаления — резкой эритемы — вокруг очагов. Получение результатов посева содержимого из пустул (посев роста не дал) подтвердило опровержение данного диагноза.

Диагноз рубромикоза также был снят в связи с несоответствием клинической картине патологического процесса на коже у нашего больного и отрицательным результатом микологических исследований.

После дифференциальной диагностики выставлен окончательный диагноз: «Псориаз пустулезный, с поражением волосистой части головы, фаза прогрессирования. PASI-3,4».

Больному проводилось следующее лечение: антибактериальные препараты широкого спектра действия (Sol. Lincomycinhydrochloride 30%–1,0 в/м 2 р/с; Tab. Flemoclav Solutab 500+125 3р/с), антигистаминные (Tab. Fexadin 180 мг/сутки), гипосенсибилизирующие средства (Sol. Natriithyosulfatis 30%–8,0 в/в 1 р/с), энтеросорбенты (Tab. Lactofiltrum по 2 таблетки 3р/с), анилиновые красители (Sol. Permanganati Kalii, Sol. Fucorcini).

Под влиянием терапии кожный процесс регрессировал медленно. С началом назначенной терапии зуд в области высыпаний уменьшился. На коже волосистой части головы, правого плеча, предплечья очаги поражения стали менее яркие, инфильтрация несколько уменьшилась, не отечны. На поверхности очагов содержимое пустулезных элементов сохло в гнойные корки.

После окончания курса антибактериальной терапии было принято решение о назначении больному физиотерапевтического лечения в виде местной PUVA-терапии с раствором аммифурина на очаги поражения.

Под влиянием назначенной терапии продолжилось регрессирование патологического процесса на коже. Свежих высыпаний не появлялось.

После завершения курса физиотерапевтических процедур патологический процесс на коже разрешился полностью. На месте разрешившихся элементов осталась вторичная гиперпигментация (рис. 3).

Обсуждение. Данное клиническое наблюдение интересно в связи с редкой встречаемостью пустулезного псориаза у детей.

Локализацию патологического процесса на коже в месте её контакта с гипсовой лонгетой можно было бы расценить как феномен изоморфной реакции. Но появление высыпаний за пределами повязки, их асимметричность представляют уникальность развития псориазического процесса.

Еще в 1963 г. П. Попхристов указывал на частоту импетигогенизации псориаза у детей, что обоснованно опровергали Л.А. Штейнлухт и Ф.А. Зверькова, т.к. крайне редко наблюдается пиококковое поражение высыпаний и, скорее всего, речь шла о развитии пустулезной формы псориаза.

В доступной современной литературе нам удалось найти лишь один источник, в котором встречается упоминание о кольцевидном типе пустулезного



Рис. 3. Кожный процесс после проведенной терапии

псориаза, клиническая картина которого совпадает с проявлениями заболевания у нашего пациента.

Конфликт интересов. Отсутствует.

Библиографический список

1. Кубанова А. А., Тихонова Л. И. Дерматология в России: реальность и перспективы // Вестник дерматологии и венерологии. 2004.

2. Новиков А. И., Охлопков В. А., Городилов Р. В., Коновалов А. В. Комбинированная терапия больных псориазом // Качество жизни. 2005.

3. Langley R. G. B., Krueger G. G., Griffiths C. E. M. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life // Ann. Rheum. Dis. 2005.

4. Псориаз у детей / Т. Н. Гришко, Р. Б. Опарин, Ф. Б. Бассе [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. 2005.

5. Elma Baron. Pustular psoriasis: E-medicine specialties // Dermatology. Papulosquamous diseases. 2007. 16 jan.

6. Клиническая дерматовенерология / под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

7. Pustular psoriasis in childhood in 15 cases / I. Zarea, B. Faza, F. Zeglaoui [et al.] // Pediatr. Dermatol. 2007.

8. Lowes M. A. Pathogenesis and therapy of psoriasis. Nature 2007.

9. Navarini A. A. Psoriasis // Therapeutische Umschau. 2010.

10. Скрипкин Ю. К., Зверькова Ф. А., Шарапова Г. Я., Студеницын А. А. Руководство по детской дерматовенерологии. Ленинград-Медицина. 1983.

Translit

1. Kubanova A. A., Tihonova L. I. Dermatologija v Rossii: real'nost' i perspektivy // Vestnik dermatologii i venerologii. 2004.

2. Novikov A. I., Ohlopkov V. A., Gorodilov R. V., Konovalev A. V. Kombinirovannaja terapija bol'nyh psoriazom // Kachestvo zhizni. 2005.

3. Langley R. G. B., Krueger G. G., Griffiths C. E. M. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life // Ann. Rheum. Dis. 2005.

4. Psoriaz u detej / T. N. Grishko, R. B. Oparin, F. B. Basse [i dr.] // Vestnik dermatologii i venerologii. 2005.

5. Elma Baron. Pustular psoriasis: E-medicine specialties // Dermatology. Papulosquamous diseases. 2007. 16 jan.

6. Klinicheskaja dermatovenerologija / pod red. Ju. K. Skripkina, Ju. S. Butova. M.: GJeOTAR-Media, 2009.

7. Pustular psoriasis in childhood in 15 cases / I. Zarea, B. Faza, F. Zeglaoui [et al.] // Pediatr. Dermatol. 2007.

8. Lowes M. A. Pathogenesis and therapy of psoriasis. Nature 2007.

9. Navarini A. A. Psoriasis // Therapeutische Umschau. 2010.

10. Skripkin Ju. K., Zver'kova F. A., Sharapova G. Ja., Studenicyн A. A. Rukovodstvo po detskoj dermatovenerologii. Leningrad-Medicina. 1983.

УДК 616.995.428:616.97] –036.22"1991/2010" (470.44) (045)

Оригинальная статья

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКОЙ И ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 1991 ПО 2010 ГОД

С. Р. Утц — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **А. И. Завьялов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **В. М. Марченко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, врач-дерматолог клиники кожных и венерических болезней; **Е. М. Решетникова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, врач-дерматолог клиники кожных и венерических болезней; **А. Ю. Епифанова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, врач-дерматолог клиники кожных и венерических болезней.

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF SCABIES AND STI IN THE SARATOV AREA FROM 1991 TILL 2010

S. R. Utz — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **A. I. Zavyalov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **V. M. Marchenko** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Clinic of Skin and Venereal Diseases, Dermatologist; **E. M. Reshetnikova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Clinic of Skin and Venereal Diseases, dermatologist; **A. U. Yepifanova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Clinic of Skin and Venereal Diseases, dermatologist.

Дата поступления — 10.01.2012 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2012 г.

Утц С. Р., Завьялов А. И., Марченко В. М., Решетникова Е. М., Епифанова А. Ю. Эпидемиологические особенности заболеваемости чесоткой и инфекциями, передаваемыми половым путем, в Саратовской области с 1991 по 2011 год // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 657–659.

Цель: провести сравнительный анализ уровня заболеваемости чесоткой и инфекциями, передаваемыми половым путем, в Саратовской области за период с 1991 по 2010 г. разных групп населения. **Результаты.** Выявлены основные причины и факторы, поддерживающие эпидемический процесс инфекционных заболеваний в регионе на протяжении двух десятилетий. Установлено, что если основную группу больных чесоткой составляли дети, подростки и лица в возрасте от 20 до 29 лет, то с ИППП — пациенты возрастной группы от 18 до 39 лет. Кроме того, констатировано, что в последние годы среди больных сифилисом преобладают ранние и поздние скрытые формы заболевания и нейросифилис в возрастной группе от 40 до 60 лет, которые в дальнейшем нередко приводят к потере временной трудоспособности, а иногда и инвалидности.

Ключевые слова: эпидемиология, чесотка, инфекции, передаваемые половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, герпес, аногенитальные бородавки).