

МЛАДЕНЧЕСКИЙ АКРОПУСТУЛЕЗ

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

INFANT ACROPUSTULOSIS

N. A. Slesarenko — 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. **S. R. Utz** — 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. **M. G. Eremina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky of the Ministry of Health of Russia, Department of Skin and Venereal Diseases, Candidate of Medical Science. **I. S. Akimova** — 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 — 29.08.2015 г.

Дата принятия в печать — 15.09.2015 г.

Слесаренко Н. А., Утц С. Р., Еремина М. Г., Акимова И. С. Младенческий акропустилез. Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (3): 445–447.

Представлен клинический случай редкого заболевания (младенческий акропустилез) у новорожденного ребенка, описаны клинические признаки, гистология, лечение.

Ключевые слова: младенческий акропустилез, дифференциальная диагностика, варианты лечения.

Slesarenko NA, Utz SR, Eremina MG, Akimova IS. Infant acropustulosis. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2015; 11 (3): 445–447.

A rare clinical case of an infant acropustulosis at a newborn child is presented in the article clinical signs, histology, treatment are described.

Key words: infant acropustulosis, differential diagnosis, treatment options.

Введение. Младенческий акропустилез — довольно редкое, доброкачественное заболевание кожи новорожденных. Как правило, оно начинается в раннем грудном возрасте, но может манифестировать и в период новорожденности. Данное заболевание впервые описано в 1939 г. Kahn G. и соавт. [1]. В литературе чаще всего сообщается о случаях данного заболевания у южноафриканских детей, однако болезнь встречается и среди представителей других рас и стран (в частности, в Скандинавии) [2–4].

Младенческий акропустилез имеет хроническое рецидивирующее течение. Эпизоды обострения обычно имеют длительность 1–3 недели, периоды ремиссии 2–3 недели. Характеризуется младенческий акропустилез периодическим появлением обильных везикулопустулезных высыпаний на ладонях и подошвах, но могут захватывать волосистую часть головы, туловище, ягодицы и конечности. Во время обострения заболевания дети обычно беспокойные и отмечается сильный зуд [5].

Причина акропустилеза неизвестна, но у некоторых детей высыпаниям может предшествовать заражение чесоточным клещом, и может представлять собой аллергическую реакцию на чесоточного клеща [4, 6].

При гистопатологическом исследовании находят стерильные внутриэпидермальные и субкорнеальные пустулы. Окрашенный материал по Райту показывает наличие многочисленных нейтрофилов и отдельных эозинофилов.

Лечение данного заболевания у новорожденных симптоматическое. Основной задачей терапии является устранение кожного зуда препаратами, которые приносят временное облегчение без риска для здоровья: антигистаминные препараты внутрь, то-

пические кортикостероиды средней и высокой силы, которые наносят на ладони и подошвы. По мнению многих авторов, системное применение дапсона в дозе 1–3 мг/кг массы тела в день подавляет развитие болезни и устраняет симптомы через 24–48 часов [3–4]. Применение дапсона связано с высоким риском развития гемолитических анемий и метгемоглобинемий. Этот вариант лечения применим только в устойчивых к терапии случаях и не у грудных детей [6].

Прогноз заболевания благоприятный. Ко 2-му году периоды ремиссии удлиняются, а к 3-му году жизни ребенка высыпания разрешаются совсем [1].

Дифференциальный диагноз младенческого акропустилеза проводят с дерматозами, при которых имеются везикулезные высыпания: с герпесом новорожденных, везикулопустулезом, потницей, транзиторным неонатальным пустулезным меланозом, токсической эритемой новорожденных, недержанием пигмента, с неонатальными угрями, милиумом. Для детей, вышедших из периода новорожденности, до 3 лет следует иметь в виду чесотку, дисгидротическую экзему, пустулезный псориаз, субкорнеальный пустулезный дерматоз.

Диагноз ставят на основании клинической картины заболевания и данных гистологического исследования.

Описание клинического случая. Нами был консультирован ребенок в детской инфекционной больнице № 6 г. Саратова (рис. 1). Возраст ребенка на момент поступления 10 часов, на момент консультации 2 дня. Ребенок родился от 2-й беременности, срочных родов на фоне отягощенного акушерского анамнеза: ДУШЖ 1-й степени, с оценкой по шкале Апгар 7–9 баллов. Состояние ребенка с момента рождения удовлетворительное, крик громкий, поза флексорная, мышечный тонус достаточный, физиологические рефлексы вызываются. При рождении кожные покровы ярко-розового цвета, шелушатся, с множественными мелкими везикулезными и отдельными пустулезными элементами по всему кожному

покрову, но с преимущественной локализацией на коже ладоней и подошв (рис. 2). В связи с наличием высыпаний на коже ребенок был переведен в детскую инфекционную больницу № 6, где был выставлен диагноз: «Везикулопустулез». Была назначена системная антибактериальная терапия и глюкокортикоиды (преднизолон 0,05 мг на 1 кг веса).

Объективно: состояние ребенка на 2-й день жизни средней степени тяжести. Тяжесть состояния определена по поражению кожи, так как по всему кожному покрову на фоне участков эритемы имеются множественные диссеминированные везикулы и пустулы, диаметром 1–2 мм; максимальная концентрация элементов — кожа ладоней и подошв (рис. 3). Клинические и биохимические анализы крови в динамике без патологии. Посев содержимого пустул роста не дал.

Обсуждение. Инфекционная природа заболевания была отвергнута. Диагноз везикулопустулеза (перипорита), входящего в группу нефолликулярных стафилококковых пиодермитов у детей, как поверхностная форма, нередко сочетающаяся с глубокой (псевдофурункулез или множественные абсцессы у детей), был снят в связи с удовлетворительным состоянием ребенка и отсутствием роста возбудителя в посевах из пустул. По той же причине вполне удовлетворительного состояния вопрос о герпесе новорожденных не поднимался [6, 7]. Потница (миллиария) — это группа заболеваний, связанная с затруднением оттока секрета эккринных потовых желез. Различают три вида потницы в зависимости от уровня обструкции протока потовой железы, Самая поверхностная — кристаллическая потница. Учитывая, что у нашего пациента основным первичным морфологическим элементом является везикула с прозрачным содержимым, дифференциальный диагноз с этой патологией проводился, но при потнице пузырьки располагаются на неизменном фоне, чаще поражаются кожа лица, туловища и складок. Возможен наследственный характер заболевания [8]. При красной и пустулезной потнице локализация везикул или пустул ограничивается областью лба, иногда складок и верхних отделов туловища. Кроме того, болеют в основном жители тропических стран (тропический лишай, тропическая потница) [7, 8]. При токсической эритеме новорожденных, которая наблюдается у 50% детей, в центре неоднородно окрашенных эритематозных пятен имеются паулы, везикулы или пустулы, иногда они сливаются в бляшки. Ладони и подошвы в патологический процесс не вовлекаются [6–8]. Транзиторный пустулезный меланоз новорожденных — очень редкий дерматоз, даже среди новорожденных афроамериканского происхождения составляет 5%. Клинически характеризуется пустулами без окружающей эритемы, при вскрытии которых остаются мелкие пигментные пятна, окруженные венчиком чешуек. Локализуются высыпания чаще в области лба и туловища, очень редко на ладонях и подошвах. Недержание пигмента (синдром Блоха — Сульцбергер) относится к мозаичной патологии. Его воспалительная стадия может проявляться не только буллезными, но и везикулезными высыпаниями, и они располагаются по линиям Блашко, что нехарактерно для нашего пациента [9]. Неонатальные угри (акне новорожденных, транзиторный неонатальный краниальный пустулез) возникают, главным образом, на второй, третьей и четвертой неделе жизни, редко сразу после рождения. Характеризуются папулезными и пустулезными высыпаниями на лице,



Рис. 1. Мальчик с акропустулезом, 2 дня.



Рис. 2. Поражение ладоней у ребенка с акропустулезом.



Рис. 3. Поражение лица и волосистой части головы у ребенка с акропустулезом.

груди, спине и в паховой области. Считается, что их возникновение может быть связано с колонизацией кожи грибами рода *Malassezia*. Из других возможных причин обсуждается повышение андрогенов [7, 8]. Милиум может возникать у 40% новорожденных. Это мелкие белые или желтые кисты на лбу, щеках, носу, иногда в ротовой полости («жемчужины Эпштейна») [7, 8]. Проанализировав проявления данных дерматозов, сравнив их с клинической картиной поражения кожи наблюдаемого нами больного, был выставлен диагноз: «Младенческий акропустулез». Системная антибактериальная терапия и преднизолон были

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