

оксидантную активность крови и позволяет сократить сроки лечения больных ОСД и, как следствие, курс системной и местной кортикостероидной терапии.

Конфликт интересов не заявляется.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования, утверждение рукописи для публикации — М. М. Тлиш, Н. В. Сорокина; получение данных и написание статьи — Н. В. Сорокина; анализ данных, интерпретация результатов — М. М. Тлиш, Н. В. Сорокина.

References (Литература)

1. Kubanova AA, Kubanov AA, Volnukhin VA. Federal'nye klinicheskie rekomendatsii. Dermatovenerologiya 2015: Bolezni kozhi. Infektsii, peredavaemye polovym putem. Moscow: Delovoy ekspres, 2016; 760 p. Russian (Кубанова А. А., Кубанов А. А., Волнухин В. А. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Деловой экспрес, 2016; 760 с.).
2. Dooley A, Bruckdorfer KR, Abraham DJ. Modulation of fibrosis in systemic sclerosis by nitric oxide and antioxidants. Cardiology research and practice 2012; Article ID 521958: 9.
3. Yagoda AV, Gladkikh NN. Autoimmune aspects of disorders of collagen homeostasis in undifferentiated connective tissue dysplasia. Medical Immunology 2007; 9 (1): 61–68. Russian (Ягода А. В., Gladkikh Н. Н. Аутоиммунные аспекты нарушения коллагенового гомеостаза при недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Медицинская иммунология 2007; 9 (1): 61–68).
4. Yamamoto T. Autoimmune mechanisms of scleroderma and a role of oxidative stress. Self/nonself 2011; 2 (1): 4–10.
5. Gurskiy GE. Modern ideas about scleroderma. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya 2012; 10 (2): 4–10. Russian (Гурский Г. Э. Современные представления о склеродермии. Клиническая дерматология и венерология 2012; 10 (2): 4–10).
6. Guseva NG. Systemic sclerosis: clinical features, diagnosis, treatment. Russian Journal of Skin and Venereal Diseases 2002; 4: 5–15. Russian (Гусева Н. Г. Системная склеродермия: клиника, диагностика, лечение. Российский журнал кожных и венерических болезней 2002; 4: 5–15).
7. Distler O, Cozzio A. Systemic sclerosis and localized scleroderma: current concepts and novel targets for therapy. Sem. in Immunopathol 2016; 38 (1): 87–95.
8. Volnukhin VA, Katunina OR, Muradyan NL. Of disorders and t-cell immune processes in the skin of patients with limited scleroderma and their dynamics in the process of UVA1-therapy. Vestnik dermatologii i venerologii 2009; (6): 74–80. Russian (Волнухин В. А., Катунина О. Р., Мурадян Н. Л. Особенности нарушений т-клеточных иммунных процессов в коже больных ограниченной склеродермией и их динамика в процессе УФА1-терапии. Вестник дерматологии и венерологии 2009; 6: 74–80).
9. Mahoney JA, Rosen A. Apoptosis and autoimmunity. Curr Opin Immunol 2005; 17: 583–588.
10. Sambo P, Baroni SS, Luchetti M, et al. Oxidative stress in scleroderma: Maintenance of scleroderma fibroblast phenotype by the constitutive upregulation of reactive oxygen species generation through the NADPH oxidase complex pathway. Arthritis Rheum 2001; 44: 2653–2664.

УДК 616.5:616.995.132] –07

Клинический случай

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ LARVA MIGRANS

М. Г. Еремина — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук; **Н. А. Слесаренко** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук; **В. В. Рощепкин** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук; **А. П. Кошкин** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры инфекционных болезней, кандидат медицинских наук.

CLINICAL CASE OF LARVA MIGRANS DIAGNOSTICS

M. G. Yeremina — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **N. A. Slesarenko** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Professor, Doctor of Medical Sciences; **V. V. Roschepkin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **A. P. Koshkin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Infectious Diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science.

Дата поступления – 1.07.2017 г.

Дата принятия в печать — 12.09.2017 г.

Еремина М. Г., Слесаренко Н. А., Рощепкин В. В., Кошкин А. П. Клинический случай диагностики Larva migrans. Саратовский научно-медицинский журнал 2017; 13 (3): 643–646.

Актуальность темы обусловлена редкой встречаемостью в нашей местности поражения кожи личинками нематод вида *Ancylostoma*, *Strongyloides*, *Necator*, которые повсеместно распространены в тропиках и субтропиках, но сейчас, в связи с возрастающей миграцией населения по всему миру, представляют собой трудную диагностическую проблему и вызывают сложности в выборе тактики лечения.

Ключевые слова: извилисто-линейный дерматит, перемещения личинки, полиморфизм высыпаний, человек — промежуточный хозяин Larva migrans.

Yeremina MG, Slesarenko NA, Roschepkin VV, Koshkin AP. Clinical case of Larva migrans diagnostics. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2017; 13 (3): 643–646.

The relevance of the topic is due to the rare occurrence in our locality of skin lesions of nematodes of the species *Ancylostoma*, *Strongyloides*, *Necator*, which are widespread in the tropics and subtropics, but now, due to the increasing migration of the population around the world, present a difficult diagnostic problem and cause difficulties in choosing tactics of treatment.

Key words: serpiginating rashes, migratory rashes, Larva migrans.

Введение. Глистные инвазии, поражающие главным образом кишечник, вызывающие системные, аллергические и аутоиммунные реакции, распространены повсеместно. Но гельминты, вторгающиеся непосредственно в кожу, в наших широтах обычно не встречаются. Всех их объединяет то, что человек в данных случаях является случайным — ошибочным хозяином. Возникающие дерматологические проявления обусловлены личинками этих гельминтов. В организме людей они не развиваются до половозрелой стадии, поэтому опасности заражения другого человека нет.

Церкариальный дерматит, вызываемый более чем двадцатью видами шистосом, в нашей местности нередко диагностируется жарким летом, главным образом среди детей, купающихся в Волге и других водоемах. Группа же заболеваний, вызываемых кожными мигрантами личинок некоторых классов нематод, трематод и цестод, объединенных в одну нозологию «мигрирующая личинка — Larva migrans (CLM)», распространены в жарких тропических и субтропических странах, а у нас это чаще всего «тропический сувенир» [1, 2]. В настоящее время это заболевание «привозят» наши туристы из Таиланда, Турции, ОАЭ, стран Африки, островов Карибского бассейна. Увеличение числа поездок со стороны населения мира больше не ограничивает существование этих экзотических болезней только в эндемичных районах. Никаких специфических расовых или половых предрасположений не выявлено. Кожные мигранты личинки могут поражать людей всех возрастов, но обычно синдром «блуждающей личинки» наблюдается у детей чаще, чем у взрослых [3]. Описание дерматоза насчитывает более ста лет.

Этиология. Возбудителями являются различные виды нематод и трематод. Наибольшее значение имеют анкилостомиды собак (*Ancylostoma brasiliensis*, *Caninum*, *Strongyloides*, *Necator*). В естественных для личинок хозяевах — животных они способны проникать в дерму и переноситься через лимфатические и венозные системы в легкие. Они проникают в альвеолы и мигрируют в трахею животных, в последующем проглатываются животными и поступают в кишечник, где созревают до взрослых особей [4]. Цикл начинается снова, поскольку их яйца выводятся из организма. Жизненный цикл паразитов начинается с момента, когда яйца нематод с фекалиями животных попадают в теплую, влажную, песчаную почву, где личинки вылупляются. Первоначально они питаются почвенными бактериями и дважды линяют до инфицированной третьей стадии. Заражение людей происходит чаще на песчаных пляжах, в песке или почве, загрязненных фекалиями животных. Используя свои протеазы, личинки проникают через фолликулы, трещины или неповрежденную кожу нового хозяина (человека), который является случайным. Наиболее часто поражаемыми местами кожного покрова являются верхние и нижние конечности, межпальцевые промежутки, колени и область ягодиц. Инкубационный период составляет от одного до 14 дней.

Личинкам недостает фермента коллагеназы, необходимой для проникновения глубоко в дерму. Таким образом, они остаются ограниченными в поверхностных слоях кожи, где и погибают. Симптомы

зуда возникают вторично по отношению к иммунным реакциям как на личинки, так и на продукты их жизнедеятельности [5].

В течение тридцати минут после проникновения личинок может наблюдаться пощипывание или покалывание. Затем личинки могут оставаться бездействующими в течение нескольких недель либо месяцев или немедленно начать ползучую активность, которая создает змеевидные ходы 2–3 мм ширины, простирающиеся на 3–4 см от места проникновения. Они слегка приподняты, телесного или розового цвета и сопровождаются зудом. Ежедневно личинки продвигаются под кожей от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, а если задействовано много личинок, может образоваться неорганизованная серия петель и извилистых следов с отчетливыми папулами, папуловезикулами, иногда фликтенами. Высыпания разрешаются в течение 4–8 недель, реже существуют до одного года [6].

Медицинское лечение оправдано, поскольку оно сокращает продолжительность естественной эволюции болезни. Актуальный тиабендазол безопасен для локализованных инвазий, но может потребоваться длительное лечение. Лечение оральными формами тиабендазола в течение трех дней эффективно, но иногда связано с неблагоприятными последствиями [7]. Испытания с использованием альбендазола в течение одного или четырех последовательных дней могут оказаться более эффективными [8, 9]. Более поздние испытания с использованием ивермектина показали, что одна пероральная доза может вылечить 100% пациентов; таким образом, этот препарат выглядит очень перспективным как новая форма терапии [10].

Описание клинического случая. На консультацию в клинику кожных и венерических болезней СГМУ обратилась семья, несколько дней назад вернувшаяся с зимних каникул из Таиланда. Возраст ребенка на момент консультации: 1 год и 2 месяца.

Со слов матери, по возвращении с отдыха она отметила зудящие высыпания, которые локализовались на коже голени. Аналогичные высыпания вскоре были обнаружены у сына. Постепенно количество высыпаний увеличивалось, приобретая витиеватый рисунок. Интенсивность зуда усилилась. Из анамнеза известно, что большую часть времени мать с сыном проводили на пляже, играя на песке. Локализация высыпаний обусловлена зоной соприкосновения с песком, которая приходилась на область ягодиц и конечностей у ребенка и нижние конечности в области наружной поверхности голени у матери. Объективно: у матери на коже передних поверхностей голени на фоне неяркой эритемы отмечаются извитые фестончатые полосы причудливых очертаний в виде отечных папул, папуловезикул ярко-розового цвета, в отдельных местах — фликтены и корки серозно-гнойного характера. Субъективно: интенсивный зуд.

У сына на коже ягодиц, верхних и нижних конечностей отмечаются аналогичные высыпания, в центральной части некоторых участков локализируются пузыри, заполненные серозной жидкостью.

Длина серпигинирующего подкожного хода ежедневно увеличивалась на 0,5–1 см у ребенка и 1–2 см у матери. Субъективно: интенсивность зуда усилилась.

В общем анализе крови матери отмечается эозинофилия.

Ответственный автор — Еремина Мария Геннадьевна
Тел.: 8-927-223-10-53
E-mail: 913693@mail.ru



Фото 1а. Патологический процесс на коже матери



Фото 1б. Патологический процесс на коже ребенка



Фото 2а. После проведенного лечения на коже матери



Фото 2б. После проведенного лечения на коже ребенка

Симптоматическое лечение в виде топических стероидов и анилиновых красителей не вызвало клинического ответа (фото 1а, 1б).

В связи с отсутствием четких клинических рекомендаций по ведению пациентов с дерматозом раннего детского возраста было назначено: наружно крем Ивермектин 1% два раза в сутки на очаги поражения; матери — таблетированная форма того же препарата. Дополнительно, после консультации врача-инфекциониста, в схему лечения добавлен альбендазол в виде суспензии, 10 мг на 1 кг массы тела ребенка. Цетиризин капли по массе тела ребенка. Курс терапии — четверо суток.

На фоне проводимой терапии, через 10 дней от начала, высыпания на коже поблекли, местами уплотнились полностью. Субъективных ощущений нет (фото 2а, 2 б).

Заключение. Таким образом, процесс расширения туристического спроса в сторону тропических и субтропических стран вносит коррективы в вопросе о частоте редко встречающихся экзотических заболеваний кожи и о настороженности в плане их диагностики. Важным аспектом профилактики заболевания является обучение пациентов. Лица, которые путешествуют в тропические регионы, и владельцы домашних животных должны знать об этом заболевании. Для обучения пациентов разработаны специальные интернет-ресурсы. В путеводителях указаны перечень заболеваний, наиболее часто встречающихся в данном регионе, и меры предосторожности.

Авторский вклад: написание статьи — М.Г. Еремина, В.В. Рощепкин; утверждение рукописи — Н.А. Слесаренко, А.П. Кошкин.

References (Литература)

1. Veraldi S, Persico MC, Francia C, et al. Follicular cutaneous larva migrans: a report of three cases and review of the literature. *Dermatol Rev Mex* 2013; 57: 454–460.
2. Sow D, Soro F, Javelle E, et al. Epidemiological profile of cutaneous larva migrans in travelers returning to France between 2003 and 2015. *Travel Med Infect Dis* 2017; 1477–8939 (17): 30088–1.
3. Kane KS, Lio PA, Stratigos AJ, et al. Pediatric dermatology. Moscow: Panfilova, 2011; 468 p. (Кейн К.Ш., Лео П.А., Стратигос А.Д. и др. Детская дерматология. М.: Панфилова, 2011; 468 с.).
4. Rocken M, Shaller M, Sattler E, et al. Atlas of dermatology. Moscow: MEDpress-inform, 2014; 372 p. (Рекен М., Шаллер М.,

- Заттлер Э. и др. Атлас по дерматологии. М.: МЕДпресс-информ, 2014; 372 с.).
5. Robles DT, James WD. Cutaneous Larva Migrans. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/1108784-overview> (8 oct 2017)
6. Ngan V, Writer S. Cutaneous larva migrans. URL: <https://www.dermnetnz.org/topics/cutaneous-larva-migrans> (6 oct 2017)
7. Caumes Eric. Treatment of Cutaneous Larva Migrans. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 30 (5): 811–814.
8. Hombu A, Yoshida A, Kikuchi T, et al. Treatment of larva migrans syndrome with long-term administration of albendazole. *Microbiol Immunol Infect* 2017; 1684–1182 (17): 30142–1.
9. Leung AK, Barankin B, Hon KL. Cutaneous larva migrans. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov* 2017.
10. Chabasse D, Le Clech C, de Gentile L, et al. Larva migrans. *Int J Dermatol* 2013; 52 (3): 327–30.

УДК 616.517–002.33:616.98:578.828.6:616.511.4–008.6]–07 (045)

Клинический случай

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА СТИВЕНСА–ДЖОНСОНА У ПАЦИЕНТА С ПУСТУЛЕЗНЫМ ПСОРИАЗОМ

С. Р. Утц — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук; **А.Л. Бакулев** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук; **А.В. Моррисон** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук; **И.А. Игонина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук; **О.О. Ардалина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии.

A CLINICAL CASE OF STEVENS–JOHNSON SYNDROME IN A PATIENT WITH PUSTULAR PSORIASIS

S. R. Utz — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Dermatology and Cosmetology, Professor, Doctor of Medical Science; **A. L. Bakulev** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Dermatology and Cosmetology, Professor, Doctor of Medical Science; **A. V. Morrison** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Dermatology and Cosmetology, Associate Professor, Candidate of Medical Science; **I. A. Igonina** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Dermatology and Cosmetology, Candidate of Medical Science, Assistant; **O. O. Ardalina** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Dermatology and Cosmetology, Assistant.

Дата поступления — 11.07.2017 г.

Дата принятия в печать — 12.09.2017 г.

Утц С. Р., Бакулев А. Л., Моррисон А. В., Игонина И. А., Ардалина О. О. Клинический случай синдрома Стивенса–Джонсона у пациента с пустулезным псориазом. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2017; 13 (3): 646–648.

Представлен клинический случай возникновения синдрома Стивенса–Джонсона и генерализованного пустулезного псориаза у пациента с ВИЧ-инфекцией. Дана характеристика анамнестических, клинических, лабораторных данных. Рассмотрена причина развития острой аллергической реакции, а также формирования тяжелого дерматоза у больного с ВИЧ-инфекцией.

Ключевые слова: псориаз пустулезный, синдром Стивенса–Джонсона, ВИЧ-инфекция.

Utz SR, Bakulev AL, Morrison AV, Igonina IA, Ardalina OO. A clinical case of Stevens–Johnson syndrome in a patient with pustular psoriasis. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2017; 13 (3): 646–648.

The article presents a clinical case of Stevens — Johnson syndrome and generalized pustular patient with HIV-infection. The characteristic of anamnestic, clinical, laboratory data is present. The cause of acute allergic reactions and the formation of severe dermatosis in a patient with HIV-infection are considered.

Key words: pustular psoriasis, Stevens–Johnson syndrome, HIV-infection.

В настоящее время синдром Стивенса–Джонсона считается острой тяжелой аллергической реакцией, характеризующейся обширными поражениями кожи и слизистых оболочек и индуцированной приемом лекарственных средств. Группой с высокой степенью риска являются пациенты с генотипами медленных ацетиляторов, иммунокомпрометированные больные (в том числе с ВИЧ-инфекцией.) У лиц с иммунодефицитом риск развития данной па-

тологии в 1000 раз выше. Наиболее часто синдром Стивенса — Джонсона развивается при приеме лекарственных препаратов. Для заболеваний характерен «скрытый период» между приемом лекарственного средства и развитием клинической картины на коже и слизистых оболочках [1, 2]. Патогенез связан с массовой гибелью базальных кератиноцитов кожи и эпителия слизистых оболочек, вызванной Fas-индуцированным и перфорин/гранзим-опосредованным апоптозом клеток. Программируемая гибель клеток происходит в результате иммуноопосредованного воспаления, важную роль в развитии которого играют цитотоксические Т-клетки [3, 4]. Синдром

Ответственный автор — Ардалина Оксана Олеговна
Тел.: +79873627505
E-mail: Oksana-vjazvskaja@rambler.ru