

## 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-vjazvskaia@rambler.ru

Стивенса — Джонсона развивается остро, поражение кожи и слизистых сопровождается выраженными явлениями интоксикации (фебрильная и гектическая температура тела, головная боль и диспепсические явления). Высыпания локализуются преимущественно на слизистых оболочках, коже лица и туловища. Клиническая картина характеризуется появлением множественных полиморфных эффоресценций в виде багрово-красных пятен с синюшным оттенком, папул, пузырьков. Впоследствии формируются пузырьки. Покрышки буллезных элементов легко разрушаются (положительный симптом Никольского), образуя обширные ярко-красные эрозированные мокнущие поверхности, окаймленные обрывками покрывшейся пузырей. Наряду с поражением кожи в патологический процесс нередко вовлекаются слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей, менингеальные оболочки и собственно головной мозг [5, 6].

Распространенность псориаза у ВИЧ-инфицированных пациентов примерно такая же, как и у неинфицированных (от 1 до 2%), но течение псориаза, ассоциированного с ВИЧ, как правило, злокачественное. Иммунная реакция у ВИЧ-инфицированных обычно характеризуется клеточными сигналами подмножества Th<sup>2</sup> CD4+T-хелперов, тогда как иммунная реакция в ответ на псориаз характеризуется клеточными сигналами подмножества Th1 CD4+T-хелперов и Th 17T-хелперов. Предполагается, что уменьшение присутствия CD4+T-клеток вызвано сверхактивацией CD8+T-клеток, которые ответственны за обострение псориаза у пациентов с ВИЧ-инфекцией [7, 8].

Приводим собственное клиническое наблюдение сочетания синдрома Стивенса — Джонсона и генерализованного пустулезного псориаза на фоне ВИЧ-инфекции.

Пациент П.В. А. 38 лет. 3 апреля 2017 г. госпитализирован в ККБ СГМУ с диагнозом: «Синдром Стивенса—Джонсона». Псориаз генерализованный, пустулезный (тип Цумбуша), фаза прогрессирования, тяжелая стадия. При поступлении предъявлял жалобы на наличие высыпаний по всему кожному покрову, интенсивный зуд, жжение в очагах поражения. Из анамнеза известно, что страдает псориазом с 1999 г., когда впервые после стрессовой ситуации появились высыпания в виде узелков, сливающихся в бляшки на коже волосистой части головы. Впоследствии процесс распространился по всему кожному покрову. Течение псориазитарного процесса хроническое, рецидивирующее, с ежегодными внесезонными обострениями. Неоднократно получал терапию по поводу псориаза (ФХТ с фотосенсибилизатором, дезинтоксикационные средства, гепатопротекторы, наружно: топические стероиды) с разрешением процесса на коже, последующими ремиссиями до 3–4 месяцев. В течение пяти дней по поводу ОРВИ принимал колдакт, после чего на коже лица, туловища и конечностей появились высыпания розового цвета, сопровождающиеся интенсивным зудом, количество которых впоследствии увеличилось, элементы слились в очаги багрово-красного цвета, возникли влажные эрозии. При поступлении патологический процесс на коже носил распространенный характер. В области туловища, конечностей: очаги эритемы багрово-красного цвета с синюшным оттенком, обширные влажные эрозии с серозно-геморрагическим отделяемым, отслойкой эпидермиса по периферии; местами буллезные элементы размером до 3–5 см в диаметре с на-



Рис. 1. Пациент П. В. А. 38 лет. Клиническая картина: во время лечения

пряженной покрывкой, прозрачным содержимым. Симптом Никольского положительный. На коже волосистой части головы, туловища, конечностей: папулы и бляшки, выражено инфильтрированные. По периферии элементов: венчик эритемы багрово-розового цвета, свободный от шелушения. В центральной части элементов: наложение грязно-серых чешуйко-корок. В области спины, подошв на фоне яркой отечной эритемы множественные пустулы, сливающиеся между собой (рис. 1).

При обследовании обращает на себя внимание повышение СОЭ до 40 мм/ч; лейкоцитоз до  $10.25 \times 10^9/\text{л}$ , СРБ 4+. АТ к ВИЧ I, II типа положительные.

Проведено комплексное лечение, включающее: системные ГКС (500 мг в сутки по преднизолону с последующим снижением дозы до полной отмены), антибактериальные средства (р-р цефтриаксона 2.0 в/м 2 раза в сутки в/м, 10 дней), цитостатические средства (3 тура раствора методжета по 25 мг в неделю в/м в сочетании с приемом фолиевой кислоты 5 мг в неделю), гепатопротекторы (гептор 400 мг 2 раза в сутки, 20 дней), наружно: анилиновые красители, бетаметазон+кальципотриол. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика кожного процесса в виде регресса высыпаний (рис. 2).

Данный клинический случай представляет интерес в связи с возникновением синдрома Стивенса — Джонсона, трансформации вульгарного псориаза в генерализованный пустулезный псориаз на фоне ВИЧ-инфекции, что обусловлено снижением напряженности иммунных процессов под влиянием персистенции вируса иммунодефицита человека. Наслед-



Рис. 2. Пациент П. В. А. 38 лет. Клиническая картина: после лечения

ственная предрасположенность к возникновению аллергической реакции обусловлена генетическим дефектом детоксикационной системы лекарствен-

ных метаболитов, в результате чего связывается протеин эпидермиса и пускает в ход иммунный ответ, ведущий к иммуоаллергической реакции. Изложенные данные подчеркивают актуальность рациональной терапии; требуются исключение полипрагмазии, учет аллергоанамнеза; неприемлемо самолечение больных.

**Авторский вклад:** написание статьи — С. Р. Утц, А. Л. Бакулев, А. В. Моррисон, И. А. Игонина, О. О. Ардалина; утверждение рукописи для публикации — С. Р. Утц.

#### References (Литература)

1. Rook's textbook of dermatology. Eighth edition. Ed. by Tony Burns, Stephen Breathnach, Neil Cox and Christopher Griffiths. In 4 volumes. Wiley-Blackwell, 2010.
2. Comprehensive dermatologic drug therapy. Second edition. Stephen E. Wolverton. Saunders, 2007.
3. Clinical dermatology. Fifth edition. Thomas P. Habif. Mosby, 2010.
4. Dermatology. Third edition. 2-volume set. Ed. by Jean L Bolognia MD, Joseph L Jorizzo MD, Julie V Schaffer. Elsevier, 2012.
5. Chistjakova I.A. Modern problems of therapy and prevention of psoriasis. Russian medical journal 1997; (5): 709–712. Russian (Чистякова И. А. Современные проблемы терапии и профилактики псориаза. РМЖ 1997; (5): 709–712).
6. Federal clinical recommendations. Of sexually transmitted infections 2016; 417 (5): 562–568. Russian (Федеральные клинические рекомендации. Инфекции, передаваемые половым путем 2016; 417 (5): 562–568).
7. Rusak JuE, et al. Case of psoriasis on the background of HIV infection. Russian journal of skin and venereal diseases 2006; (1): 24–25. Russian (Русак Ю. Э. Случай псориаза на фоне ВИЧ-инфекции. Российский журнал кожных и венерических болезней 2006; (1): 24–25).
8. ChuiKO NA. Immunopathological aspects of the development of psoriasis. Ukrainian journal of dermatology, venereology, cosmetology 2004; (4): 16–19. Russian (Чуйко Н. А. Иммунопатологические аспекты развития псориаза. Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии 2004; (4): 16–19).

УДК 616.5–003.871–036.1–07 (045)

Клинический случай

### РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВЕРХНОСТНОГО ДИССЕМИНИРОВАННОГО АКТИНИЧЕСКОГО ПОРОКЕРАТОЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

### THE ROLE OF DERMATOSCOPY IN DIAGNOSTICS OF SUPERFICIAL DISSEMINATED ACTINIC POROKERATOSIS (A CASE REPORT)

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

Дата поступления — 11.07.2017 г.

Дата принятия в печать — 12.09.2017 г.

**Шерстобитова К. Ю., Утц С. Р., Шнайдер Д. А.** Роль дерматоскопии в диагностике поверхностного диссеминированного актинического порокератоза (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал 2017; 13 (3): 648–651.

Представлено клиническое наблюдение порокератоза поверхностного диссеминированного актинического у пациента 59 лет. Рассмотрены вопросы диагностики заболевания с помощью дерматоскопии.

**Ключевые слова:** порокератоз, дерматоскопия, cornoid lamella.