

ний эпителиоидных клеток (эпителиоидных бугорков) не обнаружено. В инфильтрате — лимфоциты, гистиоциты, небольшое количество эозинофилов и плазматических клеток. Эпидермис — интактен. Эти данные поставили перед нами задачу провести дифференциальный диагноз между волчаночным паникулитом (глубокая узловатая волчанка Капоши — Ирганга) и лимфоцитарной инфильтрацией Джесснера — Канофа, относящейся к псевдолимфомам. Отсутствие глубоких рубцовых изменений при довольно длительном течении заболевания позволило исключить волчаночный паникулит, хотя при красной волчанке возможны не только специфические васкулиты, но и неспецифические. В развитии лимфоцитарной инфильтрации Джесснера — Канофа триггерами чаще служат заболевания пищеварительного тракта, укусы насекомых (серологическое исследование крови больного на антитела к боррелии Бургдорфера дало отрицательный результат). В анамнезе нашего больного началом болезни был увеит, иридоциклит, что очень характерно для саркоидоза. Кроме того, клиническая картина (цвет очага — буровато-красный, его изменение при диаскопии на желтовато-бурый и наличие симптома «песчинок») позволила нам все-таки остановиться на диагнозе: саркоидоз.

В основу лечения легла терапия системными глюкокортикостероидами невысокими дозами (до 60 мг в пересчете на преднизолон) в сутки. Наблюдался положительный эффект, рекомендован длительный прием 30 мг преднизолона под наблюдением дерматологов по месту жительства (рис. 2).

Заключение. Данный клинический случай представляет интерес из-за относительной редкости заболевания, трудности диагностики, несоответствия

клинических проявлений и лабораторных исследований, возможно связанных с некомпетентностью взятия биопсийного материала, отсутствия иммуногистохимических исследований состава инфильтрата. Большой подлежит дальнейшему обследованию и наблюдению.

Конфликт интересов отсутствует.

Авторский вклад: написание статьи — Н.А. Слесаренко, А.В. Моррисон, В.М. Марченко, Е.М. Галкина, А.А. Моисеев, В.В. Рощепкин; утверждение рукописи для публикации — Н.А. Слесаренко, А.В. Моррисон.

References (Литература)

1. Chuchalin AG, Avdeev SN, Isanov ZR, et al. Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of sarcoidosis / Ministry of Health of Russia, Russian Respiratory Society. Чучалин А. Г., Авдеев С. Н., Айсанов З. Р. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению саркоидоза Moscow, 2016; p. 4–45. Russian (Чучалин А. Г., Авдеев С. Н., Айсанов З. Р. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению саркоидоза / Минздрав России, Российское респираторное общество. М., 2016; с. 4–45).
2. Lowell A, Goldsmith S, et al. Dermatology of Fitzpatrick in clinical practice. Moscow: Panfilov Publishing house, 2016; p. 2060–72. Russian (Лоуэлл А. Голдсмит С. и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. М.: Изд-во Панфилова, 2016; с. 2060–72).
3. Kalamkaryan AA, Mordovtsev VN, Trofimova LYa. Clinical dermatology, rare and atypical dermatoses. Yerevan: HAYASTAN, 1989; 456 p. Russian (Каламкарян А. А., Мордовцев В. Н., Трофимова Л. Я. Клиническая дерматология, редкие и атипичные дерматозы. Ереван: АЙАСТАН, 1989; 456 с.).
4. Dovzhansky SI. Diagnosis and treatment of skin diseases. Saratov: Aquarius, 2012; 210 p. Russian (Довжанский С. И. Диагностика и лечение кожных заболеваний. Саратов: Аквариус, 2012; 210 с.).

УДК 616.5–002.2–002.33–022.252:617.576.1:617.586.1]–07–08 (045)

Клинический случай

РЕДКИЕ ДЕРМАТОЗЫ: БАКТЕРИД ПУСТУЛЕЗНЫЙ ЭНДРЮСА

К. Ю. Шерстобитова — ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер», врач-онколог, врач-дерматовенеролог; **Д. А. Шнайдер** — ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер», главный врач; ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии.

RARE DERMATOSIS: ANDREWS PUSTULAR BACTERID

K. Yu. Sherstobitova — Saratov Regional Clinical Dermatovenerologic Dispensary, oncologist, dermatovenerologist; **D. A. Shneider** — Saratov Regional Clinical Dermatovenerologic Dispensary, Head Physician; Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenerology and Cosmetology.

Дата поступления — 22.11.2018 г.

Дата принятия в печать — 06.12.2018 г.

Шерстобитова К. Ю., Шнайдер Д. А. Редкие дерматозы: бактерид пустулезный Эндрюса. Саратовский научно-медицинский журнал 2018; 14 (4): 757–759.

Представлено клиническое наблюдение бактерида пустулезного Эндрюса у пациентки 41 года. Рассмотрены вопросы классификации, дифференциальной диагностики и лечения заболевания.

Ключевые слова: бактерид пустулезный Эндрюса, пустулезные заболевания ладоней и подошв.

Sherstobitova KYu, Shneider DA. Rare dermatosis: Andrews pustular bacterid. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2018; 14 (4): 757–759.

We presented a case of Andrews pustular bacterid in a 41-year-old female patient. The problems of classification, differential diagnosis and disease treatment are discussed.

Key words: Andrews pustular bacterid, pustular palmoplantar conditions.

Введение. Бактерид пустулезный Эндрюса впервые описан Г. Эндрюсом и соавторами в 1934 г. [1],

позднее к концепции заболевания вернулся Р. Тан в 1974 г. [2]. На сегодняшний день нет единого мнения относительно классификации болезней, сопровождающихся поражением ладоней и подошв, однако многие авторы выделяют бактерид пустулезный

Ответственный автор — Шерстобитова Ксения Юрьевна
Тел.: +7 (937) 9682040
E-mail: k.sherstobitova@gmail.com

Эндрюса как самостоятельную патологию, наряду с хроническим ладонно-подошвенным пустулезом, ладонно-подошвенным псориазом и акродерматитом стойким пустулезным Аллопо [3–5].

Манифестация заболевания, обусловленная наличием очагов хронической инфекции в организме, отсутствие отягощенного семейного анамнеза по псориазу и его классических клинических проявлений, характер высыпаний, их локализация, быстрый ответ на применение антибактериальных препаратов позволяют дифференцировать пустулезный бактериид от других патологий ладоней и подошв, сопровождающихся образованием пустул [6]. Чаще всего пустулезный бактериид приходится дифференцировать от разновидности пустулезного псориаза — локализованного пустулезного псориаза (тип Барбера), который также характеризуется появлением пустул со стерильным содержимым на коже ладоней и подошв, однако возникают они на резко отграниченном шелушащемся эритематозном фоне и в большинстве случаев в области тенара и гипотенара, свода стоп. Поражение может быть как симметричным, так и односторонним, сопровождается чувством зуда и жжения [7]. Помимо высыпаний на коже ладоней и подошв, нередко можно встретить очаги обыкновенного псориаза, а при опросе у пациентов, как правило, выясняется семейный анамнез заболевания [8]. Ремиссия может продолжаться до нескольких месяцев, течение пустулезного псориаза Барбера хроническое. Кроме того, при проведении дифференциальной диагностики необходимо исключить экзему и грибковое поражение.

Клиническая картина бактерида пустулезного Эндрюса представлена стерильными пустулами, по периферии которых нередко визуализируется венчик эритемы. В дебюте заболевания элементы располагаются симметрично на неизменной коже центральной зоны ладоней и подошв. Распространяются эксцентрично, постепенно вовлекая в процесс всю поверхность ладоней и подошв, за исключением кожи пальцев. Субъективно пациентов беспокоит болезненность и зуд, который может быть интенсивным, особенно в период рецидивирования.

Некоторые авторы рассматривают бактериид пустулезный Эндрюса как вариант ладонно-подошвенного пустулезного псориаза [9, 10], при котором применение ретиноидов (тигазон, неотигазон), а также их комбинация с фототерапией (ПУВА-терапия, ре-ПУВА-терапия) приводят к хорошим терапевтическим результатам [11]. Но в подавляющем большинстве случаев ремиссия наступает после терапии, направленной на устранение очага инфекции.

Клиническое наблюдение. Пациентка К., 41 год, находилась на обследовании и лечении в стационаре дерматовенерологического профиля ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер» с 24 августа по 5 сентября 2018 г.

Больной себя считает с середины августа 2018 г., когда на фоне обострения хронического тонзиллита на коже центральных областей ладоней появились мелкие пузырьки, сопровождающиеся зудом и незначительной болезненностью. Пациентка самостоятельно в течение недели наносила на высыпания мазь «Левомеколь» — без терапевтического эффекта. Затем отмечала распространение сыпи по всей поверхности ладоней, повышение температуры до 38 градусов С, недомогание. С данными жалобами обратилась в клинико-диагностическое отделение №2 ГУЗ «СОКВД».

Из анамнеза: имеет длительный стаж курения, злоупотребляет алкоголем; наследственность по псориазу не отягощена. На диспансерном учете у врачей-специалистов не состоит. За период с 2010 г. неоднократно получала лечение по поводу хронического тонзиллита.

При осмотре: патологический процесс носит ограниченный характер и локализуется на коже ладоней. Высыпания представлены пустулами с содержимым желтоватого цвета, размером от 0,2 до 0,6 см, расположенными на фоне пальмарной эритемы. На коже ладоней также обнаруживаются множественные геморрагии красновато-бурого цвета (рис. 1). При пальпации области поражения отмечается выраженная болезненность.



Рис. 1. Пациентка К., 41 год. Бактерид пустулезный Эндрюса с поражением ладоней

Пациентка обследована: в общем анализе крови наблюдается лейкоцитоз, лимфопения, ускоренное СОЭ до 35 мм/ч. В биохимическом анализе: повышение уровня глобулинов и снижение альбуминов, незначительное увеличение показателей АСТ, АЛТ. Результаты исследований крови на ВИЧ, HBs, HCV, сифилис — отрицательные. Посев содержимого пустул подтвердил их стерильность.

Проведена видеодерматоскопия очагов поражения на видеодерматоскопе MOLEMAX HD (Derma Medical Systems, Австрия) при увеличении $\times 20$: на розовом фоне определяются глубоко заложенные пустулы различного диаметра с желтоватым содержимым, геморрагии красновато-бурого цвета (рис. 2).

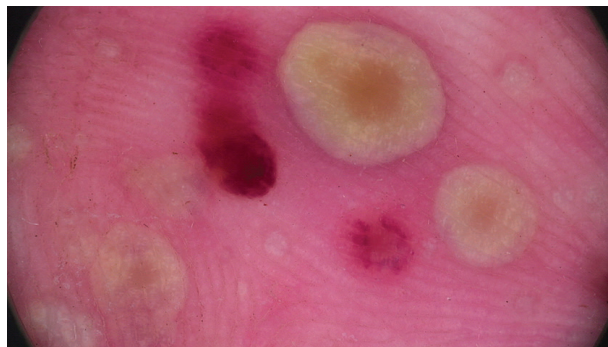


Рис. 2. Дерматоскопическая картина очага на ладони. Увеличение $\times 20$

Выполнена диагностическая биопсия с очага высыпания на коже правой ладони. Результат патогно-

стологического исследования: в эпидермисе очаги выраженного очагового спонгиоза с образованием внутриэпидермальных пузырей, выраженный акантоз и паракератоз, экзоцитоз лейкоцитов с большими их скоплениями и слущенными клетками многослойного плоского эпителия. В собственно дерме расширенные, полнокровные сосуды, очаговый периваскулярный клеточный инфильтрат из лимфоцитов, макрофагов и нейтрофилов. Заключение: данная морфологическая картина в эпидермисе и дерме может присутствовать при пустулезном бактериде Эндриуса.

Учитывая жалобы пациентки, анамнез заболевания, клиническую картину, результаты дерматоскопического и патогистологического исследований, поставили клинический диагноз: «Бактерид пустулезный Эндриуса».

Пациентка госпитализирована в стационар дерматовенерологического профиля ГУЗ «СОККВД», где проведено лечение: дезинтоксикационная терапия, антибактериальные препараты, гепатопротекторы, витамины. Наружно: произведено вскрытие пустулезных элементов с последующей обработкой водным раствором анилинового красителя; комбинированные топические стероиды.

Пациентка выписана с разрешением процесса на коже ладоней.

Заключение. Для практикующего дерматолога вопрос дифференциальной диагностики заболеваний с наличием пустулезных элементов на коже ладоней и подошв приобретает особую важность ввиду частых ошибок в постановке диагноза и определении дальнейшей тактики ведения пациента.

Бактерид пустулезный Эндриуса — относительно редкое заболевание, сопровождающееся появлением стерильных эффоресценций на коже подошв и ладоней. Наличие провоцирующего фактора в дебюте болезни в виде очаговой бактериальной инфекции и последующее разрешение процесса на коже после ликвидации инфекционного заболевания, характерные анамнестические и клинические признаки, патогистологическая картина и использование дерматоскопии как неинвазивного вспомогательного метода исследования позволяют поставить верный диагноз. Назначение адекватной терапии, направленной на ликвидацию очага хронической инфекции, дает возможность во многих случаях избежать побочных эффектов от системной терапии ретиноидами.

Авторский вклад: написание статьи — К. Ю. Шерстобитова; утверждение рукописи для публикации — Д. А. Шнайдер.

References (Литература)

1. Andrews GC, Machacek GF. Pustular bacterids of the hands and feet. Arch Derm Syphilol 1935; 32: 837–47.
2. Tan RS. Acute generalized pustular bacterid. An unusual manifestation of leukocytoclastic vasculitis. Br J Dermatol 1974; 91: 209–15.
3. Yamamoto T. Extra-palmoplantar lesions associated with palmoplantar pustulosis. JEADV 2009; (23): 1227–32.
4. Ammoury A, El SF, Dhaybi R, Bazex J. Palmoplantar pustulosis should not be considered as a variant of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venerol 2008; 22: 392.
5. Likhonos LM, Smirnova IO. Pustulosis palmaris and plantaris: pathogenetic, clinical, and epidemiological features. Klinicheskaya dermatologia i venerologia 2017; 16 (3): 4–12. Russian (Лихонос Л.М., Смирнова И.О. Ладонно-подошвенный пустулез: патогенетические, клинические и эпидемиологические особенности. Клиническая дерматология и венерология 2017; 16 (3): 4–12).
6. Kamiya K, Ohtsuki M. Acute generalized pustular bacterid. J Gen Fam Med 2017; 00: 1–2.
7. Znamenskaja LF, Chikin VV, Bakulev AL. Federal clinical guidelines for the management of psoriasis patients / Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists. Moscow, 2015; 59 p. Russian (Знаменская Л.Ф., Чикин В.В., Бакулев А.Л. и др. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориазом / Российское общество дерматовенерологов и косметологов. М., 2015; 59 с.).
8. Sosnina EA, Chistyakova IA. Features of clinical manifestations and therapy of patients with pustular psoriasis. Lechaschii Vrach 2011; 10: 14–7. Russian (Соснина Е.А., Чистякова И.А. Особенности клинических проявлений и терапия больных пустулезным псориазом. Лечащий Врач 2011; 10: 14–7).
9. Bakhlykova EA, Filimonkova NN, Kurlovich NA, Matusevich SL. Pustular palmoplantar conditions. Klinicheskaya dermatologia i venerologia 2014; 6: 91–6. Russian (Бахлыкова Е.А., Филимонкова Н.Н., Курлович Н.А., Матусевич С.Л. Пустулезные заболевания ладоней и подошв. Клиническая дерматология и венерология 2014; 6: 91–6).
10. Molochkov VA, Badokin VV, Albanova VI, Volnuchin VA. Psoriasis and psoriasis arthritis. Moscow, 2007; 332 p. Russian (Молочков В.А., Бадочкин В.В., Альбанова В.И., Волнухин В.А. Псориаз и псориатический артрит. М., 2007; 332 с.).
11. Slesarenko NA, Bakulev AL, Shabogina AA, et al. Side effects of systemic retinoid therapy in patients with severe psoriasis. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2013; 9 (3): 549–52. Russian (Слесаренко Н.А., Бакулев А.Л., Шабогина А.А. и др. Нежелательные эффекты системной терапии ретиноидами у пациентов с тяжелыми формами псориаза. Саратовский научно-медицинский журнал 2013; 9 (3): 549–52).