

адекватного лечения всегда себя оправдывает, и, наоборот, запаздывание с его проведением утяжеляет дальнейшее течение болезни и создает опасность трансформации себорейной пузырьчатки в вульгарную. Лечение пузырьчатки целесообразно проводить дексаметазоном. Его начальные, ударные дозы 8 мг/сут (16 таблеток). Постепенно суточную дозу снижают до поддерживающей.

При упорном течении себорейной пузырьчатки и подозрении на ее трансформацию в вульгарную рекомендуется назначить дополнительно к кортикостероидам азатиоприн (150 мг/сут), не откладывая это назначение, поскольку действие азатиоприна проявляется не сразу, чаще через 3—4 нед, после чего дозу препарата можно уменьшить. Азатиоприн считают вторым иммуносупрессивным средством после глюкокортикостероидов; кроме того, он дает стероид-сберегающий эффект [10]. В отличие от азатиоприна метотрексат не сочетается с высокими дозами кортикостероидов и может даже ухудшить течение пузырьчатки (в чем, к сожалению, мы тоже убедились).

#### Выводы

1. Основная опасность ухудшения прогноза при себорейной пузырьчатке — поздняя диагностика и, соответственно, запоздалое начало адекватного лечения.

2. Типичная клиническая картина себорейной пузырьчатки и наличие положительного симптома Никольского могут служить основанием для начала полноценного лечения с использованием ударных доз кортикостероидов, несмотря на возможное отсутствие в этот период акантолитических клеток. Не исключается также вероятность ретроспективной

верификации клинического диагноза гистологическими и иммунофлюоресцентными данными.

3. Целесообразно применять дексаметазон в качестве системного кортикостероида при лечении пузырьчатки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Рёкен М., Шаллер М., Замтлер Э., Бурддорф В. Атлас по дерматологии: Пер. с нем. М.: МЕДпресс-информ; 2012: 186—8.
2. Иванов О.Л., ред. Кожные и венерические болезни: Справочник. М.: Медицина; 2007: 226—8.
3. Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней: Атлас-справочник. М.: МИА; 2009: 129—34.
4. Морган М.Б., Смоллер Б.Р., Сомач С.К. В кн.: Молочков А.В., ред. Атлас смертельных кожных болезней: Пер. с англ. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010: 251—7.
5. Пальцев М.А., Потеев Н.Н., Казанцева И.А., Кряжева С.С. Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней: Руководство для врачей. М.: Медицина; 2006: 80—8.
6. Хэбиф Т.П. Кожные болезни: Диагностика и лечение: Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ; 2006: 344—7.
7. Розовская И.Т. Об определении 17-оксикортикостероидов в моче после превращения их в 17-кетостероиды. Лабораторное дело. 1967; 8: 464—7.
8. Metcalf M.G. A rapid method for measuring 17-hydroxycorticosteroids in urine. J. Endocrinol. 1963; 26(3): 415—23.
9. Альтмайер П. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии: Пер. с нем. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2003: 15—6.
10. Рахманов В.А., Романенко Г.Ф. Патоморфологические изменения нервных окончаний в коже и слизистых оболочках при пузырьчатке. В кн.: Труды 1-го Московского медицинского института. М.; 1958; т. 4: 49—54.

Поступила 30.07.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 616.5-003.84-036.1

## X-сцепленный ихтиоз

В.Н. Терещенко<sup>1</sup>, Н.Е. Карпылаева<sup>2</sup>, М.В. Рябкова<sup>2</sup>, О.Ю. Шевелева<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Кафедра дерматовенерологии (зав. — доц. В.Н. Терещенко) ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России; <sup>2</sup>Забайкальский краевой кожно-венерологический диспансер (глав. врач — канд. мед. наук Л.Ю. Бердицкая), Чита; Филиал №3 (нач. С.А. Шилов) ФГБУ 321 Окружной военный клинический госпиталь» Минобороны России, Улан-Удэ

Приведен редкий случай клинического наблюдения X-сцепленного ихтиоза, который представляет интерес для практического врача-дерматолога.

Ключевые слова: генодерматоз, ихтиоз, X-сцепленный

#### X-LINKED ICHTHYOSIS

V.N. Tereshchenko, N.E. Karpylaeva, M.V. Ryabkova, O. Yu. Shevelyova

A rare clinical case, interesting for a practicing dermatologist, is described: X-linked ichthyosis.

Key words: gene dermatosis, ichthyosis, X-linked

Сведения об авторах:

Терещенко В.Н. — канд. мед. наук, доцент; Карпылаева Н.Е. — врач-дерматовенеролог (karpylaeva1@gambler.ru); Рябкова М.В. — врач-дерматовенеролог, Шевелева О.Ю. — врач-дерматовенеролог.

Ихтиоз (*син.*: диффузная кератома, сауриаз, кожа аллигатора) — группа кератозов, характеризующаяся диффузным нарушением ороговения по типу гиперкератоза с образованием на коже чешуек, напоминающих чешую рыбы. Различают несколько форм ихтиоза, основные из которых имеют наследственный генез [1, 2].

Обычный ихтиоз встречается с частотой 1 на 1000 населения; X-сцепленный рецессивный — 1 случай на 2000—9500 мальчиков, остальные формы — 1 случай на 300 000 населения и реже [3].

X-сцепленный ихтиоз (*син.*: черный, чернеющий ихтиоз) наследуется по рецессивному типу, сцепленному с X-хромосомой, болеют только лица мужского пола. Женщины являются гетерозиготами, не имеющими видимых проявлений болезни [3, 4].

Ген был клонирован; возможна пренатальная диагностика. Генетический дефект (делеция STS-гена хромосомы Xp22.32) обуславливает снижение или отсутствие синтеза стероидной сульфатазы, приво-

дя к нарушению гидролиза сульфата холестерина и DHEAS и повышенному накоплению холестерин-3-сульфата в эпидермисе, что, в свою очередь, повышает клеточную адгезию и проявляется гистологически и клинически выраженным гиперкератозом [5].

X-сцепленный ихтиоз проявляется с рождения или первых недель жизни [2, 3, 6]. Чаще поражен весь кожный покров, включая кожные складки (30%) [1, 2]. Представляет собой хроническое, персистирующее заболевание, выраженность которого может зависеть от сезонных изменений влажности. С возрастом улучшения не происходит. Кожные проявления не приводят к физическим ограничениям, но из-за косметического дефекта вызывают психический дискомфорт [5]. Вначале в клинической картине преобладают нежные мелкопластинчатые чешуйки, которые через 3—4 мес сменяются темно-коричневыми ромбовидными чешуйко-корками, особенно выраженными в области задней поверхности шеи, а также на разгибательной поверхности конечностей, туловища [6].

У детей в процесс всегда включаются волосистая часть головы и шея, характерный признак — «грязная шея» [1, 2]. В области волосистой части головы отмечают не только сухость, шелушение и раздражение волос, но и очаги облысения [4].

У 50% больных отмечается помутнение роговицы, у 20% — крипторхизм [6], часто наблюдается умственная отсталость, эпилепсия, скелетные аномалии и другие дисплазии [4].

X-сцепленный ихтиоз необходимо дифференцировать от различных типов ксероза, вульгарного, ламеллярного и индуцированного лекарственными средствами ихтиоза. В отличие от обычного ихтиоза при X-сцепленном ихтиозе поражаются крупные складки, но отсутствует фолликулярный кератоз, кожа ладоней и подошв не поражаются.

Представляем клиническое наблюдение редко встречающегося X-сцепленного ихтиоза.

Больной М., 27 лет. Единственный ребенок в семье. Окончил 11 классов и лесотехнический колледж. Болен с рождения. С возрастом улучшения состояния не происходит. Нарушены барьерная и защитные функции кожи, пото- и салоотделение, на теле отсутствуют волосные фолликулы. Волосы на голове поражены: редкие, ломкие, истонченные. Практически вся поверхность кожного покрова, включая кожные складки, шею, сгибательные поверхности локтевых и коленных суставов, подмышечные впадины, покрыта крупными чешуйками темно-коричневого цвета (см. рисунок, а—г), с трудом отделяющимися, разделенными зонами нормально выглядящей кожи. Беспокоит дискомфорт, вызванный ксерозом, значительный косметический дефект, из-за которого больной постоянно выглядит «грязным».

Выявили помутнение роговицы правого глаза, эктропион век (глаза всегда открыты, даже во время сна), деформация ушных раковин (см. рисунок, д, е).



Больной М., 27 лет. X-сцепленный ихтиоз.

- а — чешуйки от светло- до темно-коричневого цвета, напоминают рыбью чешую;  
 б — поражение волосистой части головы и задней поверхности;  
 в — поражение верхних (в) и нижних (г) конечностей, ногтевые пластины не изменены;  
 д — помутнение роговицы правого глаза, эктропион век;  
 е — деформация ушной раковины.

Кожа ладоней и подошв не изменена. Ногтевые пластины не поражены, зубы без видимой патологии.

Заболевание имеет хронический, персистирующий характер (существенное улучшение в летний период с обострениями в осенне-зимний).

В течение всей жизни получает симптоматическое лечение (кератолитические препараты, витамин А).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Беренбейн Б.А., Струдницин А.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. М.: Медицина; 1989: 479—85.
2. Иванов О.Л., ред. Кожные и венерические болезни: Справочник. М.: Медицина; 1997: 108—12.

3. Клиника, диагностика и лечение больных генерализованными кератозами (ихтиозы, ихтиозиформные эритродермии): Методические рекомендации. Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт Минздрава РФ; Казанский ГИДУВ Минздрава РФ. Казань; 2002.

4. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М.: Тридафарм; 2001: 267—9.

5. Кей Шу-Мей К., Лио П. А., Стратигос А. Дж., Джонсон Р. А. Детская дерматология: Цветной атлас и справочник. М.: БИНОМ; Лаборатория знаний; 2011: 81—2.

6. Пальцев М.А., Потехаев Н.Н., Казанцева И.А., Кряжева С.С. Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. М.: Медицина; 2006: 45—9.

Поступила 22.06.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.5-006.52-039.35-085.373:578.245

## Внутриочаговая интерферонотерапия рецидивирующих бородавок

Г.Э. Баграмова<sup>1</sup>, Т.Г. Седова<sup>2</sup>, А.Н. Хлебникова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Российский университет Дружбы народов; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

*Бородавки представляют собой доброкачественные образования кожи, вызываемые различными видами вируса папилломы человека. Рассмотрены данные литературы об эффективности различных методов терапии. Приведен опыт внутриочаговой интерферонотерапии рецидивных бородавок. Данный метод предлагается в качестве терапии выбора при рецидивирующих ладонно-подошвенных бородавках, множественных вульгарных бородавках, особенно при околоногтевой локализации.*

Ключевые слова: бородавки, рецидив, внутриочаговая интерферонотерапия

### INTRAFOCAL INTERFERON THERAPY FOR RELAPSING WARTS

G.E. Bagramova, T.G. Sedova, A.N. Khlebnikova

*Warts are benign formations of the skin, caused by human papillomaviruses. The efficiency of various treatments are discussed. Experience gained with intrafocal interferon therapy of relapsing warts is presented. This treatment is recommended as a method of choice for relapsing warts of the palms and soles, multiple vulgar warts, particularly located by the nails.*

Key words: warts, relapse, intrafocal interferon therapy

Бородавки представляют собой доброкачественные образования кожи, вызываемые различными видами вируса папилломы человека (ВПЧ). Частота их у взрослых достаточно высока — 7—12%, у детей школьного возраста — 10—20% [1—4]. Высокую заболеваемость отмечают также у иммуносупрессивных пациентов [5]. ВПЧ передается при прямом или непрямом контактах с больным, характерен процесс аутоинокуляции, обеспечивающий групповое распространение бородавок. Инкубационный период варьирует от 1 до 6 мес, однако может быть свыше 3 лет [2].

Выделяют несколько видов кожных бородавок: вульгарные, ладонно-подошвенные, плоские, ните-

видные и др. Вульгарные бородавки вызывают чаще ВПЧ 2-го и 4-го, реже 1-го, 3-го, 27-го, 29-го и 57-го типов [6, 7]. Клинически они представлены множественными безболезненными серыми папулами диаметром 0,2—0,5 см, покрытыми папилломатозными разрастаниями и локализующимися преимущественно на тыле кистей и стоп. Глубокие ладонно-подошвенные бородавки локализуются только на ладонях и подошвах в виде болезненных плотных округлых гиперкератотических образований и вызываются ВПЧ 1-го, реже — 3-го, 27-го, 29-го и 57-го типов [6, 7]. В ряде случаев они могут располагаться на одном уровне с неизменной и иметь зернистую поверхность. Отдельно выделяют мозаичную разно-

Сведения об авторах:

Баграмова Гаяне Эрнестовна — канд. мед. наук; Седова Татьяна Геннадьевна — канд. мед. наук, доцент; Хлебникова Альбина Николаевна — д-р мед. наук, доцент (alb9696@yandex.ru).