



ФОТОЗАДАЧА

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.5-031:611.64

Узелковое образование на половом члене

Г.Н. Тарасенко^{1,2}, Я.А. Смирнова², Ю.А. Демьянчук², Ю.Г. Тарасенко³

¹ФГКУ 3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого Минобороны России (нач. — проф. Белякин С.А.); ²кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии (зав. — проф. В.В. Гладыко) МИУВ ФГБОУ ВПО Московский государственный университет пищевых производств; ³Клинико-диагностический центр (главный врач — канд. мед. наук О.П. Эмирвелиева) ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Б о л ь н о й С., 23 года. Беспокоят в течение нескольких дней узелковые образования на половом члене (**рис. 1**). При микроскопии в соскобе с очагов выявлено (**рис. 2, 3**).



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

Сведения об авторах:

Тарасенко Г.Н. — канд. мед. наук, доцент (dgtaraseenko@yandex.ru); Смирнова Я.А. — клин. ординатор; Демьянчук Ю.А. — клин. ординатор; Тарасенко Ю.Г. — канд. мед. наук.

Диагноз: скабиозная лимфоплазия.

Микроскопия соскоба с очагов поражения: обнаружены яйца и самки чесоточного клеща.

Общие сведения. Скабиозная лимфоплазия кожи, по данным ряда авторов, по существу не является осложнением или узелковой разновидности чесотки, как считалось ранее, а представляет особый вариант чесоточного хода [1]. Наиболее вероятно, что причиной ее возникновения является особая предрасположенность кожи отвечать на воздействие раздражителя реактивной гиперплазией лимфоидной ткани в местах ее наибольшего скопления. Скабиозная лимфоплазия характеризуется наличием сильно зудящих округлых узелковых и узловатых образований багрово-синюшного цвета, плотных на ощупь, размером до 1 см. Иногда несколько таких элементов располагаются вблизи друг друга, частично сливаясь и образуя плотные бляшки с шелушением или корочками на поверхности. Высыпания могут сохраняться в течение нескольких недель после лечения чесотки [2] и локализируются преимущественно на коже туловища и половых органов у мужчин. Узелки обычно немногочисленны. Иногда они являются единственным клиническим признаком чесотки [3]. Содержимое таких ходов представлено очень большим количеством паразитарных элементов с преобладанием опустевших яйцевых оболочек [4].

Патогистология: в дерме выявлен периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов, гистиоцитов, эозинофилов и переполнение сосудов кровью. Биоптаты до и после лечения отличаются только наличием или отсутствием клещей в эпидермисе [1].

Дифференциальный диагноз проводят с псевдочесоткой, развивающейся при попадании на кожу человека клещей от животных или птиц, которые кусают кожу человека, но не паразитируют в ней, зерновой чесоткой, вызываемой пузатым клещом, который обитает в прелой соломе, а также тромбидиозом, спровоцированным личинками клещей краснотелок, которые обитают на растениях. При них клещи также не паразити-

руют в коже человека, а лишь кусают ее, поэтому нет чесоточных ходов, а на местах укусов появляются отчетные узелки, везикулы. В ряде случаев чесоточную лимфоплазию дифференцируют с проявлениями атопического дерматита, почесухи и др. [5].

Диагностика. Лабораторным методом подтверждения диагноза является нахождение под микроскопом возбудителя заболевания в любой из стадий его развития (яйца, яйцевые оболочки, личинки, взрослые насекомые), для чего используют извлечение клеща иглой, тонкие срезы эпидермиса острой бритвой или глазными ножницами, соскоб патологического материала скальпелем или острой глазной ложечкой с использованием щелочи или молочной кислоты [1].

Лечение: серная мазь (для взрослых больных оптимальна 20% концентрация, для детей — 10%); метод М.П. Демьяновича, с последовательным втиранием 60% раствора гипосульфита натрия (жидкость № 1) и 6% раствора соляной кислоты (жидкость № 2). Для лечения детей используют более низкую концентрацию — 40% (жидкость № 1) и 4% (жидкость № 2); бензилбензоат: 10% (детям) и 20% (взрослым) в виде водно-мыльной суспензии или мази; спрегаль и другие противоскабиозные средства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколова Т.В. Чесотка. Новое в этиологии, эпидемиологии, клинике, диагностике, лечении и профилактике (лекция). Российский журнал кожных и венерических болезней. 2001; 1: 27—39.
2. Альбанова В.И. Опыт лечения больных чесоткой. Вестник дерматологии и венерологии. 1999; 2: 39—42.
3. Сергеев Ю.В. Доброкачественная лимфопазия кожи. Новое в клинике, морфологии и лечении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: 1982.
4. Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. Чесотка. М.: Медицина; 1989.
5. Иванов О.Л., ред. Кожные и венерические болезни: Справочник. М.: Медицина; 2006: 290—302.

Поступила 31.05.12