

*Казакова М.Р., PhD,
Ассистент кафедры
дерматовенерологии и косметологии №1,
Ташкентский государственный
медицинский университет,
Узбекистан, г. Ташкент*

*Сафаров Х.Х.,
Старший преподаватель кафедры
внутренних болезней,
Чирчикский филиал Ташкентского
государственного медицинского университета,
Узбекистан, г. Чирчик*

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. СВЕТОВАЯ ОСПА БАЗЕНА И ЭКЗЕМА КИСТЕЙ РУК

Аннотация

Несмотря на то, что экзема кистей рук является наиболее распространенной из аллергодерматозов, сопутствующая встреча световой оспы Базена считается редким явлением.

В этой статье мы расскажем о 7-летней пациентке, которая находилась под клиническим наблюдением в Ташкентском областном диспансере кожно-венерических заболеваний с диагнозом экземой кистей рук и световой оспой Базена. Точный патогенез этих заболеваний не ясен, но не исключено, что в качестве пускового механизма могут выступать аутоиммунные изменения. Наиболее частой причиной заболевания является сочетание не прямого солнечного воздействия различных экзогенных агентов (системных и топических), которые могут вызывать

фототоксические и фотоаллергических реакций. Известно, что наиболее частой причиной фотоаллергических реакций являются топические агенты (например, галогенидсалициламида, бензокаин в мыле и других бытовых средствах, лосьонах).

Однако в происхождении обоих этих заболеваний имеют общей этиологических факторов, это дает эффективный уровень диагностики и новые подходы к лечению этих заболеваний.

Ключевые слова: атопические состояния; световая оспа Базена; экзема кистей рук.

*Kazakova M.R., PhD,
Assistant of the Department of
Dermatovenereology and Cosmtetology №1,
Tashkent State Medical University,
Uzbekistan, Tashkent*

*Safarov Kh.Kh.,
Senior Lecturer, Department of Internal Medicine,
Chirchik branch of Tashkent State Medical University,
Uzbekistan, Chirchik*

CLINICAL CASES OF COMBINED DISEASES. VACCINA ACTINICA BAZIN AND ECZEMA OF THE HANDS

Abstract

Despite the fact that eczema of the hands is the most common of allergodermatoses, the concomitant occurrence of vaccine actinica Bazinis considered a rare phenomenon.

In this article, we will tell about a 7-year-old patient, who was under clinical supervision at the Tashkent regional dispensary of skin and venereal diseases with a diagnosis of eczema of the hands and vaccine actinica Bazin. The exact pathogenesis of these diseases is not clear, but it is possible that autoimmune changes may act as a trigger. The most common cause of the disease is a combination of indirect solar exposure to various exogenous agents (systemic and topical), which can cause phototoxic and photoallergic reactions. Topical agents (for example, salicylamide halide, benzocaine in soaps and other household products, lotions) are known to be the most common cause of photoallergic reactions.

However, both of these diseases have common etiological factors in their origin, which gives an effective level of diagnosis and new approaches to the treatment of these diseases.

Keywords: atopic conditions; vaccina actinica Bazin; eczema of the hand

Введение

Световая оспа Базена врожденный вариант фотодерматоза, обусловленный повышенной чувствительностью кожи к ультрафиолетовому излучению. Световая оспа Базена-очень редкое заболевание, характеризующееся появлением на коже эритемы и волдырей. Сыпь при световой оспе Базена напоминает классическую оспенную сыпь, а после заживления на коже остаются ямки (характерные углубления) [5].

Причины заболевания хорошо известны. Однако механизм возникновения оспы до сих пор не установлен. Мнения специалистов, по этому вопросу расходятся. Одни считают, что световая оспа наследуется рецессивно, другие эксперты утверждают, что наследуемость сомнительна. Хорошо известна семейная световая оспа Базена, однако ее наследуемость до конца не доказана.

Световая оспа Базена также известна как порфирия. Примечательно, что культовый литературный персонаж граф Дракула страдал порфирией. Автор наделил своего героя этим редким и необычным заболеванием, навсегда сделав его иконой вампира. На самом деле и в реальности пациенты с порфирией считают солнечный свет не комфортным и поэтому должны всегда его избегать [3, 4].

Заболевание развивается в раннем детстве, вскоре после рождения. На открытых участках кожи появляются серозные или кровянисто-розовые бляшки, или везикулы. Везикулы имеют не большое центральное углубление, похожее на пустулы при световой оспе. Везикулы подсыхают и образуют коричневую корочку. Когда корочка отпадает, она превращается в пустулу (рубец).

Отмечены тяжелые случаи световой оспы, при которых поражается не только кожа, но и слизистые оболочки, губы и глаза. При поражении глаз пациенты жалуются на светобоязнь, слезотечение, подергивание век. В очень редких тяжелых случаях наблюдается дистрофия волос и ногтей. Рецидивы заболевания носят сезонный характер. В зимние месяцы заболевание регрессирует [1,2].

Экзема-многофакторное заболевание. В ее развитии участвуют как внутренние факторы (процессы, происходящие внутри организма), так и внешние (внешние воздействия) [8].

Экзема кистей рук- распространенное заболевание, встречающееся у 1-5% населения. J. Thyssen et al. провели обзор семи эпидемиологических исследований по экземе кистей и пришли к выводу, что средняя частота экземы кистей составляет 5,5 случая на 1000 человек. У женщин заболеваемость экземой кистей составила 9,6 случая на 1000 человек, а у мужчин-4,0 случая на 1000 человек [9].

Экзема кистей рук является наиболее распространенным аллергическим заболеванием кожи. Экзема рук чаще всего встречается у

людей, работающих в здравоохранении, пищевой промышленности и индустрии красоты. Это заболевание оказывает негативное влияние, как на здоровье, так и на экономику, часто требуя длительного лечения или вынуждая людей менять работу. При тяжелом течении экзема рук оказывает негативное влияние на психологическое состояние и общее самочувствие пациента [6].

На развитие заболевания в основном влияет взаимодействие экологических и генетических факторов. Установлено, что люди с мутациями в гене филаггрина (белок, кодируемый этим геном, важен для поддержания целостности эпидермиса) более склонны к развитию экземы кистей. Кроме того, мутации в этом гене являются фактором риска повышенной сухости кожи, ихтиоза и атопического дерматита. Работа во влажной среде также является фактором риска развития экземы рук: воздействие воды в течение более трех часов (в течение дня) уже вызывает определенные изменения в физиологии кожи и повышает риск ее раздражения. К другим раздражающим факторам относятся моющие средства, парфюмерия и консерванты в косметике. Контакт со свежими специями, растениями, деревом, пылью и стекловатой также может вызвать раздражение кожи [7].

Кроме того, экзема рук может быть симптомом аллергического контактного дерматита. Аллергический контактный дерматит диагностируется у 40-60% пациентов с экземой кистей.

Ниже приведены клинические наблюдения за пациентом 7 лет с диагнозом «атопический дерматит», проведенные в Ташкентской областной кожно венерологического диспансере (ТОКВД).

Пациентка З. О. 7 лет. Направительный диагноз: Атопический дерматит. Сопутствующий диагноз: Экзема кожи в фазе обострения.

Со слов матери, пациентка наблюдалась дерматологом по месту жительства с появлением сыпи типа «экссудативного диатеза» в

младенчестве. В августе 2017 г на коже щеки и подбородке появилась аналогичная сыпь с умеренным периодическим зудом, которая не была связана с какими-либо проявлениями заболевания и не лечилась.

В период с октября по ноябрь 2018 года высыпания иного характера с умеренным зудом появились на коже верхних конечностей плеч и предплечий, постепенно распространяясь на кожу ладоней рук в течение одного месяца. Связи между этими высыпаниями какими-либо причинным фактором установить не удалось. Она была направлена к дерматологу по месту жительства, получала лечение мазью Элоком, которое оказалось не эффективным.

Был поставлен диагноз «атопический дерматит» и она наблюдалась амбулаторно.

Эпидемиологический анамнез: со слов матери, девочка не имела контакта с больными туберкулезом. Никогда не болел инфекционными заболеваниями. Выездов за границу в течение последних двух месяцев не было.

Anamnesis vitae: со слов матери, девочке 7 лет, родилась 30 ноября 2016 года. В семье трое детей, она первый ребенок от второй беременности. Родилась в срок без осложнений, массой 2500 г. Прививка БЦЖ в родильном доме. Рубец 7 мм. Рост и развитие соответствуют возрасту. После рождения девочка часто болела. Хирургические вмешательства не проводились. Переливания крови не проводились. Аллергических реакций на лекарства и продукты питания не наблюдалось; проживает в однокомнатной квартире на первом этаже четырехэтажного панельного дома. Имеется водопровод, газ, электричество. Семья из пяти человек: тетья, мать, сестра и брат.

Status localis: кожно патологический процесс имеет распространенный, симметричные, воспалительные, расположены на лице, ушных раковинах, шее, верхних конечностях и пальцах. Элементами

поражения являются везикулы, эрозии, язвы, рубцы, трещины и высыпания в виде геморрагических корок (Рис. 1).



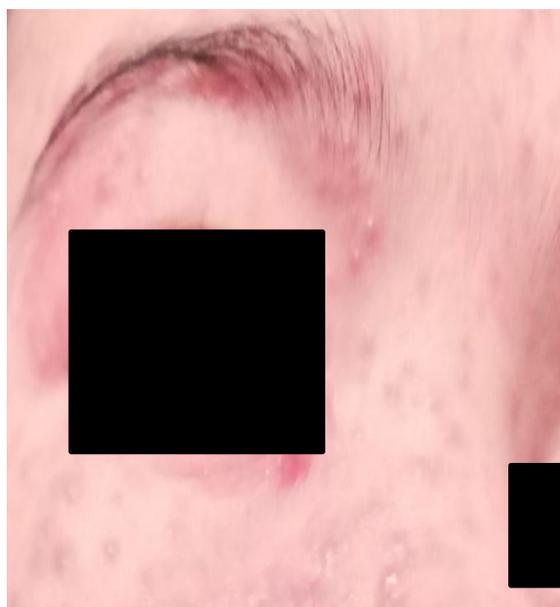
А



В



С



Д

Рисунок 1. Девочка 7 лет. Световая оспа Базена; А, В- папуловезикулярная сыпь на лице; С-«деформационные рубцы» на лице; Д-кератит не известной причины (вероятно, после аденовирусного кератита). Конический кератоконус. Собственное наблюдение. От

родителей получено информированное согласие на публикацию изображений ребенка.

Кожа сухая, с десквамацией, имеются папулы эрозии. На коже глазной области имеются ярко-красные эрозии с четко очерченными границами и ровными округлыми краями, окруженные воспалительным краем. Основание язвы имеет насыщенный ярко-красный цвет. Кожа лица имеет не большой отек, четкую синеватую гиперемию и множественные рубцы, похожие на натяжение. Кожа розовая, с не глубокими трещинами, покрыта корками и темными чешуйками.



А



В

Рисунок 2. Девочка 7 лет. Экзема кистей рук; А-папуловезикулярная сыпь на эрозивной поверхности кожи (ладони), В-эритематозные фоновые сквамозные очаги (межпальцевые промежутки).

Патологический процесс на коже кистей рук, ладоней и межпальцевых складок широко симметричный, изолированный, воспалительный. Он локализуется только на коже кистей и ладоней. На коже

кистей и ладоней имеются эритематозно-сквамозные очаги с папулами и везикулами диаметром до 0,3 см (Рис. 2).

Заключение офтальмолога. Пациентка наблюдается по месту жительства с 4 лет по поводу кератита, последние 3 года также страдает аденокератитом. Острота зрения: OD-0,15, OS-0.

Внутриглазное давление: OD-22 мм.рт.ст, OS-30 мм.рт.ст.

Офтальмологический статус при осмотре:

OD (правый глаз): положение в орбите правильное; двигательный аппарат в норме; глазная щель не сужена. Веки, конъюнктивы, слезные органы в норме. Роговица гладкая, прозрачная, блестящая, склера без патологических проявлений. Передняя камера средняя. Радужная оболочка: рисунок и цвет не изменены. Зрачок круглый, диаметром 3 мм. Хрусталик: интраокулярная линза центрирована. Стекловидное тело-авитрия. Глазное дно: бледно-розовый, границы четкие, Э/Д= 0,3-0,4, выход сосудистого пучка центральный ход и калибр сосудов в норме. Макулярная зона без видимых изменений, рефлекс сохранены. Сетчатка по перифериях без очаговых патологий.

OS (левый глаз): положение в орбите правильное; двигательный аппарат в норме: глазная щель не сужена. Веки, конъюнктивы, склера без патологических проявлений. Передняя камера средняя. Радужная оболочка: рисунок и цвет не изменены. Зрачок круглый, диаметром 3 мм. Хрусталик: интраокулярная линза центрирована. Стекловидное тело-авитрия. Глазное дно бледно-розовый, границы четкие, Э/Д=0,3-0,4, выход сосудистого пучка центральный ход и калибр сосудов в норме. Макулярная зона без видимых изменений, рефлекс сохранены. Сетчатка по перифериях без очаговых патологий.

Острота зрения: OD-0,15; OS-0. Внутриглазное давление: Pt (OD)-16 мм.рт.ст; Pt (OS)-14 мм.рт.ст.

Диагноз: Световая оспа Базена. Кератит неясной этиологии, возможно после перенесенного аденовирусного кератита. Кератоконус.

Лабораторные исследования

Общий анализ крови: Hb-106 г/л; эритроциты-3,8; цп-0,9; лейкоциты-10,3; с/я-48%; эоз-4%; лимфоциты-40%; моноциты-6%; СОЭ-11 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок-71,0 г/л; общий билирубин-14,4 моль/л; связанный-2,4 моль/л; свободный-12,2 моль/л; сахар-3,6 ммоль/л, АЛТ-22 Ед/л, АСТ-25 Ед/л.

Общий анализ мочи: белок- abs, эпителий-2-3; лейкоциты-6-8; слизь (++) ; порфирия не обнаружена.

Микологическое исследование с очагов поражения: грибы не обнаружены.

Гистологическое исследование: картина подострого воспаления с поражением, главным образом, сосудов, некрозом, переходящим в рубцовую атрофию. В эпидермисе и верхних частях дермы определяются участки некроза с воспалительной реакцией, по периферии-отек, расширение сосудов, тромбоз, образование пузырей, в основном многокамерных, что соответствует гистологической картине световой оспы Базена.

ЭКГ: гипертрофия миокарда левого желудочка; единичная желудочковая э/с.

УЗИ почек и щитовидной железы: без эхопатологии.

Обсуждение и заключение

Данный клинический случай представляет интерес как в практическом плане - необходимости обязательной консультации офтальмологом больных с атопическим дерматитом, в особенности с среднетяжелыми и тяжелыми формами, с целью ранней диагностики световой оспы Базена, так и в научном-изучении патогенетических

особенностей развития офтальмологических нарушений при atopическим статусом, которые со временем могут выйти на первый план.

Учитывая особенности течения данного заболевания, пациентам необходимо получать лечение и наблюдаться как у дерматологов, так и у офтальмологов.

Литература/ Referens

1. Белуха У.К. Фотодерматозы. — м.: «Медицина».1988. с.47-55. [Belukha U.K. Photodermatoses. — М.: "Medicine".1988. p. 47-55]

2. Беренбейн Б.А, Студницын А.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. — м.: «Медицина», 1989. с. 249—267. [Berenbein B.A., Studnitsyn A.A. Differential diagnosis of skin diseases. — М.: "Medicine", 1989. pp. 249-267.]

3. Задорожный Б.А., Петров Б.Р. справочник по дерматологии. — Киев: «Здоровья». 1996. с. 118. [Zadorozhny B.A., Petrov B.R. Handbook of dermatology. — Kiev: "Health". 1996. p. 118.]

4. Справочник дерматолога. под. ред. Ю.К.Скрипкина. — м.: «Бином», 2006. с. 175—176. [Handbook of a dermatologist. edited by Yu.K.Skripkina. — М.: "Binom", 2006. pp. 175-176.]

5. Ляшенко І.Н. Захворювання шкіри. — Киев: «Здоров'я». 1986. с. 37—38. [Lyashenko I. N. Skin Diseases. - Kiev:"Health". 1986. pp. 37-38.]

6. Максимова Ю.В., Свечникова Е.В., Максимов В.Н. и др. Полиморфизм некоторых генов иммунного ответа при atopическом дерматите. Клини дерматол венерол. 2015;14(5):24-27. [Maksimova Yu.V., Svechnikova E.V., Maksimov V.N. et al. Polymorphism of some genes of the immune response in atopic dermatitis. Wedge dermatol venerol. 2015;14(5):24-27.]

7. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. Анализ состояния заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за период 2003–2016 гг. Вестн дерматол венерол. 2017;(6):22-33. [Kubanova A.A., Kubanov A.A., Melekhina L.E., Bogdanova

E.V. Analysis of the incidence of diseases of the skin and subcutaneous tissue in the Russian Federation for the period 2003-2016. Vestn dermatol venerol. 2017; (6):22-33.]

8. Смирнова Г.И. Эффективное лечение атопического дерматита у детей. Рос педиатр журн. 2012; 5:27-34. [Smirnova G.I. Effective treatment of atopic dermatitis in children. Ros Pediatrician Journal 2012; 5:27-34.]

9. Čepelak I., Dodig S., Pavić I. Filaggrin and atopic march. Biochem Med(Zagreb). 2019 Jun 15;29(2):020501.

10. Hanifin M, Rajka N. Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Dermatol Venerol. 1980; 114:146-148.