

## Герпес беременных: клиническое наблюдение

Дегтярев О.В.<sup>1</sup>, Янчевская Е.Ю.<sup>1</sup>, Меснянкина О.А.<sup>1</sup>, Ткаченко Т.А.<sup>2</sup>, Бахмутова Э.Г.<sup>2</sup>, Рудык Е.Ф.<sup>3</sup>, Кудяев С.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Кафедра дерматовенерологии (зав. – проф. О.В. Дегтярев) ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава РФ, 414000, Астрахань; <sup>2</sup>ГБУЗ АО Областной кожно-венерологический диспансер (гл. врач – канд.мед.наук В.В. Думченко) Минздрава АО, 414000, Астрахань; <sup>3</sup>ГБУЗ АО Патолого-анатомическое бюро (начальник – канд.мед.наук С.Г. Джувалыков) Минздрава РФ, 414056, Астрахань

*Представлен клинический случай герпеса беременных – редкого аутоиммунного заболевания, возникающего в гравидарном и послеродовом периоде. Несмотря на свое название, герпес gestationis не связан с вирусом герпеса. Сходство гистологической картины этого дерматоза с буллезным пемфигоидом послужило основанием для некоторых авторов обозначить его термином «пемфигоид беременных». Пемфигоид gestationis, по разным источникам, встречается с частотой от 1:10 000 до 1:50 000 беременностей и появляется во II или III триместре беременности, на 5–6 месяце. Неспецифическая клиническая картина и редкая встречаемость данного заболевания обуславливают трудности диагностики и требуют повышенного внимания не только врачей-дерматовенерологов, но и акушеров-гинекологов.*

Ключевые слова: герпес беременных, аутоиммунное заболевание.

### HERPES GESTATIONIS: A CLINICAL OBSERVATION

Degtyarev O.V.<sup>1</sup>, Yanchevskaya E.Yu.<sup>1</sup>, Mesnyankina O.A.<sup>1</sup>, Tkachenko T.A.<sup>2</sup>, Bakmutova E.G.<sup>2</sup>, Rudyk E.F.<sup>3</sup>, Kudayev S.V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Astrakhan State Medical University, 414000, Astrakhan, Russia; <sup>2</sup>Regional Center of Skin and Sexually Transmitted Diseases, 414000, Astrakhan, Russia; <sup>3</sup>Bureau of Pathology, 414056, Astrakhan, Russia

*A clinical case with herpes gestationis is presented. Herpes gestationis is a rare autoimmune disease emerging in pregnancy and the postpartum period. Despite its name, herpes gestationis is not associated with herpes virus. The similarity of the histological picture of this dermatosis and bullous pemphigoid prompted some authors call it “pemphigoid gestationis”. According to different sources, the incidence of pemphigoid gestationis varies from 1:10 000 to 1:50 000 pregnancies. It manifests during the second or third trimester (month 5–6). The nonspecific clinical picture and rarity of the disease make its diagnosis particularly difficult and require special attention of dermatologists and obstetricians and gynecologists.*

Key words: herpes gestationis; autoimmune disease.

Герпес беременных – ГБ (син. pemphigoid gestationis) – редкое аутоиммунное заболевание, возникающее при беременности и в послеродовом периоде. Несмотря на свое название, герпес gestationis не связан с вирусом герпеса. Заболевание известно с 1811 г., с описания J. Bunel [1], а название herpes gestationis было предложено в 1872 г. J. Milton [2] До недавнего времени большинство авторов оспаривало нозологическую «самостоятельность» этого дерматоза. Многие из них (Н.Д. Шеклаков, 1964; Л.Н. Машкиллейсон, 1965) [1] относили герпес беременных к разновидностям

дерматита Дюринга, имеющим своеобразную клиническую форму у беременных. Сходство гистологической картины этого дерматоза с буллезным пемфигоидом послужило основанием для некоторых авторов обозначить его термином «пемфигоид беременных».

Пемфигоид gestationis, по разным источникам, встречается с частотой 1:10 000–1:50 000 беременностей и появляется во II или III триместре беременности, на 5–6-м месяце. В редких случаях он проявляется в I триместре или в послеродовом периоде.

Пемфигоид gestationis обычно начинается с интенсивного зуда, затем появляются эритематозные папулы и бляшки вокруг пупка, которые быстро распространяются на живот, спину, грудь и конечности. Лицо и слизистые, как правило, не поражаются. Позже появляются пузыри, наполненные прозрачной жидкостью, хотя в некоторых случаях они могут отсутствовать.

Основной жалобой при данном заболевании является зуд, предшествующий высыпаниям, что нередко приводит к ошибочной диагностике, неадекватному лечению и, как следствие, к преждевременным родам [3].

#### Сведения об авторах:

Дегтярев Олег Владимирович, доктор мед. наук, профессор; Ткаченко Таисия Алексеевна, заместитель главного врача по лечебной работе; Бахмутова Эльвира Гумеровна, заведующая кожно-венерологическим отделением №1; Рудык Евгений Федорович, врач-патологоанатом; Кудяев Сергей Владимирович, заведующий инфекционным отделением; Меснянкина Ольга Александровна, кандидат мед. наук, ассистент; Янчевская Елена Юрьевна, кандидат мед. наук, ассистент (apteca-111a@mail.ru).

#### Corresponding author:

Yanchevskaya Elena, MD, PhD (apteca-111a@mail.ru).

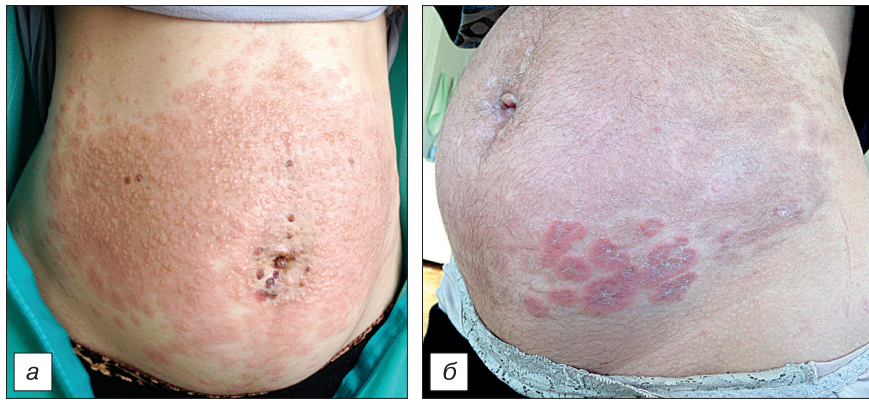


Рис. 1. Больная А. Герпес беременных.  
а – стадия прогрессирования; б – стадия разрешения после лечения.

Обращает на себя внимание преимущественная распространенность болезни среди женщин старше 30 лет.

Возникнув однажды, дерматоз может рецидивировать при каждой последующей беременности (в 92% случаев), иногда с более ранним развитием и утяжелением клинических симптомов [4].

В большинстве случаев болезнь завершается выздоровлением, однако женщины с ГБ подвержены более высокому риску развития болезни Грейвса [1].

Прогноз для детей, рожденных от матерей с данным диагнозом, во многих случаях неблагоприятный: около 50% беременностей заканчиваются рождением мацерированного плода, выкидышем или рождением неполноценного ребенка.

В 1973 г. Т. Provesta и Т. Tomasi [1] обнаружили у больных ГБ термостабильный фактор, названный ими – HG (herpes gestationis). У детей, рожденных от больных матерей, в сыворотке крови был выявлен компонент к HG-фактору.

Предполагается, что аутоантитела образуются против плаценты, перекрестно реагируя с антигеном на базальной мембране кожи. Активация компонента приводит к хемотаксису эозинофилов, которые и повреждают эпидермальные структуры с образованием пузыря [3].

С помощью прямой реакции иммунофлюоресценции идентифицируется линейное отложение IgG и C3 в зоне базальной мембраны дермо-эпидермального соединения, что по иммуноморфологической картине больше соответствует буллезному пемфигоиду [4].

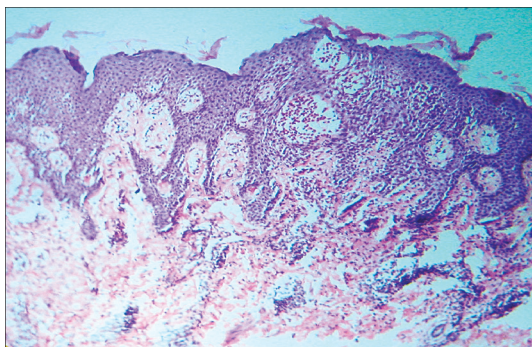


Рис. 2. Гистологический препарат. Окраска гематоксилином. Ув. 100.

Гистологическое исследование способствует выявлению в эпидермисе эозинофильного спонгиоза с отеком и некрозом базальных клеток, субэпидермальных пузырей, значительного отека сосочкового слоя кожи, воспалительных инфильтратов, преимущественно периваскулярных [3].

Дифференциальный диагноз проводят с дерматозом Дюринга, экссудативной многоформной эритемой, подроговым пустулезом Снеддона–Вилькинсона.

В связи с тем, что заболевание встречается редко, приводим клиническое наблюдение.

Пациентка А., 29 лет, направлена из городской женской консультации в поликлинику Астраханского областного кожно-венерологического диспансера с направительным диагнозом: опоясывающий лишай, беременность 20 нед. Получала лечение: ацикловир 0,2 мг 4 раза в день; наружно – раствор фукоцина. Эффекта от лечения не было, процесс прогрессировал.

Считает себя больной с 27.12.13, когда впервые после сильного зуда появились высыпания на коже живота, вокруг пупка. Высыпания прогрессировали, и пациентка обратилась в женскую консультацию, где был поставлен диагноз опоясывающего лишая.

Ранее (28.11.13) проходила плановое УЗИ в I триместре. Заключение: пренатальное кариотипирование плода в связи с высоким риском хромосомных аномалий. На амбулаторном приеме предъявляла жалобы на периодический зуд и высыпания в области живота, вокруг пупка, на коже бедер и верхних конечностей.

Объективно. На коже живота, вокруг пупка и на коже верхних и нижних конечностей имеются пятна багрово-красного цвета, с фестончатыми очертаниями, на фоне которых имеются пятна, уртикарии, папулы, склонные к группировке вокруг пупка. Также имеются единичные пузырьки и пузыри с плотной крышкой с серозным содержимым. Дермографизм розовый нестойкий.

Взят мазок отпечаток с центральной части эрозивной поверхности вскрывшегося пузыря. Клинические анализы (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, кал на яйца глистов) в пределах нормы.

15.01.14 в мазке отпечатке обнаружены до 30% эозинофилов в поле зрения от общего количества лейкоцитов. Акантолитические клетки не обнаружены. С диагнозом герпеса беременных была госпитализирована в кожно-венерологическое отделение № 1 (КВО № 1 ОКВД).

При осмотре. Процесс носит распространенный характер. На коже передней брюшной стенки, предплечий, внутренней поверхности бедер на фоне эритемы располагаются множественные пузыри различного размера (0,8–1,5 см в диаметре) с плотной покрывкой с серозным и серозно-геморрагическим содержимым, эрозии с обрывками эпидермиса, единичные корочки (рис. 1, а).

Выполнена диагностическая биопсия с кожи боковой поверхности туловища. Результаты гистологического исследования биоптата: эпидермис с наличием большого количества пузырей (включая подроговые), заполненных серозной жидкостью, нейтрофилами и эозинофилами. Эпидермис и поверхностные слои дермы с инфильтрацией эозинофилами, нейтрофилами и лимфоцитами (рис. 2).

Заключение УЗИ (22.01.14): беременность 21–22 нед, низкая плацентация, маловодие, гипоплазия носовых костей, высокий риск хромосомных аномалий. Рекомендована пренатальная диагностика.

В медико-генетической консультации Центра планирования семьи и репродукции проведено 28.01.14 цитогенетическое исследование. Заключение: нормальный кариотип плода мужского пола. После совместной консультации с гинекологами назначено лечение: преднизолон 90 мг/сут.

С 10.02 по 21.02.14 находилась на стационарном лечении в Клиническом родильном доме (Астрахань). Выписана с диагнозом: беременность 24–25 нед, хроническая почечная недостаточность; выраженное маловодие; герпес беременных.

Для продолжения лечения 21.02.14 больную перевели в КВО №1 ОКВД. В процессе лечения отмечена положительная динамика: появление новых пузырей не наблюдалось, старые пузыри осели, большая часть разрешилась

с образованием гиперпигментных пятен (рис. 1, б).

Выписана в удовлетворительном состоянии на поддерживающей дозе преднизолона 15 мг/сут.

Знакомство дерматологов с вышеописанным редким дерматозом может способствовать его своевременному распознаванию и адекватному лечению в их практике.

## ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н., ред. *Кожные и венерические болезни*. М.: Медицина; 1999; 2: 243–7. [Skripkin Yu.K., Mordovtsev V.N. *Skin and venereal diseases*. Moscow: Meditsine; 1999; 2: 243–7]. (in Russian)
2. Блэк М., Макай М., Брауде П., Вон Джоунз С., Маргессон Л. *Кожные болезни в акушерской и гинекологической практике*. Пер. с англ. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008: 37–46. [Black M., McKay M., Braude P., Vaughan Jones S., Margesson L. *Skin diseases in obstetrical and gynecological practice*. Transl. from Engl. Moscow: GEOTAR-Media; 2008: 37–46]. (in Russian)
3. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г. Избранная дерматология. *Редкие дерматозы и дерматологические синдромы*. Пермь: Звезда; 2004: 172–3. [Elkin V.D., Mityukovskiy L.S., Sedova T.G. *Chosen dermatology. Rare dermatosis and dermatological syndromes*. Perm: Zvezda; 2004: 172–3]. (in Russian)
4. Бутов Ю.С., ред. *Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем*. Руководство для врачей. М.: Медицина; 2002. [Butov Yu.S., ed. *Skin diseases and infections, sexually transmitted*. Management for doctors. Moscow: Medicine; 2002]. (in Russian)

Поступила 16.11.14  
Received 16.11.14

## Психосоматические аспекты красного плоского лишая

Дороженок И.Ю.<sup>1,2</sup>, Снарская Е.С.<sup>3</sup>, Шенберг В.Г.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ Научный центр психического здоровья РАН (директор – проф. А.С. Тиганов), 115522, Москва; <sup>2</sup>кафедра психиатрии и психосоматики ИПО (зав. – проф. А.Б. Смулевич); <sup>3</sup>клиника кожных и венерических болезней (зав. – проф. О.Ю. Олисова) ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, Москва

*Развитие психодерматологии как одного из направлений психосоматической медицины связано не только с высокой распространенностью и полиморфизмом клинических проявлений, но и коморбидных соотношений кожной и психической патологии. Психосоматические аспекты развития красного плоского лишая являются актуальной психодерматологической проблемой, как в связи с наличием целого ряда нозогенных факторов (тяжело протекающие формы заболевания; мучительный зуд; локализация высыпаний на открытых участках тела, в области половых органов, слизистой полости рта; возможность злокачественной трансформации очагов поражения), так и в связи с нередкой стрессогенной (психогенной) обусловленностью манифестации/экзацербации дерматоза, а также наличием синдромальной коморбидности с аффективными заболеваниями. Цель исследования – комплексное изучение психосоматических аспектов разных клинических форм красного плоского лишая и разработка более эффективных способов диагностики и лечения в рамках современной концепции психосоматической медицины. Приведена характеристика типичных и атипичных форм красного плоского лишая с учетом психосоматических аспектов их развития. Проанализированы современные отечественные и зарубежные источники литературы.*

**Ключевые слова:** красный плоский лишай; клинические разновидности красного плоского лишая; психосоматические кожные заболевания; нозогенные реакции; депрессии.