

Пепельный дерматоз Рамиреса

О.В. Дегтярев¹, О.А. Тарасова², Р.А. Курбаниязов², Т.А. Ткаченко², У.А. Сазыкина¹, С.В. Кудяев³, Л.А. Удочкина⁴

¹Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России, Астрахань; ²Астраханский областной кожно-венерологический диспансер; ³Центральное патолого-анатомическое бюро Астраханской области; ⁴кафедра патологической анатомии ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России, Астрахань

Представлено клиническое наблюдение пациента с пепельным дерматозом. Редко встречающийся дерматоз, до сих пор с неясно установленной этиологией. С преимущественным поражением кожных покровов.

Ключевые слова: пепельный дерматоз, пепельно-серые пигментные пятна

RAMIRES ASHY DERMATOSIS

O.V.Degtyarev¹, O.A.Tarasova², R.A.Kurbaniyazov², T.A.Tkachenko², U.A.Sazykina¹, S.V.Kudyaev³, L.A.Udochkina⁴

¹Astrakhan State Medical Academy; ²Astrakhan Regional Dermatological and Venereological Center; ³Central Bureau of Pathologic Anatomy, Astrakhan Region; ⁴Astrakhan State Medical Academy

A clinical observation of a patient with ashy dermatosis is presented. It is a rare dermatosis of unknown etiology, and predominant involvement of skin.

Key words: ashy dermatosis, ash-gray pigmented maculi

Пепельный дерматоз — сравнительно редкое заболевание, впервые описанное Рамиресом (Ramirez) в 1957 г. в Сан-Сальвадоре под названием «пепельно-серый дерматоз» (ashy dermatosis, cenicienta), синонимы: пепельный дерматоз, пепельно-серый дерматоз, хроническая фигурная меланодермическая эритема, идиопатическая пятнистая множественная пигментация, стойкая пятнистая пигментация [1].

Заболевание встречается в любом возрасте (от 4,5 до 75 лет), одинаково часто у мужчин и женщин [2]. Этиология и патогенез не установлены. Высказываются различные точки зрения на возможные механизмы развития дерматоза. Одни авторы считают пепельный дерматоз последствием воспалительного процесса в коже [3], другие предполагают токсико-аллергическую природу (описаны случаи, развившиеся после применения лекарственных препаратов, косметических средств, пищевых продуктов) [2]. Дискутируется роль эндокринных нарушений, иммунных сдвигов. Существует мнение, что дерматоз представляет собой вариант пигментной формы красного плоского лишая. Не исключают полиэтиологический характер заболевания.

Основным клиническим признаком заболевания являются множественные пепельно-серые пигментные пятна, которые могут возникнуть внезапно и

проявляться множественными высыпаниями или развиваться медленно из одного или нескольких элементов. Пятна диаметром от нескольких миллиметров до 2—10 см, не сливающиеся между собой, аспидной или грязно-бурой окраски, иногда с некоторой голубизной или с легким синюшным оттенком, не зудящие, не шелушащиеся, не изменяющиеся при трении [4].

В ранней стадии заболевания обнаруживается резко выраженная краевая эритема (активный край). Высыпания локализуются на шее, плечах, спине, реже — на передней поверхности туловища и бедрах. Слизистые оболочки не поражаются. Общее состояние не нарушается. Патология со стороны внутренних органов не выявляется. Субъективные жалобы отсутствуют. Пигментация или гипопигментация может присутствовать одновременно на одних и тех же пятнах.

Течение заболевания длительное, однако в некоторых случаях оно разрешается самопроизвольно в срок от 2—3 мес до 1,5—2 лет [5].

Дифференциальную диагностику прежде всего следует проводить с фиксированной лекарственной сыпью, используя данные анамнеза, клинического течения заболевания и гистологической картины. Пепельный дерматоз следует также дифференцировать с пятнистой меланодермией, некоторыми формами красного плоского лишая,

Сведения об авторах:

Дегтярев Олег Владимирович — д-р мед. наук, доцент; Тарасова Ольга Александровна — врач; Курбаниязов Роберт Абдулахатович — врач; Ткаченко Таисия Алексеевна — зам. гл. врача по лечебной работе; Сазыкина Ульяна Андреевна — аспирант (sazykina.uliana@yandex.ru); Кудяев Сергей Владимирович — врач; Удочкина Лариса Альбертовна — д-р мед. наук.



Рис. 1. Распространенные высыпания пепельного дерматоза на спине.



Рис. 2. Крупные очаги пепельного дерматоза.

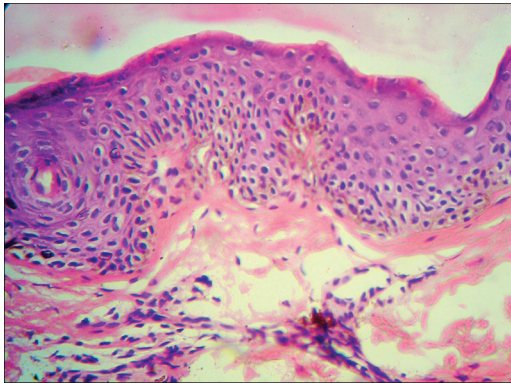


Рис. 3. Гистологическая картина пепельного дерматоза. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100.

недержанием пигмента, лепрой, пятнистым мастоцитозом [4].

В лечении пепельного дерматоза, применяли лекарственные препараты разных фармакологических групп: антибиотики, глюкокортикостероиды, сульфоны, антималярийные, нестероидные антифлогистики, которые оказались неэффективными. Описаны случаи разрешения сыпи после санации очагов хронической инфекции. Рекомендуют использовать наружные фотозащитные средства, отбеливающие кремы с гидрохиноном.

Приводим собственное наблюдение.

Больная Г., 17 лет. В августе 2010 г. обратилась в Астраханский областной кожно-венерологический диспансер по поводу распространенных высыпаний на коже туловища, спины, верхних конечностей.

Впервые отметила появление единичных пигментированных высыпаний на коже плеч 4 года назад. Обратилась к дерматологу по месту жительства: при осмотре высыпания на коже были расценены как бляшечная склеродермия, назначено лечение, которое, со слов больной, не увенчалось успехом. Патологический процесс на коже прогрессировал, высыпания распространялись, появлялись новые пятна. Со слов больной, в течение 2 лет изменения на коже резко увеличились в размере. При повторном обращении к дерматологу направлена на стационарное лечение.

Пациентка рождена от первой беременности, первых своевременных родов, не сопровождавшихся патологией. В семье никто кожными заболеваниями не страдает.

При осмотре патологический процесс носит симметричный, распространенный характер, с преимущественной локализацией на коже спины (рис. 1), верхних и нижних конечностей. В области спины расположены многочисленные пятна пепельно-серого цвета с буровато-коричневым оттенком, с четкими границами, неправильно-овальной формы, сливающиеся в крупные очаги с ладонь взрослого человека, с легкой атрофией и западением по ходу позвоночника (рис. 2). В области верхних и нижних конечностей пигментированные пятна меньших размеров — до 1 см. Субъективные ощущения отсутствуют.

Общие анализы крови, мочи, биохимические показатели в пределах нормы. Глюкоза крови 4,6 ммоль/л, в кале яйца глист не обнаружены.

Гистологическое исследование: эпидермис несколько атрофичный, с избыточным количеством меланина в базальном и шиповатом слоях. В дерме очень скудные инфильтраты, вокруг сосудов отложение меланина (рис. 3).

В стационаре пациентка получала следующее лечение: аскорутин 0,5 г 3 раза в день, никотиновая кислота по 0,05 г 3 раза в день в течение 14 дней, 10% раствор глюконата кальция по 6 мл внутримышечно 1 раз в день в течение 10 дней; наружно мазь троксевазин.

Больная выписана с улучшением, высыпания на коже побледнели, границы пятнистых элементов размыты. Новых высыпаний за период наблюдения в стационаре не появилось.

На основании анамнеза, клинических данных и результатов гистологического исследования был поставлен диагноз пепельного дерматоза. В настоящее время пациентка находится под динамическим наблюдением. Отдельные высыпания в области верхних и нижних конечностей исчезли, в области спины размер высыпаний стал меньше, а их цвет — менее интенсивным.

Данный клинический случай представляет интерес как редко встречающийся дерматоз в практике врача-дерматовенеролога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заводский В.Н. Пепельный дерматоз. Междисциплинарная научно-практическая конференция «Новые методы диагностики и лечения кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем: Сборник научных работ Ярославской государственной медицинской академии. М.; 2009: 46—8.
2. Naidorf K.F., Cohen S.R. Erythema dyschromicum perstans and lichen planus. Arch. Dermatol. 1982; 118(9): 683—5.
3. Tschien J.A., Tschien E.A., McGavran M.H. Erythema dyschromicum perstans. J. Am. Acad. Dermatol. 1980; 2(4): 295—302.
4. Потеев Н.Н., Короткий Н.Г., Темников В.Е., Сапожникова Ю.Л., Павленко А.В. Пепельный дерматоз. Клиническая дерматология и венерология. 2007; 1: 13—15.
5. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. М.: Медицина; 1999; т. 2: 62—3.

Поступила 28.06.12