

СЛУЧАЙ ДИССЕМНИРОВАННОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В СОЧЕТАНИИ С МИКОЗОМ КИСТЕЙ И СТОП

Иванова Ю.А. (ассистент кафедры)*, Павленко Е.Е. (врач-дерматовенеролог)

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия

© Иванова Ю.А., Павленко Е.Е., 2010

Описан случай диссеминированного поражения кожи при дискоидной красной волчанке в сочетании с микотическим поражением кистей, стоп и ногтевых пластинок.

Данный случай представляет интерес для врачей дерматовенерологов в связи с определенными сложностями в постановке диагноза и терапии при сочетании дерматозов инфекционной и не инфекционной этиологии.

Ключевые слова: диссеминированная красная волчанка, микоз стоп и кистей, рубромикоз

THE CASE OF DISSEMINATED LUPUS ERYTHEMATOSUS IN COMBINATION WITH MYCOSIS OF HANDS AND FEET

Ivanova U.A. (assistant of chair), Pavlenko E.E. (physitian-dermatovenerologist)

Altay State Medical University, Barnaul, Russia

© Ivanova U.A., Pavlenko E.E., 2010

The case of disseminated defeat of skin at discoid lupus erythematosus in combination with mycotic defeat of hands, feet and nail plates have been described in the article.

This case represents interest for dermatovenerologists in connection with the certain complexities in statement of the diagnosis and therapy at a combination of dermatosis of infectious and not infectious etiology.

Key words: disseminated lupus erythematosus, mycosis of feet and hands, rubromykosis

Красная волчанка – аутоиммунное заболевание из группы диффузных поражений соединительной ткани, в основе патогенеза которого лежит гиперпродукция спектра органоспецифических аутоантител, реагирующих с ядерными, цитоплазматическими, мембранными аутоантигенами и белками сыворотки крови, с развитием аутоиммунного поражения соединительной ткани и сосудов [1].

Развитию заболевания способствуют очаги хронической инфекции, переохлаждение, лекарственная непереносимость, избыточная инсоляция, так как у больных красной волчанкой повышена фоточувствительность.

Выделяют кожную и системную красную волчанку. Кожную форму подразделяют, в зависимости от особенностей клинической картины, на дискоидную, диссеминированную, поверхностную и глубокую.

Дискоидная красная волчанка (ДКВ) – типичная, наиболее часто встречающаяся форма. Заболевают преимущественно женщины в молодом и зрелом возрастах. Однако в связи с хроническим течением процесса нередко сохраняются проявления заболевания у пожилых людей. Дискоидная красная волчанка поражает преимущественно лицо, где формируется ярко-красная эритема с инфильтрацией кожи и резкими границами, располагающимися чаще всего на спинке носа, напоминая по очертаниям бабочку [2]. На фоне эритемы возникают мелкие, плотно сидящие, белесоватые чешуйки, формирующиеся за счет фолликулярного кератоза и имеющие «шипик», погруженный в устья волосяного фолликула. Постепенно в центре очага формируется белесоватая атрофия кожи. Очаг дискоидной красной волчанки чаще – солитарный, реже – возможны два и более очагов.

Распространенная или диссеминированная форма ДКВ отличается от ограниченной формы большим размером эритематозно-сквамозных очагов и некоторыми клиническими особенностями. Так, наряду с четко ограниченными элементами, присутствуют пятна неправильной формы, с расплывчатыми границами, синюшно-красного или бурого цвета. Чаще поражаются открытые участки кожного покрова, но такие же элементы возникают на груди и спине. Больные нередко жалуются на умеренное повышение температуры, боли в суставах, слабость. При распространенной форме ДКВ возрастает вероятность трансформации в системную красную волчанку (СКВ).

Диагностически ценными при верификации различных форм красной волчанки являются: исследование крови на волчаночные (ΛЕ) клетки, антиядерные антитела к центральному ядру клетки (АНА) и антитела к ядерным компонентам (ДНК нативной и денатурированной) в сыворотке крови больных, прямая и непрямая РИФ с биопсийным материалом и сывороткой больного (тест волчаночной полосы), клинический анализ крови, позволяющий судить о

* Контактное лицо: Иванова Юлия Александровна
Тел.: (3852) 62-40-11

тяжести заболевания, гистологическое исследование.

Наличие антител против ДНК, LE-клетки выявляют очень редко, их наличие наиболее характерно для системной красной волчанки [3]. Нередко у больных различными формами красной волчанки наблюдают биохимические отклонения, свидетельствующие о патологии печени (повышение уровня билирубина, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы) и поджелудочной железы. Также отмечают выраженные нарушения в иммунном статусе как у больных ДКВ, так и СКВ: снижение содержания Т-лимфоцитов, усиление активности В-системы иммунитета, что проявляется интенсивным синтезом иммуноглобулинов, особенно – IgG, и повышением в крови содержания ЦИК [4].

В современной научной литературе редко можно встретить описания сочетанного поражения кожи при микозах и аутоиммунных процессах. В тоже время дерматомикозы наблюдают у большого количества пациентов, в том числе – имеющих другую кожную патологию. Лечение таких пациентов представляет трудности, так как два заболевания, различных по этиологии и патогенезу, дополняют клинику друг друга, утяжеляя её.

Дерматомикозы – заболевания кожи, волосистой части головы и ногтей, вызываемые дерматомицетами родов *Trichophyton*, *Microsporum* и *Epidirmophyton* [5]. Это наиболее распространенные микотические заболевания и одни из самых часто встречающихся инфекций вообще. Они распространены повсеместно и встречаются практически во всех возрастных группах населения [6]. Основными возбудителями дерматомикозов у человека являются 10 видов дерматомицетов. В настоящее время наиболее распространенным и контагиозным дерматомицетом является *T. rubrum* [1].

В данной работе мы представляем клинический случай сочетания диссеминированной красной волчанки и микоза кистей и стоп, а также дифференциальную диагностику системной красной волчанки и диссеминированной красной волчанки в сочетании с микозом кистей и стоп.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Больной П., 43 года, поступил в стационар краевого кожно-венерологического диспансера 20.11.09 г. с жалобами на высыпания на коже лица, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженной болезненностью.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение двадцати лет, возникновение своего заболевания пациент связывает с длительным пребыванием на солнце, а также с длительным контактом с горюче-смазочными материалами (долгие годы работал трактористом). Первыми симптомами заболевания были красные, отечные пятна в области лица, покрытые чешуйками, которые с трудом отделялись с поверхности кожи, на их месте при от-

делении, со слов пациента, оставались «корешки» в коже, которые он самостоятельно удалял пинцетом. Неоднократно обращался к дерматологу, получал амбулаторное и стационарное лечение. После курсов лечения отмечал улучшение, но не продолжительное, затем клиника заболевания возобновлялась и прогрессировала. Около 3 лет назад появились высыпания на кистях, затем – на стопах, которые сопровождались выраженным зудом и болезненностью. Последнее обострение – 6 месяцев назад. Получал амбулаторное лечение: витамины группы В, хинолиновые препараты (короткими курсами), наружно – метилурациловая мазь, без положительной динамики. В ноябре 2009 года пациент поступил на стационарное лечение в кожно-венерологический диспансер.

Из анамнеза жизни известно, что больной родился в Алтайском крае, где и проживает до настоящего времени. Наличие сопутствующей патологии больной отрицает, на диспансерном учете у узких специалистов (кроме дерматолога) не состоит.

При поступлении в стационар ККВД г. Барнаула общее состояние больного было удовлетворительным. Температура тела – 36,9 °С. Телосложение астеническое, питание пониженное. Язык влажный, обложен серо-желтым налетом. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 72 в минуту, АД – 120/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Специальный статус (Рис.1-5.): процесс носит диссеминированный характер – на коже лица и шеи участки эритемы чередуются с крупными зонами атрофии. При этом на поверхности эритематозных пятен сохраняются единичные плотные чешуйки, при удалении которых формируются «шипики», что сопровождается выраженной болезненностью.



Рис.1. Больной П. Очаги кожной формы красной волчанки на лице и боковой поверхности шеи



Рис. 2. Участки эритемы и отека чередуются с очагами рубцовой атрофии и гипо- и гиперпигментации

На ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп выражены инфильтрация, сухость и диффузная гиперемия. Хорошо видны кожные борозды с выраженным муковидным шелушением. По периферии очагов, в месте перехода на тыльную поверхность, имеется прерывистый валик. В IV межпальцевых промежутках обеих стоп – мацерация и мелкие поверхностные эрозии.

На тыльной поверхности кистей – крупные гиперкератотические чешуйки, симптомы Бенье-Мещерского и «дамского каблучка» положительные. Также участки гиперемии переходят в очаги атрофии, которые распространяются на области предплечий.

На внутренней поверхности правого голеностопного сустава участки выраженной эритемы и отека чередуются с очагами рубцовой атрофии и гиперпигментации.



Рис.3. На фоне эритемы наличие крупных гиперкератотических чешуек, выраженные воспалительная инфильтрация, сухость, трещины, муковидное шелушение

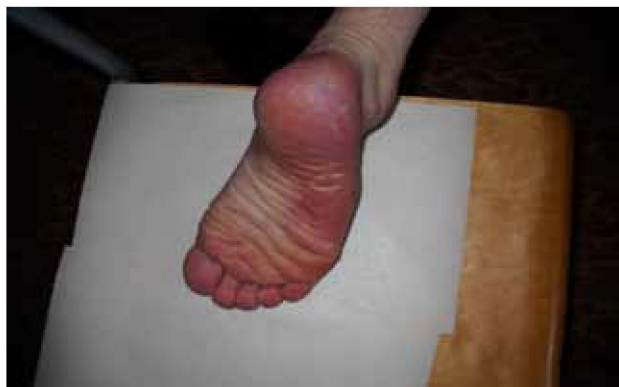


Рис.4. Инфильтрация, сухость, гиперемия, муковидное шелушение



Рис. 5. прерывистый валик по периферии очагов

Ногтевые пластинки первых пальцев обеих стоп утолщены, искривлены, коричневого цвета. Остальные ногтевые пластинки стоп и кистей тусклые, с желтоватыми полосами, утолщены, крошатся и ломаются со свободного края.

Пястно-фаланговые суставы I пальцев обеих рук деформированы, умеренно болезненные при пальпации.

Результаты дополнительных исследований:

В общем анализе крови от 21.11.09 г. все показатели в пределах физиологической нормы.

Общий анализ мочи от 21.11.09 г. – без патологии.

В биохимическом анализе крови от 22.11.09 г. показатели в пределах физиологической нормы: АЛТ – 13,4 МЕ/л, АСТ – 26,4 МЕ/л, креатинин – 81,9 мкмоль/л.

Иммунограмма от 22.11.09 г.: IgA - 3,2 г/л, IgG - 7,09 г/л, IgM - 0,32 г/л.

LE-клетки – отрицательно, анти-ДНК – 126,99, ЦИК – 15 ед.

Рентгенограмма суставов кистей – деформирующий остеоартроз II ст.

Учитывая не совсем типичную клинику кожной формы красной волчанки, больной был проконсультирован у ревматолога для исключения системности процесса. Несмотря на обнаружение антител к ядерным компонентам ДНК и ЦИК, данных за системный процесс не выявили.

При микроскопическом исследовании материала с ногтевых пластинок, а также чешуек со стоп и кистей обнаружили нити мицелия и споры грибов.

При посеве материала из очагов поражения выявили рост колонии *T. rubrum*.

На основании данных анамнеза, клинического осмотра и лабораторных исследований поставлен клинический диагноз: диссеминированная форма дискоидной красной волчанки; микоз кистей и стоп, онихомикоз, обусловленные *T. rubrum*.

Пациенту было проведено лечение хинолиновым препаратом (делагил) и местная (учитывая гепатотоксичность делагила) антифунгальная и противовоспалительная терапия, а также лечение онихомикоза препаратом микоспор. На фоне проводимой терапии состояние больного значительно улучшилось. После снижения дозы делагила до поддерживающей больному рекомендовали прием системного антимикотика тербинафина для лечения онихомикоза в течение 3-4 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- У пациентов с диссеминированной красной волчанкой возможно наличие сопутствующих грибковых инфекций кожи.
- Диссеминированная красная волчанка и микоз кожи дополняют и меняют клинику друг друга, утяжеляя ее в целом.
- При наличии нехарактерной клинической картины у больных с различными дерматозами, в том числе ДКВ, а также при торпидности к проводимому лечению, необходимо проводить микологическое исследование.
- Сочетанная адекватная терапия ДКВ и микоза привела к хорошему клиническому эффекту у данного пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Молочков В.А., Шабалин В.Н., Кряжева С.С., Романенко Г.Ф. Руководство по геронтологической дерматологии. – М.: МОНИКИ, 2004.- С.284-289.
2. Хэбит Т.П. Кожные болезни: диагностика и лечение / Пер. с англ. Под ред. А.А. Кубановой. – М., 2007. – С. 262-263, 350-355.
3. Katsambas A.D., Lotti T.M. European Handbook of Dermatological Treatments. - 2008. – С. 255-257.
4. Лезвинская Е.М., Пивень А.А. Лабораторная диагностика. Болезни кожи и инфекции, передаваемые половым путем. – М.: Практическая медицина, 2007.- С. 21-29.
5. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. – М., 2008. – С. 95-97.
6. Noble S.L., Forbes R.S., Stamm P.L. Diagnosis and management of common tinea infections // Am. Fam. Physician. – 1998. - Vol. 58. - P.163-174, 177-178.
7. Аравийский Р.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов. – СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2004.- С. 63-71.

Поступила в редакцию журнала 18.02.10 г.

Рецензент: В.Г. Корнишева

