

# Клинический случай болезни Снеддона — Уилкинсона у беременной женщины

М.С. Асхаков, В.В. Чеботарев, А.В. Одинец

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России  
355017, Ставрополь, ул. Мира, д. 310

Приведено описание редкого клинического случая, демонстрирующего внезапное появление болезни Снеддона — Уилкинсона у женщины во время беременности, которая регрессировала полностью через месяц после родов и не имела рецидивов.

Ключевые слова: **пустулез субкорнеальный, болезнь Снеддона — Уилкинсона, беременность.**

Контактная информация: kedri2007@yandex.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2015; (6): 75—78.

# The clinical case of Sneddon — Wilkinson disease in a pregnant woman

M.S. Askhakov, V.V. Chebotarev, A.V. Odinec

Stavropol State Medical University  
Mira str., 310, Stavropol, 355017, Russia

Describes a rare clinical case demonstrating the sudden appearance of the disease Sneddon — Wilkinson in women during pregnancy, which regressed completely within a month after birth and had no recurrence.

Key words: **pustules subcorneal, Sneddon — Wilkinson disease, pregnancy.**

Corresponding author: kedri2007@yandex.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2015; 6: 75—78.

■ Болезнь Снеддона — Уилкинсона (синонимы: дерматоз субкорнеальный пустулезный Снеддона — Уилкинсона, подроговой пустулезный дерматоз, субкорнеальный генерализованный пустулез и др.) — редкое хроническое везикулопустулезное заболевание неясной этиологии, характеризующееся частыми рецидивами [1—3].

Впервые дерматоз был описан в 1872 г. австрийским дерматологом F. Hebra. Позже в 1956 г. два британских дерматолога I. Sneddon и D. Wilkinson провели анализ 6 случаев заболевания и выделили его из группы неклассифицированных пустулезных высыпаний [3].

Некоторое время данный дерматоз считался своеобразным вариантом псориаза, так как некоторые авторы полагали, что иногда он трансформируется в пустулезный псориаз [3, 4]. Тем не менее в настоящее время большинство исследователей считает заболевание самостоятельной нозологической единицей [4, 5].

Определенное значение в возникновении заболевания придают эндокринным нарушениям (тиреотоксикоз, нарушение менструального цикла у женщин), а также расстройствам неврогенного характера, связанным с психическими перегрузками и стрессами [5].

Заболевание возникает в любом возрасте, нередко переходит в хроническую форму, влияя на качество жизни пациентов [6, 7].

Дифференциальный диагноз заболевания проводят с импетиго беременных, герпетическим дерматитом Дюринга, болезнью Хейли — Хейли, бактериальным пустулезным Эндриуса и др.

Высыпания при болезни Снеддона — Уилкинсона с трудом поддаются терапии, особенно если у больных есть непереносимость дапсона, являющегося препаратом выбора в лечении данной патологии [2, 6, 8]. При лечении болезни Снеддона — Уилкинсона также назначают диафенилсульфон. В некоторых случаях эффективны ретиноиды, кортикостероиды и антибиотики широкого спектра действия [6].

С позиций представленного разбора интересен наблюдавшийся нами редкий клинический случай болезни Снеддона — Уилкинсона у беременной.

Больная Г., 36 лет, в сроке 23—24 нед. беременности самостоятельно обратилась к дерматовенерологу амбулаторно-поликлинического отделения по лечению кожи и подкожной клетчатки ГБУЗ СК «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер» с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, незначительный зуд кожи. Была госпитализирована в кожное отделение (стационар диспансера).

Из анамнеза: данный (внезапный) эпизод болезни являлся первым. Начало заболевания пациентка ни с чем не связывала. Самолечение отрицает.

Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредных привычек нет. Из перенесенных в прошлом заболеваний отмечает ОРЗ, грипп, ветряную оспу в детстве. Венерические заболевания, гепатиты, туберкулез отрицает. Гемотрансфузии не проводились.

Менструации с 16 лет, установились сразу, с интервалом 25—28 дней, регулярные, по 5—6 дней, умеренные, болезненные в первый день. Половая жизнь с 25 лет вне брака. Не замужем. Последнему половому партнеру (от которого забеременела) 45 лет, здоров.

Генеративная функция: данная беременность первая. Дату первого шевеления плода не помнит.

Объективно: общее состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Легочное дыхание везикулярное, хрипов нет. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, кожа над ними не изменена. Стул и мочеиспускание в норме.

Локальный статус: патологический процесс носит распространенный характер, локализуясь на коже шеи, спины, груди, живота, плеч, предплечий, бедер, ягодиц, паховых складок, голеней (см. рисунок). Представлен распространенными эритематозными очагами с четкими границами, а также везикулами и пустулами 3—5 мм в диаметре, склонными к группировке и расположенными на эритематозном фоне. Кожа живота целиком занята эритемой. В центре некоторых очагов пустулы вскрылись с образованием корок, по периферии которых видны обрывки рогового слоя эпидермиса.

Пестрая картина на коже спины, бедер и ягодиц, состоящая из фестончатых очагов поражения, центральная часть которых находится в стадии разрешения, а периферическая зона состоит из свежих высыпаний, напоминает географическую карту.

Кожа лица, ладоней, подошв, а также слизистые оболочки свободны от высыпаний. Симптом Никольского отрицательный.

Пациентка была обследована согласно диагностическому алгоритму.

Лабораторные исследования, включая общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, не были ничем примечательны. В содержимом пузыря выявлены нейтрофилы, акантолитические клетки отсутствовали. В соскобе с кожи паховой области и межпальцевых складок стоп мицелий гриба не обнаружен.

Больной проведена биопсия кожи. Данные гистопатологического исследования: эпидермис утолщен, в его шиповатом слое отмечается внутри- и внеклеточный отек. Пустулы субкорнеальные, заполнены полиморфно-ядерными нейтрофилами, кератиноцитами. В дерме расширенные сосуды и слабовыраженный периваскулярный полиморфно-клеточный инфильтрат.



*а*



*б*



*в*



*г*

Рисунок Болезнь Снеддона — Уилкинсона у женщины во время беременности:  
*а* — вид сбоку; *б* — вид сзади; *в* — область правого бедра; *г* — область левого бедра

На основании клинической картины и данных гистопатологического исследования был установлен диагноз: болезнь Снеддона — Уилкинсона.

Учитывая, что у больной была беременность (по данным УЗИ в сроке 23—24 нед.), которая является противопоказанием к назначению неотигозона, пришлось отказаться от его назначения. Что касается дапсона, то он может вызывать гемолитическую анемию у новорожденных с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, а диафенилсульфон назначается внутрь очень длительными циклами и имеет множество побочных эффектов, что также не подходило для лечения беременной.

На фоне диеты больной была назначена стандартная гипосенсибилизирующая терапия в сочетании с наружным лечением. Однако эффекта от такой терапии не было. Появились жалобы на боли внизу живота, лечение было прекращено и больную перевели в акушерское отделение патологии беременности ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинаталь-

ный центр». Акушеры-гинекологи, проведя консилиум, назначили преднизолон внутривенно по 250 мг в сутки с постепенным снижением дозы после начала регресса кожных высыпаний, так как ожидаемый эффект терапии превышал потенциальный риск для плода. Под контролем дерматолога проводилась стандартная наружная терапия, высыпания на коже больной постепенно значительно уменьшились. В сроке 28—29 нед. беременности проведено плановое кесарево сечение горизонтальным разрезом. Операция прошла без каких-либо осложнений для матери и ребенка. Спустя месяц после родов высыпания у женщины полностью регрессировали. В дальнейшем по поводу рецидивов болезни она не обращалась. Ребенок здоров.

Представленный клинический случай демонстрирует очень редкое кожное заболевание, которое сопровождало беременную женщину до родоразрешения путем планового кесарева сечения и регрессировало полностью в течение месяца без рецидивов в дальнейшем. ■

## Литература

1. Ashakov M.S., Chebotarjov V.V., Iskhakova Z.A. Subcorneal pustular Sneddon-Wilkinson dermatosis. *Medical News of North Caucasus* 2015; 1 (10): 107—109. [Асхаков М.С., Чеботарев В.В., Исхакова З.А. Дерматоз субкорнеальный пустулезный Снеддона — Уилкинсона. *Медицинский вестник Северного Кавказа* 2015; 1 (10): 107—109.]
2. Berk D., Hurt M., Mann C., Sheinbein D. Sneddon — Wilkinson disease treated with etanercept: report of two cases. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34 (3): 347—51.
3. Lombart F., Dhaille F., Lok C., Dadban A. Subcorneal pustular dermatosis associated with *Mycoplasma pneumoniae* infection. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71 (3): e85—e86.
4. Malhotra S.K. Sneddon-wilkinson disease. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010; 62 (2): 134—5.
5. Bose S.K. Sneddon-wilkinson disease and arthritis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010; 61 (4): 231—2.
6. Lebwohl M., Heymann W., Berth-Jones J., Coulson I. Subcorneal pustular dermatosis. *Treatment of Skin Disease. In: Comprehensive Therapeutic Strategies*, 2014: 738—740.
7. Nievas M., Pugnaire M., Salmeron M., Lora V. Patient with subcorneal pustular dermatosis: Sneddon-Wilkinson syndrome. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68 (4): AB57—AB57.
8. Lew T., Hague J., Colloby P., Oripin S. Sneddon-Wilkinson disease associated with seronegative inflammatory polyarthritis. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66 (4): AB61—AB61.

### об авторах:

**М.С. Асхаков** — к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

**В.В. Чеботарев** — д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

**А.В. Одинец** — к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье