

ЛИНЕЙНЫЙ ДЕРМАТОЗ, РАЗВИВШИЙСЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В.Н. ГРЕБЕНЮК, Т.Н. ГРИШКО, М.Н. ЧАМУРЛИЕВА, А.А. СОКОЛОВА

Linear dermatosis developed in infants against the background of allergic diseases: a clinical study

V.N. GREBENYUK, T.N. GRISHKO, M.N. CHAMURLIYEVA, A.A. SOKOLOVA

Об авторах:

В.Н. Гребенюк — заслуженный врач России, д.м.н., профессор

Т.Н. Гришко — заведующая детским кожно-венерологическим отделением ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко

М.Н. Чамурлиева — клинический ординатор РМАПО

А.А. Соколова — заведующая кожным отделением городской поликлиники № 2, г. Москва

Представлено клиническое наблюдение двух случаев развития линейного одностороннего дерматоза у детей с аллергическими заболеваниями: на фоне атопического дерматита и обструктивного бронхита с признаками трансформации в бронхиальную астму.

Ключевые слова: линейный односторонний дерматоз, атопический дерматит, обструктивный бронхит.

The article presents a clinical study of two cases when linear unilateral dermatosis developed in children suffering from allergic diseases: against the background of atopic dermatitis and obstructive bronchitis with signs of transformation into bronchial asthma.

Key words: linear unilateral dermatosis, atopic dermatitis, obstructive bronchitis.

Линейные или линейные, дерматозы — редко встречающиеся заболевания с малоизученными этиологией и патогенезом, которые характеризуются обычно унилатеральным расположением сыпи.

В 1863 г. впервые были описаны случаи односторонне и линейно расположенных невусов — *Naevi unius lateralis* [1]. В 1895 г. им было дано название «системные невусы» — линейно и диффузно расположенные невусы.

Было предположено [1], что *naevus lateralis* имеет врожденный характер, развивается внутриутробно вследствие заболевания отдельных спинальных ганглиев. Эта теория долгое время была доминирующей, так как значительное количество известных случаев линейно расположенных дерматозов по клинко-гистологической картине и течению соответствовали невусам.

Известны описания различных дерматозов, в частности, красного плоского лишая, склеродермии, псориаза, нейродермита и других болезней кожи, с унилатеральным и линейным расположением

высыпаний [2—5, 8, 9]. В дальнейшем по мере накопления сообщений о линейных формах псориаза, экземы, нейродермита, красного плоского лишая, склеродермии и др. линейные дерматозы перестали связывать только с невусами.

Причины развития указанных поражений остаются неясными. Большинство исследователей предположительно связывают развитие линейных дерматозов с заболеванием периферических нервов [7, 10].

На конечностях поражения чаще локализируются параллельно оси конечностей, нередко по всей их длине; на туловище их направление обычно горизонтальное, реже — вертикальное. В отдельных описаниях отмечено расположение эффоресценций строго по ходу нервов — *n. brachialis*, *n. ulnaris*, *n. ischiadicus* и др. [6, 8].

Унилатеральное расположение дерматозов объяснялось также вегетативной, биохимической и нервной асимметрией. При неврологическом обследовании у больных был обнаружен ряд патологических изменений двигательного, чувствительного, секреторного, сосудодвигательного и трофического характера.

Линейный характер высыпаний при псориазе и красном плоском лишае на местах трофических

нарушений, по мнению А.А. Каламкаряна и соавт., может быть своеобразным проявлением феномена Кебнера. Подтверждением может служить, например, возникновение lichen planus linearis на месте разрешившихся высыпаний опоясывающего лишая [7]. Патоморфологические проявления линейных дерматозов весьма разнообразны и укладываются в гистологическую картину известных дерматозов, имеющих линейную локализацию.

З.Г. Фараджев [7] сообщил о наблюдении 116 больных линейными унilaterальными дерматозами (53 мужского пола, 63 женского пола) в возрасте от 2 до 70 лет. У 60% из них процесс носил линейный характер, у части пациентов была установлена зависимость начала болезни от травмирующих факторов, в том числе и от психических (у 40%). Кожный процесс у большинства наблюдавшихся отличался упорным течением и плохо поддавался лечению, о чем свидетельствовала продолжительность заболевания — от 1 мес. до 1 года — у 33 больных, от 1 года до 5 лет — у 32, до 10 лет и более — у 51.

На основании клинико-морфологического, электрофизиологического и радиометрического исследований, проведенных у больных, автор предложил классификацию линейных и унilaterальных дерматозов, которая включала три группы. Первая группа (77 человек) характеризовалась клинической и гистологической определенностью нозологических форм дерматозов: склеродермии, красного плоского лишая, нейродермита, псориаза, экземы, витилиго, гемиатрофии Ромберга, склероатрофического лишая, первичного амилоидоза кожи, капиллярита, болезни Шамберга, экземоподобной пурпуры Дукаса Капетанакеса, фолликулярного дискератоза Дарье, доброкачественной семейной пузырчатки Гужеро — Хейли — Хейли, порокератоза Мибелли, дискоидной красной волчанки, саркомы Капоши.

У 13 больных второй группы нозологическая форма дерматозов не была установлена, их клиническая картина не имела сходство с каким-либо известным заболеванием кожи. Поэтому дерматозы этой группы классифицировались по ведущим клиническим признакам: по псориазiformному типу, узелковому типу, по типу папилломатоза, по пигментно-гиперкератотическому типу. Третья группа (26 больных) была представлена линейными и унilaterальными невусами: сосудистыми (по типу ангиокератомы и по пятнисто-атрофическому типу), пигментными (по депигментированному и по веррукозно-гиперпигментированному типу), по типу гиперкератоза, по лихеноидно-везикулезному типу, по типу комедо-невуса.

У наблюдавшейся нами в городской клинической больнице (ГКБ) № 14 им. В.Г. Короленко больной на фоне лечения atopического дерматита развился линейный односторонний дерматоз, что представляет определенный клинический инте-

рес. Пациентка, 3 лет с трехмесячного возраста наблюдалась у дерматолога по поводу atopического дерматита. Частые обострения заболевания были обычно связаны с погрешностями в питании. При аллергологическом исследовании выявлена повышенная сенсибилизация к молоку и соевым бобам. Несмотря на соблюдение гипоаллергенной диеты и амбулаторное лечение, включающее препарат адвантан, наступило сильное обострение кожного процесса, и больная была госпитализирована в ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко для дальнейшего обследования и лечения.

При поступлении в ДКВО (7.12.09 г.) большую беспокоил выраженный зуд; патологический процесс на коже носил распространенный островоспалительный характер. Эритематосквамозные очаги неправильных очертаний, склонные к слиянию, а также экскориации, покрытые гнойно-геморрагическими корками, располагались на коже лица, ушных раковин, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

Данные лабораторного исследования: клинический анализ крови — умеренный лейкоцитоз ($11,5 \cdot 10^9 / л$), снижение СОЭ (0,5 мм/ч.). Анализ кала на кишечную группу и яйца гельминтов, соскоб на энтеробиоз, патологии не найдено. Общий анализ мочи в пределах нормы. Отоларинголог и невролог патологии не выявили. На основании данных анамнеза, клинических и лабораторных исследований больной установлен диагноз atopического дерматита.

Комплексная терапия включала: глюконат кальция (10% раствор по 3 мл внутримышечно 1 раз в сутки №10), супрастин (2% раствор 0,3 мл внутримышечно 1 раз в сутки и внутрь $\frac{1}{4}$ таблетки 2 раза в сутки), энтеросгель (1 чайная ложка 3 в раза сутки), тавегил (0,3 мл внутримышечно 1 раз в сутки), тиосульфат натрия (10% раствор, 1 чайная ложка 3 раза в сутки). Наружно применяли 1% раствор метиленового синего, взбалтываемую взвесь с нафталанонской нефтью, крем Унны, дерматологические компрессы с фурацилином.

На фоне наступившей выраженной положительной динамики кожного процесса (исчезновение зуда, значительное регрессирование высыпаний atopического дерматита) у пациентки отмечалось появление непрерывающихся полосовидных эритематосквамозных и везикулезных высыпаний, местами покрытых серозными корками. Локализовались они по задней поверхности правого бедра с переходом на переднюю поверхность голени и тыльную область стопы и вовлечением в патологический процесс ногтевых пластин III и IV пальцев (см. рисунок, а, б).

Впервые появившиеся у больной односторонние линейно-полосовидные высыпания укладываются в клинику линейного одностороннего дерматоза экзематозного типа.



а



б



в

Рис. Линейный односторонний дерматоз у девочки 3 лет, больной атопическим дерматитом (а, б), и у мальчика 4 лет (в) с обструктивным бронхитом

У другого пациента, мальчика 4 лет, с которым на амбулаторный прием обратилась мать, были жалобы на зудящие высыпания на коже левой нижней конечности. Из анамнеза жизни: рос и развивался соответственно возрасту, наследственность не отягощена. У сестры-близнеца и у других родственников подобное заболевание не отмечено. Пациент страдает хроническим обструктивным бронхитом.

Мать заметила появление высыпаний вначале в области левой ягодицы в октябре 2009 г. В 3-летнем возрасте у ребенка в течение короткого времени процесс на коже распространился на бедро, голень, со-

провождался зудом. Мать самостоятельно смазывала высыпания детским кремом, эффекта от которого не отмечала, после чего обратилась к дерматологу.

Объективно: патологический процесс носит распространенный характер (см. рисунок, в), локализуется на коже левой нижней конечности, представлен четко очерченными, веррукозными, линейно расположенными папулезными высыпаниями коричневатого цвета, возвышающимися над уровнем кожи. На поверхности некоторых очагов имеются эскориации, геморрагические корки. Отмечается стабильное течение процесса на коже без прогрес-

сирования. Обструктивный хронический бронхит имеет некоторые признаки трансформации в бронхиальную астму. Установлен диагноз линейного одностороннего дерматоза.

Прослеживается определенная закономерность возникновения данных случаев: у обоих пациентов в раннем детском возрасте на фоне аллергических заболеваний развился односторонний линейно-полосовидный дерматоз экзематозного типа без какой-либо явной причины.

Литература

1. Baerensprung van F. Naevus unius lateralis. *Cherite Ann.* 1863; 2: 91—95.
2. Jadassohn J. Bemerkungen zur Hystologie der systems — tischen Naevi und Uber Talgdrusen — Naevi. *Arch perm syph.* 1895; 33: 355—408.
3. Тыжненко А.М. Значение нервной системы в этиологии вульгарного псориаза. *Мед. жизнь*, 1921; 1; 4—5: 314—315.
4. Брауде Р.С., Россиянский Н.А. О линейных дерматозах. *Журн. венерол. и дерматол.*, 1929; 5—7; 24—39.
5. Цер М.И. Лихеноидный зостериформный дерматоз. *Русс. вестн. дерматол.*, 1929; 1—5: 433—434.
6. Маслов П.Е. Случай линейного одностороннего расположения чешуйчатого лишая у больного ихтиозом. *Вестн. дерматол.*, 1941; 9—10: 36—37.
7. Фараджев З.Г. Клинические формы, патогенез и терапия линейных и унилатеральных дерматозов: Автореф., дис... канд. мед. наук. 1985.
8. Farris A., Carleoaro E. Lichen lineare sello sciatico popliteo *Chron Dermatol*, 1978; 2; 233—237.
9. Каламкарян А.А., Фролов Е.П., Акимов В.Г., Красников Ю.А. О так называемых унилатеральных и линейных дерматозах. *Вестн. дерматол. и венерол.*, 1980; 10: 18—23.
10. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Редкие и атипичные дерматозы. 1989; 143—147.