

# Д В Е С Т Н И К Д Е Р М А Т О Л О Г И И И В Е Н Е Р О Л О Г И И



МЕДИЦИНА  
МОСКВА

**1979**

**7**

ВЕСТН. ДЕРМАТОЛ.

## ЛИТЕРАТУРА

- Жорно Я. Ф., Васильева Л. И. — Вестн. дерматол., 1952, № 2, с. 26—29.  
Попхристов П. Кожные болезни в детском возрасте. София, 1963, с. 584.  
Потекаев Н. С., Иванов О. Л., Кодолова И. М. — В кн.: Научная конф. Всесоюз. науч. о-ва дермато-венерологов. Тезисы. М., 1972, с. 41—42.  
Потекаев Н. С., Сергеев Ю. В., Иванов О. Л. — МРЖ. Разд. XI, 1978, № 6, с. 12—16.  
Шинский Г. Э., Левков А. А., Каламкарян А. А. — Вестн. дерматол., 1965, № 1, с. 9—16.  
Ayres S. Jr., Anderson N. P. — Arch. Derm. Syph. (Chic.), 1932, v. 25, p. 485—493.  
Bärfverstedt B. — Acta derm.-venereol. (Stockh.), 1943, v. 24, Suppl. 11, p. 1—202.  
Bazex A., Sales F. — Bull. Soc. franç. Derm. Syph., 1958, v. 65, p. 316.  
Berge T., Krook G. — Acta derm.-venereol. (Stockh.), 1967, v. 47, p. 20—24.  
Bonaduce F. — Dermosifilografo, 1927, v. 2, p. 399—402.  
Braun-Falco O. L., Burg G. — Hautarzt, 1975, Bd 26, S. 124—132.  
Caro W. A., Helwig E. B. — Cancer (Philad.), 1969, v. 24, p. 487—502.  
Fernandes N., Torres A., Ackerman A. B. — Arch. Derm., 1977, v. 113, p. 320—324.  
Grant P. W., Keczkes K. — Arch. Derm., 1964, v. 89, p. 239—242.  
Kaufmann-Wolf M. — Arch. Derm. Syph. (Berl.), 1921, Bd 130, S. 425—435.  
Mach K. W. — Arch. klin. exp. Derm., 1965, Bd 222, S. 325—349.  
Samman P. D. — Brit. J. Derm., 1963, v. 75, p. 35—37.  
Thomson J., Cochrane T., Cochrane R. et al. — Ibid., 1974, v. 90, p. 421—429.  
N. S. Potekaeu, O. L. Ivanov, Yu. V. Sergeev — POSTSCABIES LYMPHOPLASIA OF THE SKIN

**Summary**—An analysis of the data from the literature and the authors' own observations of 4 patients with skin lymphoplasia which is provoked by scabies is presented. It is assumed that analogous lesions described in the literature are not varieties of complications of scabies. The primary factor in this disease is a special predisposition of the skin to respond to any irritation by reactive hyperplasia of the lymphoid tissue. A term "postscabies skin lymphoplasia" is suggested as making more definitive the probable etiological factor.

УДК 616.517.8:616.5-002.72

А. И. Лесницкий, В. П. Федотов, А. В. Белозор

### К ВОПРОСУ О ВЗАИМООТНОШЕНИИ БЛЯШЕЧНОГО ПАРАПСОРИАЗА И ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

Курс кожных и венерических болезней (зав. — доц. В. П. Логунов) Запорожского медицинского института. Поступила 18/XII 1978 г.

В последние годы резко возрос интерес к бляшечному параспориазу Брока, что объясняется его невыясненной этиологией, недостаточно изученным патогенезом и особенно взаимоотношением между этим заболеванием и грибковидным микозом (Н. С. Смелов; А. А. Каламкарян; И. М. Разнатовский; Вл. Андреев; Х. Г. Касумбейли, и др.). Н. С. Смелов, А. А. Каламкарян, Х. А. Касумбейли, И. М. Разнатовский, Вл. Андреев, Khan и др. рассматривают бляшечный параспориаз как самостоятельную нозологическую единицу. В. В. Винниченко считает этот дерматоз предстadiumом грибковидного микоза.

В связи с продолжающейся дискуссией о взаимоотношении бляшечного параспориоза и грибковидного микоза приводим наши наблюдения.

Больной Ж., 68 лет, поступил в клинику 20/X 1976 г. с предположительным диагнозом бляшечного параспориоза. При поступлении жаловался на высыпания на коже, не вызывающие субъективных расстройств. Болеет 2 года. Сыпь впервые появилась на коже верхних конечностей, затем туловища. В прошлом перенес малярию и кровоизлияние в мозг. Страдает гипертонической болезнью. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.



Патологический процесс локализуется на коже сгибабельной поверхности плеч и предплечий, в подмышечных ямках по линии смыкания с плечом, на тыле кистей и в области ягодиц. Очаги поражения на конечностях и туловище имеют форму удлиненного в краниокаудальном направлении овала размерами от  $15 \times 8$  до  $20 \times 12$  см. Высыпания представлены четко отграниченными пятнами багрово-красного или винно-красного цвета с точечными геморрагиями, телеангиэктазиями и незначительным мелко-пластинчатым шелушением. Пятна имеют гладкую поверхность и слегка морщинистый вид. В очагах на тыле межфаланговых суставов пальцев кистей пальпируются поверхностное уплотнение и шероховатость, обусловленные гиперкератозом.

Общий анализ крови и мочи в пределах нормы.

*Патогистологическое исследование биоптата кожи, иссеченного в очаге на предплечье.* Эпидермис в состоянии умеренно выраженных гиперкератоза, очагового паракератоза и акантоза. Зернистый слой представлен 3—4 рядами клеток, местами отсут-

ствует. В шиповатом слое обнаруживаются вакуольная дистрофия клеток, расширение межклеточных промежутков и многочисленные пузырьки. В межклеточных пространствах и в пузырьках имеются скопления лимфоцитов и гистиоцитов. Эпидермальные отростки расширены. Сосочки большей частью сглажены, реже удлинены и отечны. В подсосочковом слое дермы очаговые, преимущественно периваскулярные инфильтраты, которые распространяются на отдельные сосочки и размывают эпидермодермальную линию. Инфильтрат по ходу сосудов проникает в сетчатый слой дермы и в умеренном количестве обнаруживается также в потовых железах. Клеточная реакция характеризуется наличием гистиоцитов, единичных эозинофилов и плазматических клеток. Преобладают гистиоциты, которые отличаются разнообразием формы и размерами ядер. Встречаются клетки с крупными светлыми ядрами. Кровеносные сосуды подсосочкового слоя расширены, переполнены кровью. Эндотелий капилляров набухший. Лимфатические сосуды резко расширены. Такие же изменения капилляров и артериол с незначительной периваскулярной инфильтрацией обнаруживаются и в отделах дермы, пограничных с гиподермой.

На основании данных клинического, патогистологического исследований больному поставлен диагноз грибовидного микоза в инфильтративной стадии. Проведенная вначале терапия витаминами  $B_1$ ,  $B_{12}$ , пангенксавитом, тетрацином, АТФ в общепринятых дозах оказалась неэффективной. Лечение преднизолоном в начальной дозе 25 мг/сут в течение 85 дней способствовало частичному разрешению клинических проявлений дерматоза — уменьшению гиперемии, шелушения, гиперкератоза.

При исследовании больного через  $1\frac{1}{2}$  года на коже туловища удерживались эритематозно-сквамозные очаги с поверхностной инфильтрацией. Патогистологическое исследование биоптата пораженной кожи позволило выявить такие же изменения тканей, как и при первоначальной биопсии. Диагноз грибовидного микоза был подтвержден клинически и патогистологически в динамике наблюдения больного.

Больная П., 72 лет, поступила в клинику 24/X 1976 г. с предположительным диагнозом бляшечного параспориоза. Жаловалась на высыпания на коже, сопровождающиеся незначительным зудом. Болеет с 18 лет. Очаги поражения появились впервые на конечностях, а через несколько лет и на туловище. Высыпания стойко удерживаются в течение всего периода болезни, медленно увеличиваясь путем периферического роста. Изредка возникают новые очаги поражения. В течение 45—50 лет больная отмечала связь дерматоза с сезонными колебаниями — значительное уменьшение воспалительных явлений в летнее время и усиление гиперемии в зимнее. Каких-либо изменений в клинической картине дерматоза и его течения в последние годы не заметила. Больная за-



Больная П. Грибовидный микоз, инфильтративная стадия.

нималась самолечением наружными средствами без эффекта. В настоящее время страдает гипертонической болезнью. Ранее перенесла корь и простудные заболевания.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, глухие, акцент II тона над аортой. Артериальное давление 190/100 мм рт. ст. Изменений со стороны органов брюшной полости не отмечается. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Очаги поражения кожи локализируются на спине, молочных железах, ягодицах, плечах, бедрах. Как видно на рисунке, высыпания представлены резко отграниченными пятнами овальной или округлой формы, местами с фестончатыми очертаниями, размерами от 2×2 до 35×55 см. Пятна розово-красного или вишнево-красного цвета, много точечных геморрагий и отрубевидное шелушение на поверхности. Последняя имеет слегка морщинистый вид. Высыпания в области молочных желез и ягодиц незначительно инфильтрированы. Вокруг отдельных пятен отмечается пигментация, создающая рисунок в виде сетки. Анализ крови и мочи без патологии.

*Патогистологическое исследование биоптата кожи, иссеченного в области правого бедра.* Эпидермис выражен неравномерно — в одних участках незначительно утолщен за счет гиперкератоза и акантоза, в других, наоборот, умеренно истончен. Зернистый слой представлен одним рядом клеток. В верхних рядах шиповатых клеток наблюдаются пикноз ядер и их бледная окраска, в нижних — вакуолярная дистрофия и значительный межклеточный отек с многочисленными пузырьками. Базальные клетки вакуолизированы. Мальпигиев слой пронизан почти на всем протяжении лимфоцитами, располагающимися диффузно и в виде микроабсцессов. Эпидермальные отростки большей частью сглажены, имеющиеся же несколько удлиненные отростки эпидермиса заострены книзу и сдавлены отчетливыми и расширенными сосочками. В подсосочковом слое дермы диффузный полосовидный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов и гистиоцитов. Последние преобладают в отдельных участках инфильтрата и отличаются различными размерами и формой ядер, а также по-разному окрашиваются гематоксилином. Среди клеточного инфильтрата обнаруживаются скопления элементов с более крупными и светлыми ядрами и единичные крупные гиперхромные клетки. Инфильтрат проникает в отдельные сосочки и размывает эпидермодермальную линию. Кровеносные и в особенности лимфатические сосуды резко расширены. Эндотелий отдельных капилляров набухший. Сетчатый слой дермы и потовые железы не изменены.

Клинический диагноз: грибвидный микоз, инфильтративная стадия. Лечение: витамины группы В, инъекции сернокислой магнезии с новокаином, аскорутин, поливитамины, резерпин. Наступило улучшение — исчезновение отдельных пятен, уменьшение гиперемии и инфильтрации других. На 34-день больная переведена на амбулаторное лечение.

При клинико-лабораторном исследовании через 1 год 8 мес отмечено появление на коже опухолевидных образований синюшно-красного цвета, местами с распадом и развитием глубоких язв с гнойным налетом. Клиническая картина и результаты повторного патогистологического исследования позволили поставить окончательный диагноз: грибвидный микоз, опухолевая стадия.

Таким образом, клиническая картина при первичном исследовании больных была весьма сходной: наличие на фоне довольно благополучного общего состояния мономорфной сыпи — крупных воспалительных пятен, расположенных в области конечностей и туловища. Пятна характеризовались отчетливыми границами, мелкопластинчатым шелушением, точечными геморрагиями, весьма незначительным уплотнением кожи в отдельных очагах и отсутствием или слабой выраженностью субъективных расстройств. У обоих больных наблюдали монотонное торпидное течение заболевания, отсутствие ремиссий, устойчивость к проводимой терапии.

Все перечисленные клинические признаки укладываются в картину бляшечного параспориоза, описанную М. М. Кузнецом, Л. Н. Машкиллейсоном, Н. С. Смеловым и др.

Однако этому диагнозу противоречат результаты патогистологических исследований биоптата кожи, взятой в очагах поражения. Выраженные экссудативные явления в эпидермисе, множественные микроабсцессы Потрие, полиморфноклеточная инфильтрация дермы с преобладанием гистиоцитов, признаки полиморфизма последних, вовлечение в процесс эпидермодермальной линии и придатков кожи указывают на наличие у обоих больных грибвидного микоза.

Диагнозы у больных были подтверждены повторным клинико-лабораторным исследованием их в динамике наблюдения.

Итак, приведенные нами наблюдения свидетельствуют о том, что грибвидный микоз у некоторых больных по своим клиническим про-

явлениям, доброкачественному и длительному течению может напоминать бляшечный параспориоз. Поэтому дифференциальная диагностика у этих заболеваний и решение вопроса о диагнозе требуют осторожного подхода, тщательного анализа анамнестических, клинических и патогистологических данных обязательно в динамике наблюдения больных.

## ЛИТЕРАТУРА

- Винниченко В. В. Ретикулезы кожи. Автореф. дис. докт. Донецк, 1973.  
Каламкарян А. А. — Вестн. дерматол., 1964, № 9, с. 13—18.  
Касумбейли Х. Г. — Учен. записки Азербайджанского мед. ин-та, 1966, т. 20, с. 201—211.  
Кузнец М. М. — В кн.: Многотомное руководство по дермато-венерологии. М., 1964, т. 3, с. 208—231.  
Машкиллейсон Л. Н. Частная дерматология. М., 1965.  
Разнатовский И. М. — Вестн. дерматол., 1974, № 12, с. 23—29.  
Разнатовский И. М. — Там же, 1976, № 2, с. 41—46.  
Разнатовский И. М. — Там же, № 6, с. 42—46.  
Разнатовский И. М. — Там же, № 8, с. 29—33.  
Разнатовский И. М. — Там же, 1977, № 1, с. 15—19.  
Смелов Н. С., Каламкарян А. А. — Там же, 1967, № 7, с. 27—33.  
Смелов Н. С. — В кн.: Кожные и венерические болезни. М., 1977, с. 52—101.  
Андреев Вл. Кожни прояви при неопластичните заболявания. София, 1973.  
Khan M. Z. — Hautarz, 1974, Bd 49, S. 547—554.

## A. I. Lesnitsky, V. P. Fedotov, A. V. Belozor — ON RELATIONSHIP BETWEEN PARAPSORIASIS NODULARIS AND MYCOSIS FUNGOIDES

Summary — Two patients with long-term erythematous stage of mycosis fungoides previously diagnosed as parapsoriasis nodularis because of great similarities of the clinical manifestation and the course of the disease with the latter are described. The diagnosis could finally be definitely established only by histopathological examinations and time course observations of the patients. These cases are of interest because of the continuous discussion in the literature on the relationship between parapsoriasis nodularis and mycosis fungoides.

УДК 616.5-006.39

Ю. С. Бутов, В. И. Дмитриев

## ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ФОРМА ПИГМЕНТНО-СОСОЧКОВОЙ ДИСТРОФИИ КОЖИ

Кафедра кожных болезней (зав. — проф. Ю. К. Скрипкин) II Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова. Поступила 24/X 1978 г.

Пигментно-сосочковая дистрофия (ПСДК), или Acanthosis nigricans, относится к числу редко встречающихся дерматозов. Впервые это заболевание было описано в 1890 г. Pollitzer и Ganovsky. Различают несколько клинических форм ПСДК. Так, С. Л. Богров в 1908 г. выделил две формы заболевания: доброкачественную (юношескую), встречающуюся у лиц в возрасте до 25 лет, и злокачественную (позднюю), развивающуюся после 25 лет. Ollendorff-Curth в 1951 г. описал своеобразную доброкачественную разновидность ПСДК взрослых, встречающуюся, как правило, у полных женщин, чаще брюнеток, которую он назвал псевдоакантозом. Заболевание, по мнению автора, связано с преждевременной предрасположенностью к папилломатозу и проявляется в ответ на всевозможные экзогенные раздражители.

ПСДК является параонкологическим заболеванием. В работах ряда отечественных и зарубежных ученых было отмечено, что у взрослых это заболевание часто развивается в результате поражения желудочно-кишечного тракта. Тесная взаимосвязь ПСДК взрослых и онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта показана в ис-

## СОДЕРЖАНИЕ

### Оригинальные статьи

- Каламкьян А. А., Фролов Е. П., Мордовцев, В. Н. Современное состояние проблемы псориаза и задачи по ее разработке . . . . . 3
- Комов О. П. Мнения специалистов по некоторым аспектам псориаза 10
- Резникова Л. С., Стоянов В. Б. Определение функциональной активности Т- и В-лимфоцитов и феномена розеткообразования у больных ангиоретикулезом Капоши . . 14
- Кубанова А. А. Функциональное состояние симпатико-адреналовой системы у больных зудящими дерматозами . . . . . 17
- Логунов В. П. Импеданс кожи — объективный критерий функционального состояния вегетативных отделов нервной системы . . . . . 21
- Сазонова Л. В., Орлина Э. А. Антигенные свойства нового штамма (ЦКВИ-74) патогенных бледных трепонем в специфических реакциях на сифилис . . . . . 25

### Организация здравоохранения и профилактика

- Обухова А. С., Ариевич А. М., Остапенко Н. Н. Организация борьбы с микроsporией, обусловленной *Microsporum canis*, в Москве . . 28

### Обмен опытом, наблюдения из практики, терапия

- Машкиллеисон А. Л., Васковская Г. П. Сочетание различных форм красного плоского лишая кожи и слизистых оболочек с ограниченной многоочаговой бляшечной склеродермией 32
- Вербенко Е. В., Таганцева Е. А. Об отношении склероатрофического лишая к склеродермии . . . . . 34
- Потекаев Н. С., Иванов О. Л., Сергеев Ю. В. Постскабиозная лимфоплазия кожи . . . . . 36
- Лесницкий А. И., Федотов В. П., Белозор А. В. К вопросу о взаимоотношении бляшечного параспориоза и грибовидного микоза . . . . . 40
- Бутов Ю. С., Дмитриев В. И. Злокачественная форма пигментно-сосочковой дистрофии кожи . . . . . 43
- Балявичене Г. Р. Акантолитический дерматоз Гровера . . . . . 45
- Милявский А. И. Контактный дерматит, вызванный «адамовым корнем» 49
- Федоровская Р. Ф., Данилова Т. Н., Зиминая Л. З. Влияние антибиотиков на антитоксинообразование у больных хронической пиодермией 50
- Шапиро В. И. Опыт лечения вульгарных и конглобатных угрей пенициллином на аутокрови в комбинации со стафилококковым антифагином 52
- Савчук В. И. Аллергическая реакция немедленного типа на тетрациклин 54

## CONTENTS

### Original Articles

- Kalamkaryan, A. A., Frolov, E. P., Mor-dovtsev, V. N.: The Current Status of Psoriasis Problem and Tasks for Its Development 3
- Komov, O. P.: Opinions of the Specialists on Certain Aspects of Psoriasis 10
- Reznikova, L. S., Stoyanov, V. B.: Determinations of the Functional Activity of T- and B-Lymphocytes and Rosette Formation Phenomenon in Patients with Angioreticulosis Kaposi 14
- Kubanova, A. A.: The Functional Status of the Sympatho-Adrenal System 17
- Logunov, V. P.: Impedance of the Skin — an Objective Criterion of the Functional Status of the Vegetative Nervous System 21
- Sazonova, L. V., Orlina, E. A.: Antigenic Properties of a New Strain (CKVI-74) of Pathogenic *Treponema Pallidum* in Specific Tests for Syphilis 25

### Organization of Public Health and Prophylaxis

- Obukhova, A. S., Arievidh, A. M., Ostapenko, N. N.: Organization of Control of Microsporiosis due to *Microsporum canis* in Moscow 28

### Exchange of Experience, Practical Observations, Therapy

- Mashkilleison, A. L., Vaskovskaya, G. P.: Combination of Different Forms of Lichen Ruber Planus of Skin and Mucous Membranes with Circumscribed Multifocal Morphea Guttata 32
- Verbenko, E. V., Tagantseva, E. A.: On Relationship Between Sclero-Atrophic Lichen and Scleroderma 34
- Potekaev, N. S., Ivanov, O. L., Sergeev, Yu. V.: Postscabies Lymphoplasia of the Skin 36
- Lesnitsky, A. I., Fedotov, V. P., Belozor, A. V.: On Relationship Between Parapsoriasis Nodularis and Mycosis Fungoides 40
- Butov, Yu. S., Dmitriev, V. I.: A Malignant Form of Pigmento-Papillary Skin Dystrophy 43
- Balyavichene, G. R.: Acantholytic Dermatitis Grover 45
- Milyavsky, A. I.: Contact Dermatitis Caused by Scrophulariaceae Redox 49
- Fedorovskaya, R. F., Danilova, T. N., Zimina, L. Z.: The Effect of Antibiotics on Antitoxin Formation in Patients with Chronic Pyoderma 50
- Shapiro, V. I.: Experience of Treatment of Acne Vulgaris and Acne Conglobatis with Penicillin in Autoblood in Combination with Staphylococcal Antiphagin 52
- Savchak, V. I.: Allergic Reaction of the Immediate Type to Tetracyclin 54