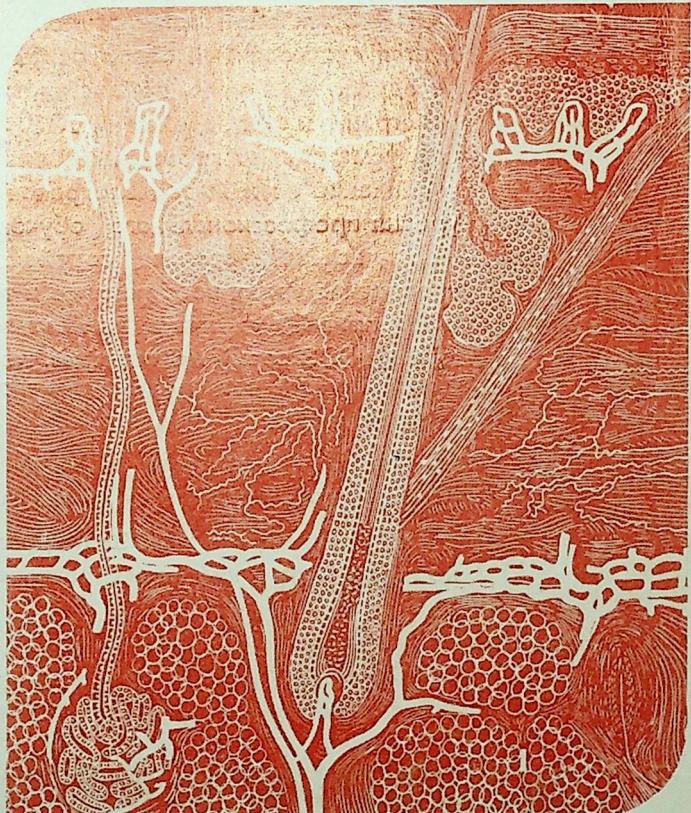


# Вестник Дерматологии и Венерологии



МЕДИЦИНА  
МОСКВА

1979

7

## 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. — Вести. дерматол., 1965, № 1, с. 9—16.
- Ayres S. Jr., Anderson N. P. — Arch. Derm. Syph. (Chic.), 1932, v. 25, p. 485—493.
- Bäfverstedt 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. Potekaev, 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 парапсориазу Брока, что объясняется его невыясненной этиологией, недостаточно изученным патогенезом и особенно взаимоотношением между этим заболеванием и грибовидным 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 парапсориаз как самостоятельную нозологическую единицу. В. В. Винниченко считает этот дерматоз предстадией грибовидного микоза.

В связи с продолжающейся дискуссией о взаимоотношении бляшечного парапсориаза и грибовидного микоза приводим наши наблюдения.

Больной Ж., 68 лет, поступил в клинику 20/X 1976 г. с предположительным диагнозом бляшечного парапсориаза. 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 кроноизлияние в мозг. Страдает гипертонической болезнью. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Патологический процесс локализуется на коже сгибательной 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 краинокудальном направлении овала размерами от  $15 \times 8$  до  $20 \times 12$  см. Высыпания представлены четко ограниченными пятнами багрово-красного или винно-красного цвета с точечными геморрагиями, телеангиэкзазиями и незначительным мелкопластичным 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 отсутствует. 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 плasmатических 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 исследования больному поставлен диагноз грибовидного микоза в инфильтративной стадии. Проведенная вначале терапия витаминами  $B_1$ ,  $B_{12}$ , пангексавитом, тетридином, 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 парапсориаза. 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 локализуются на спине, молочных железах, ягодицах, плачах, бедрах. Как видно на рисунке, высыпания представлены резко ограниченными пятнами овальной или округлой формы, местами с фестончатыми очертаниями, размерами от  $2 \times 2$  до  $35 \times 55$  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. Анализы 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 — вакуольная 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 слажены, имеющие же несколько удлиненные отростки эпидермиса заострены книзу и сдавлены отечными 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: грибовидный 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: грибовидный микоз, опухлевая 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 торpidное течение заболевания, отсутствие ремиссий, устойчивость к проводимой терапии.

Все перечисленные клинические признаки укладываются в картину бляшечного парапсориаза, 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 грибовидного микоза.

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

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

явлением, доброкачественному и длительному течению может напоминать бляшечный парапсориаз. 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 проявли 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 параканкологическим 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

- Каламкарян А. А., Фролов Е. П., Мордовцев, В. Н.** Современное состояние проблемы псориаза и задачи по ее разработке . . . . .  
**Комов О. П.** Мнения специалистов по некоторым аспектам псориаза  
**Резникова Л. С., Стоянов В. Б.** Определение функциональной активности Т- и В-лимфоцитов и фенофемена розеткообразования у больных ангиоретикулезом Капоши . . . . .  
**Кубанова А. А.** Функциональное состояние симпатико-адреналовой системы у больных зудящими дерматозами . . . . .  
**Логунов В. П.** Импеданс кожи — объективный критерий функционального состояния вегетативных отделов нервной системы . . . . .  
**Сазонова Л. В., Орлина Э. А.** Антигенные свойства нового штамма (ЦКВИ-74) патогенных бледных трепонем в специфических реакциях на сифилис . . . . .
- Организация здравоохранения и профилактика**
- Обухова А. С., Ариевич А. М., Остапенко Н. Н.** Организация борьбы с микроспорией, обусловленной *Microsporum canis*, в Москве . . . . .
- Обмен опытом, наблюдения из практики, терапия**
- Машкиллейсон А. Л., Васковская Г. П.** Сочетание различных форм красного плоского лишая кожи и слизистых оболочек с ограниченной многоочаговой бляшечной склеродермии . . . . .  
**Вербенко Е. В., Таганцева Е. А.** Об отношении склероатрофического лихена к склеродермии . . . . .  
**Потекаев Н. С., Иванов О. Л., Сергеев Ю. В.** Постскабиозная лимфоплазия кожи . . . . .  
**Лесницкий А. И., Федотов В. П., Белозор А. В.** К вопросу о взаимоотношении бляшечного парапсориаза и грибовидного микоза . . . . .  
**Бугов Ю. С., Дмитриев В. И.** Злокачественная форма пигментно-сосочковой дистрофии кожи . . . . .  
**Балявичене Г. Р.** Акантолитический дерматоз Гровера . . . . .  
**Милявский А. И.** Контактный дерматит, вызванный «адамовым корнем»  
**Федоровская Р. Ф., Данилова Т. Н., Зимина Л. З.** Влияние антибиотиков на антитоксинообразование у больных хронической пиодермией  
**Шапиро В. И.** Опыт лечения вульгарных и конглобатных угрей пенициллином на аутокрови в комбинации со стафилококковым антифагином  
**Савчак В. И.** Аллергическая реакция немедленного типа на тетрациклин

## CONTENTS

### Original Articles

- Kalamkaryan, A. A., Frolov, E. P., Mordovtsev, 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., Arievich, A. M., Ostapenko, N. N.**: Organization of Control of Microsporosis 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**  
**Potekaeu, 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**  
**Bugov, Yu. S., Dmitriev, V. I.**: A Malignant Form of Pigmento-Papillary Skin Dystrophy  
**43**  
**Balyavichene, G. R.**: Acantholytic Dermatosis 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 Conglobatus with Penicillin in Autoblood in Combination with Staphylococcal Antiphagin  
**52**  
**Savchak, V. I.**: Allergic Reaction of the Immediate Type to Tetracycline  
**54**