

стей, липобальзам – для коленей, ладоней, подошв; в случаях сочетания вульгарного ихтиоза и атопического дерматита, а также при выраженных явлениях инфильтрации, лихенизации целесообразно использование соответствующих лекарственных форм метилпреднизолона ацепоната). Как монотерапия средствами серии «Дардиа», так и чередование с Адвантаном способствует быстрому уменьшению выраженности ксероза, регрессу островоспалительных явлений, восстановлению ночного сна, устранению зуда и беспокойства.

Выводы

Средства серии «Дардиа» эффективны и безопасны в лечении вульгарного ихтиоза. Пациентам в возрасте до 1 года целесообразно назначать крем «Дардиа», старше 1 года – крем на лицо, молочко – на туловище и конечности, липобальзам – на колени, ладони, подошвы.

В случаях сочетания вульгарного ихтиоза с атопическим дерматитом, а также при выраженных явлениях экссудации, пролиферации показано чередование средств серии «Дардиа» с Адвантаном.

Литература

1. Thyssen JP, Godoy-Gijon E, Elias PM. Icthyosis vulgaris: the filaggrin mutation disease. *Br J Dermatol* 2013; 168 (6): 1155–66.
2. Li M, Cheng R, Shi M et al. Analyses of FLG mutation frequency and filaggrin expression in isolated ichthyosis vulgaris (IV) and atopic dermatitis-associated IV. *Br J Dermatol* 2013; 168 (6): 1335–8.
3. Ishida-Yamamoto A, Igawa S, Kishibe M. Order and disorder in corneocyte adhesion. *J Dermatol* 2011; 38 (7) 645–54.
4. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н. Опыт применения масел для ванны «Бальнеум» и «Бальнеум Плюс» в комплексной терапии атопического дерматита и ихтиоза у детей. *Рос. журн. кожных и венерических болезней*. 2007; 3: 26–33.
5. Krug M, Oji V, Traupe H, Berneburg M. Icthyoses. Part 2: Congenital ichthyoses. *J Dtsch Dermatol Ges* 2009; 7 (7): 577–88.
6. Oji V, Traupe H. Icthyosis: clinical manifestations and practical treatment options. *Am J Clin Dermatol* 2009; 10 (6): 351–64.
7. Bellew S, Del Rosso JO. Overcoming the Barrier Treatment of Icthyosis: A Combination-Therapy Approach. *J Clin Aesthet Dermatol* 2010; 3 (7): 49–53.
8. Chapman MS. Vitamin A: history, current uses, and controversies. *Semin Cutan Med Surg* 2012; 31 (1): 11–6.
9. Russell M. Assessing the relationship between vitamin D₃ and stratum corneum hydration for the treatment of xerotic skin. *Nutrients* 2012; 4 (9): 1213–8.
10. Tadini G, Giustini S, Milani M. Efficacy of topical 10% urea-based lotion in patients with ichthyosis vulgaris: a two-center, randomized, controlled, single-blind, right-vs.-left study in comparison with standard glycerol-based emollient cream. *Curr Med Res Opin* 2011; 27 (12): 2279–84.
11. Castello M, Milani M. Efficacy of topical hydrating and emollient lotion containing 10% urea ISDIN® plus dexpanthenol (Ureadin Rx10) in the treatment of skin xerosis and pruritus in hemodialyzed patients: an open prospective pilot trial. *G Ital Dermatol Venereol* 2011; 146 (5): 321–5.
12. Luger TA. Balancing efficacy and safety in the management of atopic dermatitis: the role of methylprednisolone aceponate. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2011; 25: 251–8.
13. Кулагин В.И., Хаммаганова И.В., Войнич З.В., Шекрота А.Г. Опыт применения мази «Адвантан» в детской дерматологической практике. *Вестн. дерматологии и венерологии*. 2000; (6): 50.
14. Khamaganova I. Alleviation of a severe pruritic flare-up in a 13-year-old child with chronic atopic dermatitis treated with methylprednisolone aceponate 0,1%. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2012; 26 (Suppl. 6): 20–1.
15. Peserico A, Städtler G, Sebastian M et al. Reduction of relapses of atopic dermatitis with methylprednisolone aceponate cream twice weekly in addition to maintenance treatment with emollient: a multicenter, randomized double-blind, control study. *Br J Dermatol* 2008; 158: 801–7.

Твердый шанкр красной каймы нижней губы у больного вторичным сифилисом и ВИЧ-инфекцией

Л.И.Глебова, Г.Н.Стоянова, Е.П.Левощенко, Е.Г.Спицина

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова Минздрава России; ГБУЗ Городская клиническая больница №14 им. В.Г.Короленко Департамента здравоохранения г. Москвы

Начало первичного периода сифилиса характеризуется формированием первичного аффекта (первичная сифилома, или твердый шанкр). Твердый шанкр является первой манифестацией сифилиса и может локализоваться в любом месте красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. Чаще всего этими местами являются губы, язык, миндалины [1].

Развитие твердого шанкра в полости рта начинается с появления небольшой ограниченной красноты на слизистой оболочке, в дальнейшем – это круглая или овальная безболезненная эрозия, реже язва, размером от горошины до двухкопеечной монеты, в основании ко-

торой пальпируется плотноэластический инфильтрат. Если присоединяется вторичная инфекция, то эрозия может углубляться, образуя довольно глубокую язву с грязно-серым некротическим налетом. Такая классическая картина во рту наблюдается далеко не всегда.

Большой практический интерес для венерологов, а также для врачей других специальностей представляют твердые шанкры экстрагенитальной локализации, частота которых в последние годы неуклонно возрастает. Локализация первичной сифиломы вне половых органов значительно затрудняет своевременную диагностику, что влечет за собой диагностические ошибки, позднее начало лече-

ния и эпидемиологическую опасность. По данным разных авторов, частота экстрагенитальных шанкров (на слизистой полости рта) колеблется от 2 до 10% и более, причем наиболее часто они локализуются в области рта и заднего прохода, чаще всего у лиц с нетрадиционной половой ориентацией [2].

Диагностические ошибки при экстрагенитальных шанкрах объясняются не только их необычной локализацией, но и особенностями клинической картины. Шанкр верхней губы представляется в виде язвы или эрозии, дно которой покрыто возвышающейся буровато-серой массивной коркой. Шанкры губ нередко имитируют импетигозную, травматическую или

герпетическую эрозию, а при выраженном инфильтрате – эпителиому [2]. Подчелюстные узлы обычно редко увеличены, болезненны.

В последние годы значительно участились случаи шанкров слизистой полости рта, анальной и перианальной области, в основном в результате гомосексуальных половых связей. У гомосексуальных пар или при беспорядочных половых связях весьма часто выявляется сочетание двух заболеваний – сифилиса и ВИЧ-инфекции. Причем о том, что больной имеет, кроме сифилиса, еще и ВИЧ-положительную кровь, он часто узнает уже при обследовании в венерологическом отделении больницы.

Бывают случаи, когда гомосексуалисты заболевают сифилисом по 2–3 раза, плохо лечатся, не выполняют указаний врача после выписки из стационара и прекрасно знают о том, что у них ВИЧ-положительная кровь уже в течение 5–7 лет. Обычно эти лица стоят на учете в центре по борьбе со СПИДом, где за ними наблюдают до наступления периода с проявлениями заболевания (собственно СПИДа).

Понимание естественной истории ВИЧ-инфекции имеет существенное значение не только для прогнозирования дальнейшего хода болезни, но также и для разработки и оценки мер, направленных на предупреждение ВИЧ-инфекции и СПИДа и лечение больных [3].

Период между заражением ВИЧ и появлением симптомов СПИДа составляет от 6 мес до 7 лет и более. Этот продолжительный период бессимптомной инфекции, во время которого инфицированный человек может заразить других, затрудняет борьбу с распространением вируса [4].

Первоначально предполагалось, что только у небольшой части (5–10%) зараженных людей рано или поздно разовьется СПИД. Однако имеется все больше данных, что в течение 5–10 лет после инфицирования СПИД может развиться у 25–50% зараженных [3, 4].

В венерическом отделении (ВО) ГБУЗ Городская клиническая больница №14 им. В.Г.Короленко Департамента здравоохранения г. Москвы мы наблюдали молодого человека, госпитализированного со вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек и имевшего ВИЧ-инфекцию, впервые выявленную в стационаре.

Клиническое наблюдение

Больной Ю. (медицинская карта №60358/13-2) 27 лет поступил в феврале 2013 г. в ВО ГБУЗ ГКБ №14 им. В.Г.Короленко ДЗМ с диагнозом «сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек».

Болен в течение 1 мес, когда заметил увеличение подчелюстных лимфатических узлов, болезненность при глотании. На нижней губе слева появилась эрозия, которая быстро покрылась корками (рис. 1). Лечение местными средствами – без эффекта. Два дня назад появилась сыпь на коже живота. Обратился в кожно-венерологический диспансер. Реакция микропреципитации (РМП) 4+ (титр 1:8). Направлен на лечение в ВО.

В детстве перенес детские инфекции, пневмонию, эрозивный гастрит. В январе 2013 г. выезжал на отдых в Италию. Не женат. Имеет постоянного полового партнера. Последняя половая связь в декабре 2012 г. При обследовании в ВО кровь на ВИЧ положительная. Не пьет. Не курит. Работает продавцом. Артериальное давление – 120/70 мм рт. ст.

Исследование антител к вирусным гепатитам: поверхностный антиген вируса гепатита В – HbSAg не обнаружен, антитела к антигенам вируса гепатита С – анти-HCV не обнаружены. Иммуноглобулины (Ig) сыворотки крови классов А и G к *Chlamydia trachomatis* методом иммуноферментного анализа (ИФА): IgA – ИФА отрицательный, IgG – ИФА положительный (титр 1:80). Хламидии обнаружены методом прямой иммунофлюоресценции. Тест на реакцию пассивной агглютинации – 4+ (полуколичественный метод 1:1280). РМП – 4+ (количество 1:2). Клинический анализ крови: эритроциты – 3,9; гемоглобин (Hb) – 154; лейкоциты – 3,9; палочкоядерные нейтрофилы – 2; сегмент – 20; эозинофилы – 1; базофилы – 1; лимфоциты – 60; моноциты – 16; скорость оседания эритроцитов – 23.

Биохимический анализ крови: холестерин – 3,7; общий белок – 99; альбумины – 50; триглицериды – 0,9; мочевая кислота – 169; α-амилаза – 73; креатинин – 109; глюкоза – 5,2; аспартатаминотрансфераза – 40; аланинаминотрансфераза – 31; общий билирубин – 13,0.

В момент поступления в стационар ВО при осмотре на коже передней брюшной стенки имеется единичная папулезная сыпь. На красной кайме нижней губы



Рис. 1. Твердый шанкр нижней губы.



Рис. 2. Твердый шанкр через 2 нед после лечения.

слева – язва до 3 см в диаметре, на поверхности которой массивные корки желтоватого и темно-коричневого цвета. По периферии элемента, покрытого корками, красная кайма губ не изменена. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до круглой горошины, безболезненны, не спаяны с кожей.

Диагноз: сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек. ВИЧ-инфекция. Хламидийная инфекция.

Проведено лечение: пенициллин внутримышечно 1 млн ЕД через 4 ч в течение 19 дней; доксициклин 0,1×2 раза в день 10 дней.

Корковый твердый шанкр на нижней губе практически рассосался, корки исчезли, сохраняется небольшая эрозия с мелкую горошину в стадии эпителизации (рис. 2).

После проведенного курсового лечения антибиотиками согласно принятым схемам (пенициллин внутримышечно) больной выписан под наблюдение кожно-венерологического диспансера и центра по борьбе со СПИДом, куда он направлен для постановки на учет.

Литература

1. Пашков Б.М., Стоянов Б.Г., Машиквейсон А.Л. Поражения слизистой оболочки рта и губ при некоторых дерматозах и сифилисе. 1970.
2. Шапошников О.К. Венерические болезни. Медицина. 1991; с.47–50.
3. Голохвастова Е.Л. Клиника и лечение ВИЧ-инфекции. Инфекционные болезни. 2011.
4. Покровский В.В. ВИЧ/СПИД в России: ситуация и прогноз. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2008; 3: 4–7.