

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ



чения рана зажила первичным натяжением. В связи с отъездом больной осмотрен повторно 15.12.2017 г. Половой член без каких-либо внешних изменений. Пациент жи-

вет регулярной половой жизнью. В связи с некоторым ослаблением эрекции рекомендовано ее усиление при помощи приема препарата «Импаза».

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 616.5-006.52-006.6

**Уфимцева М.А.** ([mail-m@mail.ru](mailto:mail-m@mail.ru))<sup>1</sup>, **Бочкарев Ю.М.** ([bochkarev.ju.m@gmail.com](mailto:bochkarev.ju.m@gmail.com))<sup>1</sup>, **Гагиев В.В.**<sup>2</sup>, **Никулин И.П.**<sup>2</sup>, **Ворожейкина И.Н.**<sup>2</sup>, **Гурковская Е.П.**<sup>1</sup> – Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона.

<sup>1</sup>Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург; <sup>2</sup>5-й Военный клинический госпиталь национальной гвардии России, г. Екатеринбург

*Приведен случай из практики лечения карциноидного папилломатоза кожи Готтрона, который рассматривается как осложнение хронических дерматозов, характеризующееся гиперплазией эпидермиса на фоне сосудистых нарушений нижних конечностей и лимфостаза. Отмечен приоритет профилактики данного заболевания, включающий своевременное лечение больных хроническими дерматозами, диспансерное наблюдение, а также своевременную терапию сосудистой патологии у смежных специалистов.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* карциноидный папилломатоз кожи Готтрона, осложнения хронических дерматозов.

*Ufimtseva M.A., Bochkarev Yu.M., Gagiev V.V., Nikulin I.P., Vorozheikina I.N., Gurkovskaya E.P. – Gotrone skin carcinoid papillomatosis. A case from the practice of treatment of Gotrone skin carcinoid papillomatosis presented, which is considered as a complication of chronic dermatoses characterized by epidermal hyperplasia on the background of vascular disorders of the lower extremities and lymphostasis. The priority of the prevention of this disease was noted, including timely treatment of patients with chronic dermatoses, dispensary observation, as well as timely treatment of vascular pathology in related specialists.*

*К е у в о р д s:* Gotrone skin carcinoid papillomatosis, complications of chronic dermatoses.

Атипичные разрастания эпителия, свойственные хроническим заболеваниям, таким как хроническая язвенная или вегетирующая пиодермия, бородавчатые формы туберкулеза, нейродермит, веррукозный красный плоский лишай, лимфедема, имеют ряд общих клинических и патогистологических черт, дающих повод для ошибочного диагноза. Больные с данными заболеваниями могут обращаться к терапевтам, врачам общей практики, хирургам, дерматовенерологам. Среди заболеваний, характерной морфологической особенностью которых является гиперплазия эпидермиса, следует выделить группу псевдоканцероматозов и в их числе карциноидный папилломатоз кожи Готтрона (болезнь Готтрона).

Для клинической картины дерматоза характерны следующие признаки: симметричное расположение высыпаний; локализация их на нижних конечностях, длительное существование очагов поражения (в течение десятилетий), отсутствие некроза и обширных язвенных изменений; отсутствие метастазов.

Дифференциальный диагноз проводят со следующими заболеваниями: спиноцеллюлярной эпителиомой, хронической вегетирующей пиодермией, пиодермией Azua,

бородавчатым туберкулезом кожи, хромомикозом.

Учитывая сравнительную редкость дерматоза и недостаточное знакомство практических врачей с вопросами его дифференциальной диагностики, приводим клиническое наблюдение.

Больной С., 55 лет, поступил в дерматовенерологическое отделение ФКУЗ «5 Военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России» с жалобами на повышение температуры тела до 38 °С, слабость, зуд, мокнутие, отечность и гиперемии кожи голеней.

Болен около 10 лет, когда впервые появились мокнущие высыпания на коже голеней. Лечился многократно амбулаторно и стационарно с диагнозами: микробная экзема, хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия. Со слов больного, два года назад заметил появление коричневатых «наростов» на коже голеней, постепенно распространившихся на кожу в области голеностопных суставов, тыла стоп.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, ИБС, ожирение.

Местный статус при поступлении: на фоне вторичной лимфедемы и застойно-синюшной окраски голеней имеются грубые, значительно инфильтрированные серо-ко-



ричевые корки, очаги мокнутия, преимущественно по задней поверхности голеней. На передней поверхности голеней выраженные гиперкератотические наслоения, крипты, из которых при надавливании выделяется сливкообразный гной с неприятным запахом. Значительно выражен подошвенный гиперкератоз. Ногтевые пластинки стоп утолщены, тусклые, желто-бурой окраски, с подногтевым гиперкератозом.

Лабораторное обследование. Общий анализ крови: эритроциты  $4,66 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 137 г/л, лейкоциты  $10,4 \times 10^9/л$ , нейтрофилы 68,6%, лимфоциты 25%, моноциты 5%, эозинофилы 1%, базофилы 0,4%, тромбоциты  $232 \times 10^9/л$ , СОЭ – 20 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, билирубин общий 14,2 мкмоль/л, глюкоза – 7,2 ммоль/л, холестерин 5,4 ммоль/л, АлАТ 27,3 МЕ/л, АсАТ 17,5 МЕ/л, щелочная фосфатаза 73 МЕ/л, амилаза 21,3 МЕ. Микробиологическое исследование гнойного отделяемого: обильный рост *Staphylococcus aureus* ( $10^9$ ), чувствителен к оксацилину, ампициллину, цефтриаксону. Исследования сыворотки крови на антитела к *HIV 1*, *HIV 2*, *HbSAg*, *IgG* к *Hepatitis C virus* – отрицательные. При проведении микроскопического исследования пораженных ногтевых пластин, соскоба чешуек с очагов на стопах выявлены нити мицелия, при культуральном исследовании обнаружен *Trichophyton rubrum*.

Гистологическое исследование: в эпидермисе причудливый акантоз за счет инвазивного погружения в дерму переплетающихся эпителиальных отростков и частично отшнурованных эпителиальных пластов. Гиперкератоз и роговые пробки. Зернистый слой умеренно выражен с обычной зернистостью. Шиповатый слой разросшийся, без признаков атипии. Граница базального слоя всюду четкая. Дерма отечная с признаками хронического воспаления в виде периваскулярной инфильтрации из лимфогистиоцитарных клеток с наличием единичных нейтрофилов.

© Д.В.ГЕРАСИМОВ, 2018  
УДК 612.391.014.481

**Герасимов Д.В. (degerasimov@yandex.ru)** – Изменение пищевого поведения и прибавки массы тела экспериментальных животных при инкорпорации обедненного урана.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

*Исследовано пищевое поведение и динамика прибавки массы тела экспериментальных животных (крыс) после однократного перорального поступления водного раствора смешанного оксида обедненного урана. В течение 190 сут наблюдения отмечено временное усиление пищевого поведения грызунов при снижении прибавки массы тела, что обусловлено токсическим воздействием на желудочно-кишечный тракт и нарушением всасывания питательных веществ.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* обедненный уран, инкорпорация, пищевое поведение животных.

Клинический диагноз: Микробная экзема голеней. Вторичная лимфедема голеней 3-й степени. Микоз стоп, онихомироз. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона.

Больной, кроме терапии по поводу сопутствующих заболеваний, получал Ceftriaxoni по 1 г внутримышечно в течение 10 дней, tab. Hypothiazidi по 25 мг 1 раз в день в течение 5 дней, tab. Pentoxiphyllini по 100 мг 3 раза в день в течение 30 дней, caps. Itraconazoli по 200 мг 1 раз в день в течение 30 дней; наружно – ung. Acidi salicylici 5% на корки под повязку, примочки sol. Kalii permanganatis (1:1000), ung. Betamethasone + Gentamicin + Clotrimazole) на высыпания 2 раза в день. На стопы: cream Terbinafine 1%, кератолитический пластырь на ногтевые пластинки. На фоне лечения островоспалительные явления уменьшились. Сохранялась застойно-синюшная окраска кожи голеней и инфильтрированные складки. Больному рекомендовано проведение близкофокусной рентгенотерапии или химиотерапии.

В описанном нами случае развитию заболевания предшествовал хронический дерматоз, длительный лимфостаз и нарушение кровообращения в области нижних конечностей. Наблюдалась типичная клиническая картина и морфологические изменения. На наш взгляд, болезнь Готтрона встречается чаще, чем диагностируется. По мнению большинства исследователей, терапия при болезни Готтрона выраженного успеха не дает. Приоритетным является профилактика предшествующего дерматоза, включающая своевременную диагностику и лечение хронических заболеваний кожи, активное диспансерное наблюдение больных. Кроме того, важным этапом профилактики болезни Готтрона будет повышение ответственности в работе дерматовенерологов со смежными специалистами, осуществляющими лечение лимфедемы и сосудистой патологии нижних конечностей.