

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ШАМБЕРГА У РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

© *Налётов Андрей Васильевич, Масюта Дмитрий Иванович, Чалая Любовь Феликсовна, Лянник Виктория Александровна, Якимчук Наталья Викторовна, Мацынина Наталья Ивановна, Михеева Александра Александровна*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
83003, г. Донецк, пр. Ильича, д. 16. E-mail: nalyotov-a@mail.ru

Ключевые слова: болезнь Шамберга, атопический дерматит, дети.

Введение. Болезнь Шамберга-Майокки (БШ, гемосидероз кожи) — хроническое заболевание, связанное с поражением сосудистой стенки капилляров кожи, характеризующееся появлением на коже петехий, переходящих в коричнево-бурые пятна. Этиология и патогенез не известны. Предполагается, что повреждение капилляров имеет аутоиммунные механизмы и связано с отложением на их стенке циркулирующих иммунных комплексов. В результате этого увеличивается проницаемость стенки капилляров и происходят внутрикожные петехиальные кровоизлияния. Железо, содержащееся в вышедшем из сосудистого русла гемоглобине, преобразуется в гемосидерин, который и обуславливает специфический цвет пятен. Высыпания характеризуются симметричностью и разнообразием внешнего вида (на коже одновременно со старыми элементами, появляются новые петехии). БШ имеет доброкачественное течение, отсутствует нарушение общего самочувствия больного. Поражаются только капилляры кожи, нет кровоизлияний во внутренние органы. Патология преимущественно встречается у мужчин, крайне редко — у детей. Диагноз устанавливается на основании клинической картины и дерматоскопии области высыпаний: в сосочковой части дермы под микроскопом выявляют изменения капилляров (набухание внутреннего слоя стенки капилляра, булабовидные расширения по ходу сосудов, выявляют эритроциты, находящиеся за пределами сосудистого русла).

Проводя анализ современной литературы, мы обнаружили лишь единичные упоминания о данной патологии. БШ мало знакома врачам, ее чаще принимают за васкулит, проявление тромбоцитопении. Особый интерес представляет то, что БШ диагностирована у ребенка раннего возраста, страдающего атопическим дерматитом (АД).

Собственное клиническое наблюдение. Ребенок К. мужского пола, 8 месяцев, находился на лечении в КУ «ГДКБ № 1 г. Донецка». Пациент поступил в отделение по поводу высыпаний на коже лица, туловища, нижних конечностях. Заболевание началось со слов матери в возрасте 6-ти месяцев, когда появилась эритематозно-папулезная сыпь на коже лица (щеках), сухость кожных покровов, затем присоединилась петехиальная сыпь на коже нижних конечностей (голени, стопы, голеностопные суставы). Ребенок от II беременности (токсикоз I половины). Роды в срок 38 недель, нормальные. Масса тела при рождении 3600 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Первый прикорм — овощное пюре, введен в 6 месяцев, второй — гречневая молочная каша, введен в 7 месяцев.

При объективном осмотре на момент поступления: состояние средней степени тяжести. Ребенок правильного телосложения, повышенного питания (масса тела — 11,5 кг). Физическое развитие среднее дисгармоничное (избыток массы тела I степени). Длина тела — 72 см. В психомоторном развитии соответствует возрасту. Кожные покровы розовые. На коже щек, подмышечных и паховых складках, ягодицах эритематозно-папулезная сыпь, шелушение; на коже голеней, голеностопных суставов, стопах симметрично расположенные петехии, переходящие в геморрагические пятна неправильной формы до 0,5 см в диаметре. Цвет пятен: от свежих высыпаний красного цвета до желтовато-бурых. При надавливании не бледнеют, над поверхностью кожи не возвышаются. Видимые слизистые розовые, чистые. Над легкими ясный легочный звук, аускультативно — пузырьное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, умеренно вздут. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в 2 дня. Мочеиспускания свободные, безболезненные.

Результаты исследования. В общем анализе крови: анемия легкой степени (эритроциты — 3,4 Т/л, Hb — 107 г/л), лейкоциты — 4,9 Г/л, тромбоциты — 224 Г/л, СОЭ — 3 мм/ч.

В общем анализе мочи — норма.

Бохимический анализ крови: глюкоза — 4,6 ммоль/л, общий белок — 66 г/л, мочевины — 4,6 ммоль/л, креатинин — 72 мкмоль/л, билирубин общий — 9,2 мкмоль/л, прямой — 1,1 мкмоль/л, АЛТ — 30 Е/л, АСТ — 28 Е/л, амилаза — 28 Е/л, кальций — 2,25 ммоль/л, железо — 10,9 мкмоль/л, СРБ — отрицательный, ферритин —

Коагулограмма: протромбиновое время — 14 сек., АЧТВ — 32 сек., фибриноген — 3,1 г/л. Свертываемость крови по Ли-Уайту — 5 мин. 30 сек.; длительность кровотечения по Дьюку — 3 мин. 30 сек.

Исследование sIgE к альфа-лактоглобулину и к альфа-лактальбумину — низкий уровень, sIgE к казеину — средний уровень.

УЗИ органов брюшной полости — норма.

Дерматоскопия кожного лоскута: в сосочковом и ретикулярном слоях дермы обилие сосудов с признаками хронического продуктивного капиллярита.

Ребенку выставлен диагноз: АД распространенная форма, среднетяжелое течение, обострение. Пищевая аллергия (аллергия к белкам коровьего молока). БШ. Функциональный запор. Анемия легкой степени.

Пациенту назначена была диета на основе использования смесей с глубоким гидролизом белка. В отношении БШ была выбрана выжидательная тактика. Проявления АД регрессировали, количество геморрагических элементов также имело тенденцию к уменьшению.