УДК: 616.5-003.872-053.36-07

ВРОЖДЕННЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ВЕРРУКОЗНЫЙ ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ НЕВУС: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ У РЕБЁНКА 10 МЕСЯЦЕВ

А.Б. РАХМАТОВ[1], Х.И. НАСИМОВ[1], Ш.Ш. ХОНХОДЖАЕВ[1], К.Р. ШЕРМАТОВА[1]

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

https://doi.org/10.5281/zenodo.21358128

АННОТАЦИЯ

Веррукозный невус — врождённый доброкачественный эпидермальный гамартомный дерматоз, характеризующийся локализованным разрастанием кератиноцитов с формированием гиперкератотических папул и бляшек, располагающихся линейно по линиям Блашко. Заболевание обычно проявляется в раннем детском возрасте и может прогрессировать по мере роста ребёнка. Представлен клинический случай у мальчика 10 месяцев с диагнозом, подтверждённым клиническими и гистологическими данными биоптата кожи. Описаны типичные клинические признаки — линейное расположение высыпаний, бородавчатая поверхность очагов, односторонняя локализация на коже туловища и конечностей, — а также результаты дерматоскопического и гистологического обследования и исходы местной кератолитической терапии. Случай подчёркивает важность дифференциальной диагностики веррукозного невуса с другими гиперкератотическими и воспалительными дерматозами детского возраста и необходимость длительного наблюдения у дерматолога.

Ключевые слова: *веррукозный невус, эпидермальный невус, линии Блашко, детский возраст, гиперкератотический дерматоз.*

АННОТАЦИЯ

Веррукоз невус — туғма яхши сифатли эпидермал гамартомали дерматоз бўлиб, кератиноцитларнинг маҳаллий кўпайиши ва гиперкератотик папула ҳамда бляшкалар ҳосил бўлиши билан тавсифланади; улар Блашко чизиқлари бўйлаб чизиқсимон жойлашади. Касаллик одатда эрта болалик даврида намоён бўлади ва бола ўсиши билан прогрессия қилиши мумкин. Мақолада клиник ва тери биопсияси гистологик текшируви маълумотлари билан тасдиқланган ташхисга эга 10 ойлик ўғил бола клиник ҳолати тақдим этилган. Касалликнинг типик клиник белгилари — тошмаларнинг чизиқсимон жойлашуви, ўчоқлар юзасининг сўгалсимон кўриниши, танада ва қўл-оёқ терисида бир томонлама локализацияси — шунингдек дерматоскопик ва гистологик текширув натижалари ҳамда маҳаллий кератолитик терапия самараси баён этилган. Ушбу ҳолат веррукоз невусни болалар ёшида учрайдиган бошқа гиперкератотик ва яллиғланишли дерматозлардан дифференциал ташхис қилиш муҳимлигини ҳамда дерматолог назоратида узоқ муддат кузатув зарурлигини таъкидлайди.

Калит сўзлар: *веррукоз невус, эпидермал невус, Блашко чизиқлари, болалар ёши, гиперкератотик дерматоз.*

ABSTRACT

Verrucous nevus is a congenital benign epidermal hamartomatous dermatosis characterized by localized proliferation of keratinocytes with the formation of hyperkeratotic papules and plaques arranged linearly along the lines of Blaschko. The disease usually manifests in early childhood and may progress as the child grows. We present a clinical case of a 10-month-old boy with a diagnosis confirmed by clinical findings and histological examination of a skin biopsy specimen. Typical clinical features are described, including the linear distribution of lesions, the verrucous surface of the plaques, and unilateral localization on the skin of the trunk and extremities, as well as the results of dermoscopic and histological examinations and the outcomes of topical keratolytic therapy. The case highlights the importance of differential diagnosis of verrucous nevus with other hyperkeratotic and inflammatory dermatoses of childhood and the need for long-term dermatological follow-up.

Key words: *verrucous nevus, epidermal nevus, lines of Blaschko, childhood, hyperkeratotic dermatosis.*

Врожденный веррукозный невус (ВВН, verrucous epidermal nevus, VEN) — доброкачественный гамартоматозный порок развития кожи из кератиноцитов эпидермиса, возникающий вследствие постзиготических соматических мутаций и проявляющийся линейными гиперкератотическими папулами и бляшками, располагающимися преимущественно по линиям Блашко [1]. Заболевание относится к группе эпидермальных невусов и рассматривается как форма кожного мозаицизма [2]. Распространённость эпидермальных невусов составляет приблизительно 1–3 случая на 1000 новорождённых, при этом веррукозный вариант является одной из наиболее частых клинических форм [3].В большинстве случаев ВВН выявляется при рождении либо развивается в первые годы жизни. Около 80% очагов становятся заметными в течение первого года жизни [4]. Заболевание встречается одинаково часто у мальчиков и девочек. В основе патогенеза лежат соматические мутации генов FGFR3, PIK3CA, HRAS, KRAS и других сигнальных путей пролиферации кератиноцитов, формирующие феномен генетического мозаицизма [2, 5]. Вследствие этого возникает локальная гиперплазия эпидермиса с нарушением процессов ороговения и пролиферации клеток кожи.Клинически врождённый веррукозный невус представлен линейно расположенными гиперпигментированными или телесного цвета папулами, склонными к слиянию в бляшки с бородавчатой (веррукозной) поверхностью [4]. Высыпания располагаются односторонне, чаще на туловище и конечностях, следуя линиям Блашко; обычно не пересекают срединную линию тела [2]. С возрастом очаги становятся более плотными, темнеют и усиливают гиперкератоз, особенно в области крупных складок [4]. В большинстве случаев субъективные ощущения отсутствуют, однако при воспалительном линейном веррукозном эпидермальном невусе (ILVEN) возможны выраженный зуд, эритема и хроническое воспаление [1].

У части пациентов ВВН может сочетаться с поражением других органов и систем в рамках синдрома эпидермального невуса (epidermal nevus syndrome, ENS). Наиболее часто встречаются неврологические, офтальмологические и скелетные нарушения: эпилептические приступы, задержка психомоторного развития, деформации костей, аномалии зрения [1, 6]. Риск системных проявлений выше при распространённых и множественных поражениях кожи [7]. Диагностика основывается на характерной клинической картине и данных гистологического исследования. Гистологически выявляются акантоз, гиперкератоз, папилломатоз и удлинение эпидермальных выростов без признаков клеточной атипии [4]. При необходимости проводится дерматоскопия, позволяющая визуализировать бородавчатую структуру очага и участки гиперкератоза. При распространённых формах или подозрении на синдром эпидермального невуса рекомендованы консультации невролога, офтальмолога и проведение нейровизуализации [2].Дифференциальную диагностику проводят с вирусными

бородавками, линейным лишаем, себорейным невусом, воспалительным линейным веррукозным эпидермальным невусом, буллёзными формами ихтиоза, а также с гиперкератотическими формами псориаза и линейным порокератозом [4]. В отличие от вирусных бородавок, ВВН существует с рождения или раннего детства и имеет линейное распределение по линиям Блашко.

Лечение зависит от распространённости процесса, выраженности косметического дефекта и наличия симптомов. Консервативная терапия включает топические кератолитики, ретиноиды и глюкокортикостероиды (особенно при ILVEN), однако эффект часто ограничен [5]. Наиболее эффективными методами считаются хирургическое иссечение, CO_2-лазерная абляция, эрбиевый лазер, электрокоагуляция и криодеструкция [4]. После удаления возможны рецидивы вследствие сохранения мутантного клона клеток. Прогноз благоприятный; злокачественная трансформация наблюдается крайне редко [4, 5].



Рис 1.

Приводим собственное наблюдение.

Пациент К., 2025 г.р. (10 месяцев), житель г. Ташкента, доставлен матерью в консультативную поликлинику РСНПМЦДВиК МЗ РУз 12.04.2026. Жалобы со слов матери: зудящие высыпания на коже левой нижней конечности, ягодичной области и туловища, сопровождающиеся беспокойством ребёнка, нарушением сна и периодическим расчёсыванием очагов.

Anamnesis morbi. Со слов матери, ребёнок болен около 4 месяцев. Первые высыпания появились в возрасте 6 месяцев на коже левого бедра в виде ограниченных эритематозных шелушащихся папул, постепенно увеличивавшихся в размерах и распространявшихся линейно по наружной поверхности нижней конечности. В дальнейшем элементы стали более плотными, приобрели бородавчатый характер, усилился зуд. Самостоятельно применялись эмоленты и цинксодержащие кремы без выраженного эффекта. Обращались к дерматологу по месту жительства, где был установлен предварительный диагноз «атопический дерматит». В

связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии направлен в РСНПМЦДВиК МЗ РУз для уточнения диагноза и подбора терапии с предварительным диагнозом: «Линейный дерматоз неуточнённый. L30.9».

Anamnesis vitae. Ребёнок от первой беременности, протекавшей физиологически, срочных самостоятельных родов. Масса тела при рождении 3250 г, рост 51 см. Период новорождённости без особенностей. На грудном вскармливании. Нервно-психическое и физическое развитие соответствует возрасту. Перенесённые заболевания: эпизоды ОРВИ без осложнений. Профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю. Аллергологический анамнез не отягощён. Наследственных дерматологических заболеваний в семье не выявлено.

Эпидемиологический анамнез. Контакт с инфекционными больными отрицается. За пределы Республики Узбекистан ребёнок не выезжал. Новые лекарственные препараты в течение последних месяцев не принимал. Инфекционных заболеваний, хирургических вмешательств и гемотрансфузий не было.

Status praesens. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Ребёнок активен, во время осмотра беспокоен вследствие выраженного зуда. Телосложение нормостеническое, питание удовлетворительное. Кожа физиологической окраски, умеренно влажная. Подкожно-жировая клетчатка развита соответственно возрасту. Периферические лимфатические узлы не увеличены.Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Дыхание пуэрильное, проводится во всех отделах лёгких. Частота дыхания 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 110 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления без особенностей.



Рис 2.

Status localis. Кожно-патологический процесс носит ограниченно-распространённый, односторонний, воспалительный характер. Высыпания локализуются преимущественно на коже левой нижней конечности, латеральной поверхности бедра, ягодичной области и частично нижней части туловища, располагаясь линейно по ходу линий Блашко (Рис. 1, 2). Патологические морфологические элементы представлены множественными эритематозными гиперкератотическими папулами и бляшками с выраженной веррукозной поверхностью, склонными к слиянию. Очаги имеют неправильные фестончатые контуры, местами покрыты серовато-жёлтыми чешуйками и экскориациями вследствие расчёсов. Кожа в очагах инфильтрирована. Отмечается выраженный зуд. Симптом Никольского отрицательный. Слизистые оболочки не изменены. Волосы и ногтевые пластинки без патологических изменений. Дермографизм красный, нестойкий. отрицательный. Предварительный клинический диагноз: **Inflammatory Linear Verrucous Epidermal Nevus (ILVEN) — воспалительный линейный веррукозный эпидермальный невус. ICD-10: Q82.8.**

Диагностические данные:
Гистологическое исследование:

В биоптате кожи ноги определяется псориазиформная гиперплазия эпидермиса с акантозом и удлинением эпидермальных выростов. Роговой слой утолщён, с чередованием участков паракератоза и ортокератоза. Зернистый слой без особенностей. В шиповатом слое умеренный спонгиоз. Эпидермальные выросты удлинены, местами извитые. В дерме определяется умеренный периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат с содержанием эозинофилов, сосуды расширены. Придатки кожи не определяются.

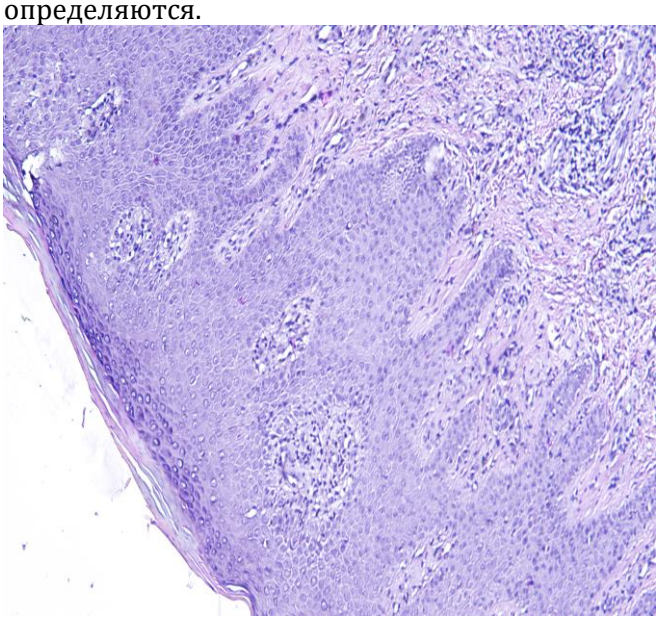


Рис 3. Гистологическое исследование

Заключение по диагнозу:

Подобная морфологическая картина более характерна для воспалительного линейного веррукозного эпидермального невуса (ILVEN)

Рекомендуемое лечение:

1. Местное лечение (медикаментозное)

Топические кортикостероиды: Гормональные мази или кремы

(например, препараты средней и сильной активности) помогают снять воспаление и уменьшить зуд.

Аналоги витамина D3: Мази, такие как *кальципотриол*, иногда используются в комбинации со стероидами.

Ретиноиды для наружного применения: Применение кремов с третиноином или тазаротеном может способствовать отшелушиванию ороговевших клеток.

Ингибиторы кальциневрина: Негормональные кремы (например, *такролимус* или *пимекролимус*) помогают контролировать воспалительные процессы на чувствительных участках кожи.

2. Радикальные и аппаратные методы (удаление)

Поскольку невус является врожденным пороком развития кожи, мази обычно дают лишь временный симптоматический эффект. Для избавления от бляшек применяются хирургические и деструктивные методы.

Лазерное удаление: (например, CO2-лазер) позволяет послойно выпаривать патологические ткани.

Криодеструкция: Прижигание жидким азотом.

Хирургическое иссечение: Классическое удаление тканей невуса скальпелем.

Фотодинамическая терапия: Применяется в некоторых случаях для подавления активности очага.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном клиническом случае характерное линейное расположение гиперкератотических веррукозных папул и бляшек по линиям Блашко, ранний дебют заболевания, выраженный зуд и хроническое течение позволили заподозрить воспалительный линейный веррукозный эпидермальный невус (ILVEN). Диагноз был подтверждён на основании клинической картины и данных гистологического исследования, выявившего акантоз, папилломатоз и выраженный гиперкератоз с хронической воспалительной инфильтрацией в верхних отделах дермы. Данный случай подчёркивает сложность дифференциальной диагностики ILVEN у детей раннего возраста, с другими вариантами эпидермальных невусов. Наличие стойкого зуда, резистентности к стандартной противовоспалительной терапии и типичного распределения очагов по линиям Блашко имеет важное диагностическое значение. Случай также демонстрирует необходимость длительного динамического наблюдения таких пациентов с участием дерматолога и педиатра, а при распространённых формах — привлечения невролога и офтальмолога для исключения синдрома эпидермального невуса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. StatPearls Publishing. Inflammatory Linear Verrucous Epidermal Nevus. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2023.
2. DermNet NZ. Inflammatory linear verrucous epidermal naevus. Auckland: DermNet New Zealand Trust. 2024.
3. Altman J., Mehregan A.H. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus: clinical and histopathologic review. Archives of Dermatology. 1971; 104(4): 385-389.
4. Gupta S., Malhotra A.K., Verma K.K. et al. ILVEN: A Rare and Challenging Dermatosis. Indian Dermatology Online Journal. 2016; 7(6): 482-485.
5. Medscape. Epidermal Nevus Clinical Presentation. Medscape Reference. 2024.
6. Medscape. Epidermal Nevus Syndrome. Medscape Reference. 2024.
7. Bolognia J., Schaffer J., Cerroni L. Epidermal Nevus Syndromes. StatPearls Publishing. 2023.
8. Okoro A.N., Oji C. Verrucous Epidermal Nevus: A Brief Review. Nigerian Journal of Dermatology. 2018; 9(2): 45-50.
9. Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrest B.A. et al. Epidermal Nevus. In: Fitzpatricks Dermatology in General Medicine. New York: McGraw-Hill Education. 2019.