

В.Є. Ткач<sup>1</sup>, А.П. Мотуляк<sup>1</sup>, М.С. Волошинович<sup>1</sup>, М.Ю. Курган<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

<sup>2</sup>Кіровоградський обласний шкірно-венерологічний диспансер

## Поєднання псоріазу з іншими дерматозами

Описано випадки поєднання псоріазу з іншими дерматозами і допущені діагностичні помилки.

### Ключові слова

Псоріаз, патогенез, поєднання, клінічні випадки, помилки в діагностиці.

Псоріаз — здавна відомий дерматоз. Як хворобу *suigeneris* з великої групи *psora* виділив у 1801 році Роберт Віллен (Willan), який вказав на визначальну роль у її розвитку спадковості. Псоріаз (псоріатична хвороба) зустрічається порівняно часто, рівень захворюваності у різних країнах коливається від 0,1 до 8 % [4, 6], у наших широтах цей показник становить 3 %. На псоріаз хворіють представники усіх рас і народностей будь-якого віку [1–3]. На відміну від багатьох незаразних дерматозів псоріаз часто реєструється у корінних мешканців півночі. Останніми роками кількість хворих помітно зростає. Псоріатична хвороба «помолодшала», виявляється в дітей грудного віку, описано окремі випадки псоріазу в новонароджених [4, 5]. Захворювання стало характеризуватися агресивністю, доволі часто реєструються тяжкі форми: псоріатична еритродермія, пустульозний та артропатичний псоріаз. Безсумнівно, окрім спадковості, у виникненні псоріазу важливу роль відіграють постійне психоемоційне навантаження, соціальна й економічна нестабільність, техногенне забруднення довкілля, спосіб життя [5–7].

Псоріатична хвороба, як правило, є монодерматозом. Описано поодинокі випадки поєднання псоріазу із синдромом Вернера (Ю.С. Бутов та ін., 1977), герпетиформним дерматитом Дюринга (В.Г. Коляденко, 1980), хворобою Рекленгаузена (Р.К. Ролініг, К.Р. Маніск, 1985), пемфігоїдом (А.Л. Машкелейсон та співавт., 1983, С.Н. Gratan, 1985, М.Н. Grunwald та співавт., 1985), вітиліго і пемфігоїдом (Ю.К. Скрипкін, 1989).

У нашій багаторічній практиці зареєстровано поєднання псоріазу і червоного плескатоного лишая (4 випадки), псоріазу і плоскоклітинного

раку шкіри (1 випадок), псоріазу і герпетиформного дерматозу Дюринга (2 випадки), псоріазу і вторинного сифілісу (5 випадків), псоріазу і вітиліго (4 випадки), псоріазу й atopічного дерматиту (3 випадки), псоріазу і системного червоного вовчака (1 випадок). Нижче наведено випадки рідкісного поєднання псоріазу з іншими дерматозами.

*Хворий К.*, 71 рік, мешканець села, хворіє на псоріаз понад 30 років, систематично лікувався амбулаторно, періодично в умовах стаціонару (рис. 1). Отримав традиційну загальну та місцеву терапію. Ефективним було ультрафіолетове опромінення, як штучне (кварц), так і природне (сонячне). Останніх 3–4 роки для комплексного лікування використовувалися фотосенсибілізатори — «Пувален» (метоксален) і «Псоберан» (псорален, бергаптен), фототерапія. Місцево призначали препарати нафталану, дьогтю. Звернувся для консультації у зв'язку з появою 2–3 міс постіль виростів на окремих псоріатичних бляшках, утворенням виразок, що не заживають. Без ефекту лікувався у дерматолога з приводу псоріазу та піодермії. Під час огляду на псоріатичних бляшках у ділянках спини (на двох) та живота (на одній) виявлено новоутворення щільної дерев'янистої консистенції, невеликі папілярні розростання. На одному з новоутворень виразка з нерівними дещо піднятими краями, дно вкрите геморагічною кіркою. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. В біоптаті з новоутворення — виражений поліморфізм, атипові клітини шипуватого шару, дисконфлексія і дискератоз окремих клітин, розростання епітеліальних тяжів. Встановлено діагноз: плоскоклітинний зроговілий рак, інфільтративно-вираз-



Рис. 1. Хворий К., 71 рік, поєднання псоріазу та плоскоклітинного раку

кова і папілярна форми I стадії, клінічна група III. Хворого було направлено для лікування в онкологічний диспансер, де діагноз підтверджено, пухлини видалено. Під час диспансерного спостереження протягом двох років рецидивів та нових утворень не виявлено.

*Хвора К.*, 2 роки, на змішаному вигодовуванні. У двомісячному віці з'явилися висипання у ділянці обличчя, на тілі. З анамнезу з'ясовано зловживання мамою в період вагітності та після пологів цитрусовими, кавою, шоколадом. Під час огляду: шкіра дитини суха, на щоках, підборідді, сідницях, розгинальних поверхнях верхніх кінцівок вогнища гіперемії з нечіткими межами, незначним набряком, дрібними везикулами, масивними серозними кірками, розчухами. За результатами імунологічного дослідження виявлено підвищений рівень IgE, підвищену експресію до маркера В-лімфоцитів CD 40 та чутливість до імунорегуляторного медіатора інтерлейкіну 2. Дитину проконсультовано в алерголога. Діагностовано atopічний дерматит у фазі дитячої екземи. Протягом двох років хвора перебувала під спостереженням алерголога та дерматолога,

періодично отримувала антигістамінні препарати, ентеросорбенти, гепатопротектори, ферменти, гіпоалергенні суміші. В гострий період захворювання короткочасно призначали системно детоксикаційні засоби, дексаметазон, зовні — нефторовані топічні кортикостероїди на гідрофільній основі, анілінові барвники, креми: «Елідел» (пімекролімус), «Топікрем» (піроктоноламін, кислота молочна), «Протопик» (такролімус), «Локобейз ріпеа» (холестерол, кислота олеїнова, кераміди, кислота пальмітинова). Хвороба перебігала торпідно, повні ремісії не наставали. У дворічному віці мама звернулася до алерголога зі скаргами на появу в дитини нехарактерних для atopічного дерматиту висипань. Висипання розцінили як генералізацію процесу, призначили глюкокортикостероїди краплинно та направили для консультації до дерматолога. Під час огляду на тлі сухої шкіри, ділянок ліхенізації та розчухів у ліктьових згинах і підколінних ямках, на шкірі тулуба верхніх і нижніх кінцівок помітні папульозні висипання рожево-червоного кольору розміром сочевиці, округлої форми, вкриті пухкими сріблясто-білими лусочками. На тильному боці кистей, підборідді — бляшки з чіткими межами. При пошкрябуванні папул простежується тріада характерних для псоріазу феноменів. Спадковий анамнез щодо псоріазу необтяжений. На підставі наведених даних встановлено діагноз: atopічний дерматит, поширений псоріаз, лентикулярно-бляшкоподібна форма, стаціонарна стадія, призначено відповідне лікування. Дитина перебуває під диспансерним спостереженням дерматолога та алерголога.

*Хворий М.*, 37 років, хворіє на псоріаз із 17 років, загострення спостерігається в осінньо-зимовий період (рис. 2 А, Б). Під час чергового стаціонарного лікування в районному диспансері у хворого з'явилися непсоріатичні висипання на тілі, кінцівках, які характеризувалися пекучістю та свербіжем. Пацієнта було направлено для консультації до обласного клінічного дерматологічного диспансеру з діагнозом: поширений псоріаз, бляшкоподібна форма, прогресуюча стадія, піодермія. Під час огляду на тлі гіперемованої шкіри і псоріатичних бляшок помітні поліморфні, згруповані міхурі та міхурці, розчухи, серозні та геморагічні кірки. Порожністі елементи стійкі, покришки напружені, вміст серозний. Симптом Нікольського негативний. За результатами цитологічного дослідження відбитків із дна міхурів клітин Тцанка не знайдено. В периферичній крові та вмісті міхурів — еозінофілія. Проба Ядасона (тест з 50 % мазью калію йодиду) виражено позитивна. У хворого діагностовано поширений псоріаз, бляшкоподібна фор-



Рис. 2. Хворий М., 37 років, поєднання псоріазу та герпетиформного дерматозу Дюринга (А, Б)

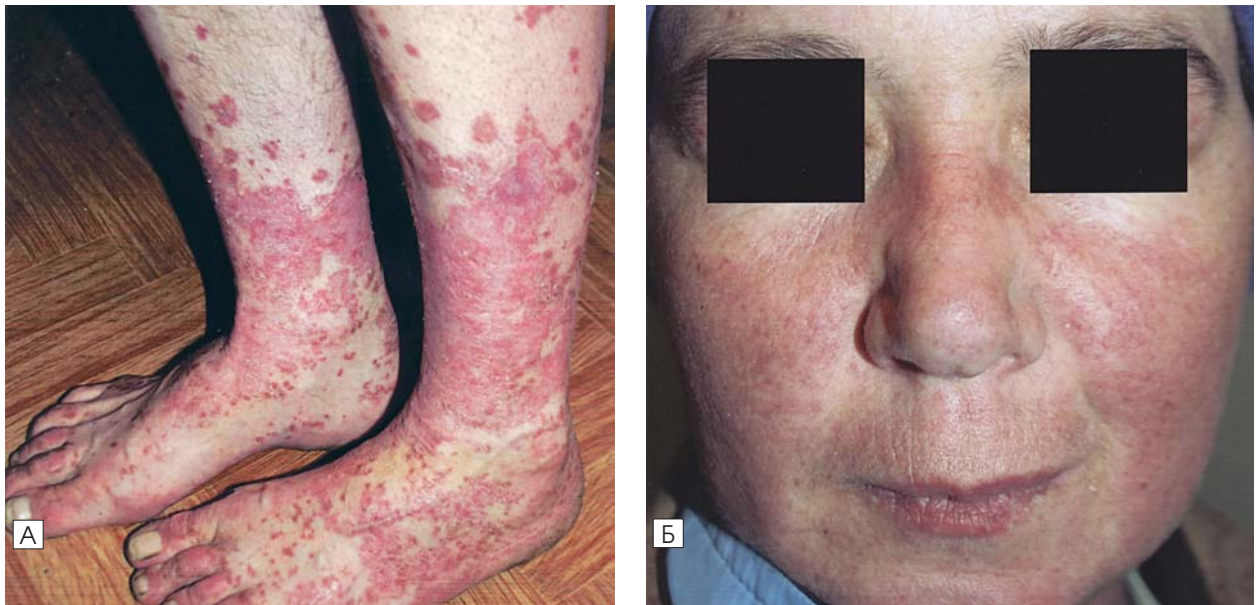


Рис. 3. Хвора М., 46 років, поєднання псоріазу та системного червоного вовчка (А, Б)

ма, прогресуюча стадія, і герпетиформний дерматоз Дюринга. Під час обстеження в пацієнта виявлено хронічний коліт.

Призначено короткий курс «Полькортолону» (тріамцінолон), дапсон, вітаміни В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub> і В<sub>12</sub>, антигістамінні препарати, сорбенти, гепатопротектори. На псоріатичні елементи накладалися мазі зі стероїдами, «Форкал» (кальцитріол), «Керасал», а на висипи герпетиформного дерматиту Дюринга — фулорцин, стероїдні мазі, креми, аерозолі. Протягом трьох тижнів герпетиформні елементи регресували, псоріатичні — в регресивній стадії.

Хвора М., 46 років, на псоріаз хворіє з 10 років. Хворобу успадкувала від батька. Ремісії

тривали по 2–3 роки, покращення стану наставало влітку. В разі загострення хвороби отримувала загальноприйнятту терапію: вітаміни групи В, вітаміни А, Е, антигістамінні, заспокійливі препарати, борну, саліцилову мазі, карталін, мазі та креми зі стероїдами, УФО, сонячні ванни. Чотири роки поспіль у липні з'являлися висипання на обличчі, стопах, кистях, грудній клітці, біль у суглобах, субфебрильна температура, загальна слабкість (рис. 3 А, Б). Дерматолог розцінив ці висипання як генералізацію псоріазу, а біль у суглобах — як псоріатичну артропатію. Понадмісячний курс лікування помітного ефекту не дав, навпаки, стан хворої погіршився. Пацієнтку направлено для консультації до клі-

нічного дерматовенерологічного диспансеру. Під час огляду загальний стан хворої оцінено як середньої тяжкості, постійна субфебрильна температура. На шкірі водночас з типовими псоріатичними висипами — еритематозні та петехіальні елементи на обличчі, відкритих ділянках тіла (шия, передпліччя, гомілки, пальці верхніх і нижніх кінцівок) (див. рис. 3 А). На цих елементах псоріатична тріада не простежується. Позитивний симптом метелика (див. рис. 3 Б). Хвору обстежено, в периферичній крові — виражена лейко- і лімфопенія, анемія, високий показник ШОЕ. В сечі — білок, циліндри, вилужені еритроцити. Креатинін — 400 ммоль/л, сечовина — 15,7 ммоль/л, С-реактивний білок — ++. Загальний білок — 60 г/л, альбумін — 30 г/л, глобуліни — 42 г/л. Виявлено ЛЕ-клітини, титр антинуклеарного фактора — 1 : 64. На ЕКГ — явища міокардиту. Встановлено діагноз: поширений псоріаз, прогресуюча стадія, бляшкоподібна форма,

системний червоний вовчак. Пацієнтку направлено на стаціонарне лікування в ревматологічне відділення обласної клінічної лікарні, де діагноз системного червоного вовчака підтверджено. Після тривалого стаціонарного лікування явища псоріазу стихли, системний червоний вовчак набув хронічного перебігу. Хвора постійно отримує підтримувальні дози глюкокортикоїдів, загальноозміцнювальну терапію, зволожувальні креми, мазі місцево. Перебуває під спостереженням ревматолога і дерматолога.

### Висновки

Отже, псоріаз є складною і недостатньо вивченою в патогенетичному плані хворобою шкіри, так як інші системні дерматози. Очевидно, що системні дерматози мають подібні патогенетичні механізми і як наслідок можуть поєднуватися. Поєднані дерматози часто є причиною діагностичних помилок практичних лікарів.

### Список літератури

1. Адашкевич В.П., Козина Ю.В. Особенности нарушенной системы гемостаза при различном характере течения распространенного обыкновенного псориаза // Вестн. Витебс. гос. мед. университета.— 2010.— Т. 9, № 3.— С. 105–113.
2. Беляев Г.М., Огурцова А.Н. К вопросу трактовки результатов иммунологических исследований при псориазе // Дерматол. та венерол.— 2005.— № 2.— С. 23–27.
3. Беляев Г.М., Рыжко П.Л. Псориаз, псориатическая артропатия.— МЕДпресс-нформ, 2004.— 36 с.
4. Дудченко М.О., Артеменко А.Ф. Псориаз, або лускатий
5. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Николас Дж.Ф. и др. Иммунные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии // Вестн. дерматол. и венерол.— 2010.— № 1.— С. 35–43.
6. Сизон О.О., Степаненко В.І. Артродпатичний псоріаз: обґрунтування раціональних методів лікування та профілактики. Ч. 1 // Укр. журн. дерматол. та венерол. косметол.— 2011.— № 1.— С. 7–24.
7. Farley E., Ryan C., Menter A. Psoriasis: comorbidities and associations // Actas Dermosifiliogr.— 2012.— N 103 (1).— P. 1–64.

В.Е. Ткач<sup>1</sup>, А.П. Мотуляк<sup>1</sup>, М.С. Волошинович<sup>1</sup>, М.Ю. Курган<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

<sup>2</sup>Кировоградский областной кожно-венерологический диспансер

## Сочетание псориаза с другими дерматозами

Описаны случаи сочетания псориаза с другими дерматозами и допущенные диагностические ошибки.

**Ключевые слова:** псориаз, патогенез, сочетание, клинические случаи, ошибки в диагностике.

V.E. Tkach<sup>1</sup>, A.P. Motulyak<sup>1</sup>, M.S. Voloshynovych<sup>1</sup>, M.Yu. Kurgan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»

<sup>2</sup>Kirovohrad Regional Dermatovenereologic Dispensary

## Combination of psoriasis with other dermatoses

Cases of combination of psoriasis with other dermatoses and diagnostic mistakes were described.

**Key words:** psoriasis, pathogenesis, combination, clinical cases, errors in diagnosis.

### Дані про авторів:

**Ткач Василь Євтихійович**, засл. лікар України, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. Тел. (034) 222-32-27

**Мотуляк Андрій Памфілович**, д. мед. н., проф. кафедри гістології та ембріології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

**Волошинович Мар'ян Стефанович**, асист. кафедри дерматології та венерології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

**Курган Мар'яна Юрївна**, гол. лікар Кіровоградського шкірно-венерологічного диспансеру