

В.Є. Ткач¹, М.С. Волошинович¹, І.І. Кузенко², А.Д. Мухамад¹

¹ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

²КЗ «Івано-Франківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер»

Псоріаз: рідкісна клінічна форма і діагностичні помилки

Описано рідкісну форму псоріазу — рупіодний псоріаз, наведено діагностичні помилки.

Ключові слова

Псоріаз, рідкісні клінічні форми, діагностичні помилки.

Псоріаз є однією із поширених хвороб шкіри. Його частота в різних країнах коливається від 0,1 до 5 %, а серед хворих зі шкірною патологією — 0,4–8 % [1, 2, 6, 7]. За останні десятиліття спостерігаються помітне зростання і помолодшання його, збільшення кількості тяжких та інвалідизуючих форм [3–5, 8].

Псоріаз є генетично детермінованою аутоімунною хронічно рецидивуючою полісистемною хворобою. Запалення при псоріазі — складний багатокомпонентний процес, у якому беруть участь імунні, біохімічні, гормональні та клітинні механізми, які взаємозалежні і взаємозв'язані [1–3, 8]. А у кожної людини ці механізми індивідуальні. Ось тому серед практичних лікарів-дерматовенерологів побутує справедлива думка: «У кожного хворого свій псоріаз». Складність патогенезу та полісистемність дають підстави трактувати його як «псоріатичну хворобу».

Існує понад 15 клінічних форм. Деякі (краплеподібний, лентикулярний, нумулярний, бляшкоподібний, себорейний, артропатичний) зустрічаються часто, інші (псоріатична еритродермія, псоріаз долонь, підошов, нігтів, фолікулярний, пустульозний, бородавчатий, рупіодний) є рідкісними формами. Останні клінічні різновиди часто діагностують несвоєчасно, припускаються діагностичних помилок. Наводимо два випадки рідкісної форми псоріатичної хвороби — рупіодного (устрицеподібного) псоріазу.

Хворий Ф., 68 років, мешканець міста, пенсіонер, захворів у червні 2015 р., коли помітив зміну нігтьової пластини та набряк нігтьового валика великого пальця правої стопи. Звернувся

до хірурга. Хірург видалив нігтьову пластину і призначив гентаміцин внутрішньом'язово, по'язки з розчином етакридину лактату. Після двотижневого курсу лікування стан хворого не поліпшився, а навпаки, нігтьовий валик потовщав, а нігтьове ложе покритлося дрібними вузликами й сіро-жовтими кірками. Кінцеві міжфалангові з'єднання на великому і другому пальцях потовщені, набряклі, шкіра над ними гіперемійована (рис. 1), рухи обмежені, болючі, біль посилюється під час пальпації. З'явилася висипка на обох передпліччях (рис. 2), тулубі й животі. Висипка має вигляд бляшок округлої форми різних розмірів, укритих жовто-сірою пошаровою кіркою. Краї бляшок припідняті, малинового кольору. Луски-кірки щільно прилягають до поверхні бляшки, мають конусоподібну форму, одні подібні до устриць, інші до індійської старовинної монети рупії. Хворий звернувся за місцем проживання до дерматолога, який оглянув його і встановив діагноз хронічної піодермії. Призначено валеріану на ніч, «БІОН-3» по 1 табл. на день, на ділянку висипки «Фукоцин» 2 рази на добу, «Пімафукоорт» та «Целестодерм» із гараміцином. Після безуспішного лікування протягом 3 тиж хворий звернувся в Івано-Франківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер і був госпіталізований. Загальний аналіз крові й сечі без відхилень, рівень глюкози в крові 4,8 ммоль/л, RW — негативна. Рівень загального протеїну — 16,5 г/л, холестерину — 4,78 ммоль/л, загального білірубіну — 8,6 мкмоль/л, прямого білірубіну — 4,6 мкмоль/л, креатиніну — 67,0 мкмоль/л, сечо-



Рис. 1. Псоріатичне ураження нігтьової пластинки (хворий Ф., 68 років)

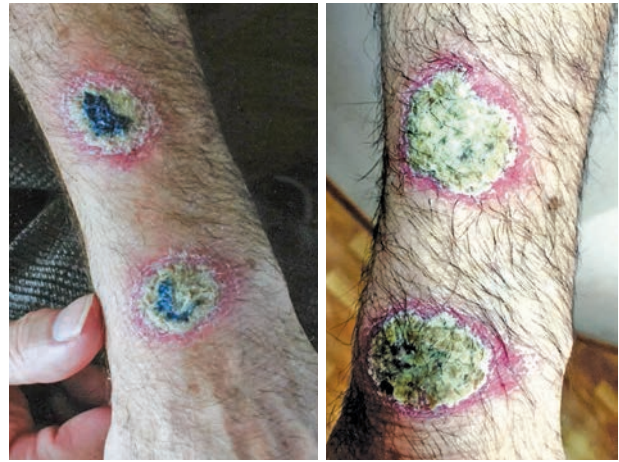


Рис. 2. Рупіюїдні бляшки на передпліччях (хворий Ф., 68 років)



Рис. 3. Рупіюїдна бляшка на правій грудній залозі (хвора М., 37 років)



вини — 6,2 ммоль/л, сечової кислоти — 212 ммоль/л, АСТ — 12,3 од/л, АЛТ — 12,2 од/л, амілази — 38,2 од/л, серомукоїду — 7,16 од., С-реактивного протеїну — 12 мг/л, титр-О-АСЛ — 200,0. УЗД органів черевної порожнини: ознаки холецистохолангіту. Рентгенограма органів грудної клітки в межах вікової норми. ЕКГ — ознаки аортокардіосклерозу. АТ — 140/100 мм рт. ст. Рентгенографія міжфалангових з'єднань стоп: ознаки артрозу міжфалангових з'єднань правої стопи. Хворий проконсультований ревматологом, встановлено діагноз артриту міжфалангових з'єднань правої стопи. Під час огляду отоларинголог виявив хронічний ринофарингіт. Від біопсії пацієнт відмовився. Хворому консиллярно встановлено діагноз: поширений псоріаз, рупіюїдна форма, стаціонарна стадія, зимовий тип, псоріатична артропатія та оніхія. Псоріатичної тріади не визначено. Призначено лікування: «АЕвіт» по 1 капс. 3 рази на добу, «Нейровітан» по 1 табл. 3 рази на добу, ксантинолу нікотинат по 2 мл внутрішньом'язово раз на добу, «Депакін» по

половині табл. уранці, «Еглоніл» по 1 табл. 2 рази на добу, «Левана» по 0,01 на ніч. На бляшки — 5 % саліцилову мазь, «Бетасалік», після зняття кірок-лусок — «Кловейт», фототерапія, вітамін А в маслі 2 рази на добу, мазь «Пімафукорт» на слизову оболонку носа (призначення отоларинголога). Після зняття кірок-лусок на елементах під час гратажу викликалися феномени «термінальної плівки» та «кров'яної роси». Після 3 тиж комплексної терапії хворого виписано зі значним поліпшенням.

Хвора М., 37 років, мешкає в селі. Звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на появу виросту на внутрішній поверхні правої грудної залози. Хвороба розпочалася з невеликої плями рожевого кольору. Через тиждень у хворої на зовнішній поверхні залози з'явилося утворення. Сімейний лікар відправив хвору до онколога. Онколог, оглянувши хвору, запідозрив пухлину шкіри. Призначено біопсію. У біоптаті: акантоз із рівномірним видовженням дермальних сосочків, поширених до базального шару, зменшення товщи-

ни надсосочкової зони. Над остистим шаром немає чи стоншений зернистий шар, посилений паракератоз і масивний гіперкератоз. Атипових клітин не виявлено. Хвору скеровано до дерматолога, який поставив попередній діагноз: вторинний рецидивний сифіліс, сифілітична рупія (РМП слабо позитивна). Після майже місячного обстеження хвора звернулася на консультацію в нашу клініку. Під час огляду на правій грудній залозі дві бляшки округлої форми розміром 2 × 2 і 3 × 5 см, не болючі (рис. 3). Бляшки вкриті конусоподібною товстою щільною сіро-жовтого кольору луско-кіркою, яка не відокремлюється від шкіри навіть за помірних зусиль. Навколо луско-кірок незначний інфільтрат хронічно-запального характеру. В основі залози помітна округла пляма рожевого кольору 5 см у діаметрі, вкрита дрібними лусочками, при гратажі викликається псоріатична тріада. Під час комплексного обстеження патології інших органів і систем не виявлено. Загальний аналіз крові і сечі, біохімічні показники в межах норми. Ревмопроби негативні. С-реактивний протеїн +. Реакція Вассермана, ПЛР на бліду трепонему негативні. Виставлено діагноз: обмежений псоріаз, рупіодна форма, стаціонарна стадія, зимовий тип. Хворій призначено: «Еслівер» по 1 табл. 3 рази на добу після їди, «Байкаліс» по 1 капс. на ніч, «АЕвіт» по 1 капс. на добу 4 доби, потім по 1 капс. 2 рази на добу. На бляшки накладати під компрес 10 % саліцилову мазь до зняття лусок-кірок. Після очищення поверхні бляшок відкрилася блискуча поверхня — «термінальна плівка». При гратажі викликався феномен «кров'яної роси». Після 3 тиж лікування на місці бляшок залишилися гіпопигментовані плями.

Під час курації хворих лікарі припустилися діагностичних помилок, виставивши діагнози «Піодермія», «Пухлина шкіри», «Сифілітична рупія».

Хронічна піодермія. При хронічній піодермії елементи в основі не мають щільного інфільтрату,

кірка легко знімається, під нею волога червоного кольору, виразкова поверхня із синюватим відтінком, гній.

Сифілітична ектима. Вияв вторинного, частіше рецидивного сифілісу. Вона буває, як і у нашої хворої, поодинокі, асиметрична. В її основі є щільний інфільтрат. Важливими диференціально-діагностичними ознаками є інші вияви сифілісу, дані анамнезу та позитивні серологічні реакції.

Пухлини шкіри. Базальноклітинний чи плоскоклітинний рак формуються тривалий час. Їм зазвичай передують передракові стани, частіше — постійне травмування, кератоми, рубці, хронічні запальні процеси. В основі утвору пальпується дерев'яниста щільна тканина, часто під кіркою утворюється кровоточива неболюча виразка чи ерозія.

Важливим діагностичним тестом є патогістологічне дослідження. Для псоріазу характерні гістологічні зміни: паракератоз, виразний акантоз, подовження і поширення епідермальних виростів, зменшення товщини надсосочкових зон і внутрішньоклітинний набряк клітин мальпігєвої сітки, набряк і зміна форми дермальних сосочків, поширення капілярів на їхній верхівці. Ці зміни і зумовлюють псоріатичну тріаду.

Висновки

За останні десятиліття помітний патоморфоз хвороб людини, зокрема й хвороб шкіри. Дерматози стали перебігати атипово, почастишали інвалідизуючі та рідкісні клінічні форми, що сприяє несвоєчасній діагностиці та діагностичним помилкам. У зв'язку з цим найбільш вірогідним діагностичним тестом є патогістологічне дослідження. На нашу думку, потрібно лобювати на рівні МОЗ України відкриття при обласних дерматовенерологічних диспансерах спеціалізованих патогістологічних лабораторій, оснащених сучасною апаратурою та укомплектованих відповідними штатами.

Список літератури

1. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Николас Дж.Ф. и др. Иммуные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии // Вестн. дерматол. и венерол.— 2010.— № 1.— С. 35—43.
2. Рощенко Л.В., Федота А.М., Воронцов В.М. и др. Исследование генетической гетерогенности и клинического полиморфизма псориаза // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2015.— № 2.— С. 20—29.
3. Сизон О.О., Степаненко В.І. Контроль за розвитком та перебігом супутньої патології у хворих на артропатичний псоріаз // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2014.— № 2.— С. 13—24.
4. Степаненко Р.Л., Гичка С.Г. Новітні дані з пато- і морфогенезу псоріазу // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2014.— № 4.— С. 9—14.
5. Кутасевич Я.Ф. Современный взгляд на проблему псориаза // Дерматол. та венерол.— 2002.— № 2 (16).— С. 3—10.
6. Lowes M.A., Bowcock A.M., Krueger J.G. Pathogenesis and therapy of psoriasis // Nature.— 2011.— Vol. 451, N 8.— P. 866—873.
7. Salamon M., Omulecki A., Sysa-Jedrzejowska A. Psoriasis rupioides: a rare variant of a common disease // Cutis.— 2011.— Vol. 88 (3).— P. 135—137.
8. Truong B., Rich-Garg N., Ehst B.D. Demographics, clinical disease characteristics, and quality of life in a large cohort of psoriasis patients with and without psoriatic arthritis // Clin. Cosmet. Invest. Dermatol.— 2015, N 8.— P. 563—569.

В.Е. Ткач¹, М.С. Волошинович¹, И.И. Кузенко², А.Д. Мухамад¹

¹ ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

² КП «Ивано-Франковский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Псориаз: редкая клиническая форма и диагностические ошибки

Описано редкую форму псориаза — рупиоидный псориаз, продемонстрированы диагностические ошибки.

Ключевые слова: псориаз, редкая клиническая форма, диагностические ошибки.

V.E. Tkach¹, M.S. Voloshynovych¹, I.I. Kuzenko², A.D. Muhammad¹

¹ SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»

² CE «Ivano-Frankivsk Regional Skin and Venereal Dispensary»

Psoriasis: rare clinical form and diagnostic mistakes

A rare form of psoriasis — psoriasis rupioides — was described, typical diagnostic mistakes were demonstrated.

Key words: psoriasis, rare clinical form, diagnostic mistakes.

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

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

Кузенко Ірина Іллівна, зав. відділення КЗ «Івано-Франківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер»

Мухамад Ахмед Давуд, лікар-ординатор кафедри дерматології та венерології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»