

В.Є. Ткач, М.С. Волошинович, Р.Ф. Никифоруk, І.В. Король
Івано-Франківський національний медичний університет

Бородавчастий псоріаз: випадок із клінічної практики

Описано випадок рідкісної клінічної форми псоріазу — бородавчастого псоріазу. Продемонстровано діагностичні помилки, диференційну діагностику.

Ключові слова

Псоріаз, рідкісна форма, клініка, диференційна діагностика.

Псоріаз — один із поширених хронічних дерматозів, на який хворіє 1,5–5 % населення світу [1, 4]. В Україні нараховується понад 1 млн хворих на псоріаз [3]. Розмаїття клінічних виявів нерідко призводить до діагностичних помилок. За останні десятиліття спостерігаються стійкі зміни (патоморфоз) у клініці хвороб людини, зокрема псоріазу. Виникли атипові, почастишали рідкісні форми, що ще більше ускладнює діагностику.

Бородавчастий псоріаз (*psoriasis verrucosa*) належить до рідкісних клінічних форм. Ф.В. Гіче і Я.М. Мерін у 1929 р. зібрали у вітчизняній і зарубіжній літературі 10 випадків. Пізніше описувались поодинокі випадки в 1948, 1959, 1985 р. [2]. Бородавчастий і папіломатозний псоріаз є однією з тяжких форм і часто поєднується з артропатичним [3, 7]. Іноді він ускладнюється злоякісним переродженням у плоскоклітинний рак. В.М. Мордовцев [2] виділив дві форми: на тлі звичайного псоріазу і лінійний у комбінації з типовими псоріатичними елементами або без них. Причини не з'ясовані. Одні дослідники вважають, що причиною є зміна реактивності організму під впливом зовнішніх факторів [7], інші, як М.М. Кузнець (1948), пов'язують з тривалим переохолодженням, підвищеною вологістю. Більшість же схиляються до думки, що бородавчасті і папіломатозні розростання є результатом тривалого механічного травмування, нераціональної подразнюючої місцевої терапії (симптом Кебнера).

На нашу думку, поєднання всіх цих факторів спричиняє виникнення бородавчастих розростань на тлі псоріатичних елементів. Особливістю

перебігу бородавчастого і папіломатозного псоріазу є резистентність до лікування.

За 50 років дерматологічної практики ми діагностували бородавчастий псоріаз у двох випадках. В одному з них [5] бородавчасті розростання трансформувались у плоскоклітинний рак.

Наводимо інший випадок бородавчастого псоріазу. *Хворий К.*, 1965 р. н., звернувся до районного дерматолога з приводу появи бородавкоподібних висипань у ділянці лівої гомілки. Хворіє більше 2 років. Після безуспішного лікування вітамінами групи В, мазями з глюкокортикоїдами хворий направлений на консультацію в клініку з діагнозом вузлуватий свербіць.

З анамнезу хвороби відомо, що спочатку на лівій гомілці виникла пляма округлої форми, рожевого кольору, яка з часом збільшувалась у розмірах і покривалася сріблястою лускою. Висипання хворого не турбували. Хворий самостійно лікувався, змащуючи висип спиртовою настоянкою лілії, псилобальзамом. За характером своєї професійної діяльності йому доводиться перебувати в холодному приміщенні і гумових чоботах. Більше року поспіль на плямі з'явилися бородавки, кількість їх збільшувалась. Вони з'єднувались і розростались на передній поверхні гомілки. З анамнезу хвороби стало відомо, що під час служби у війську в хворого з'явилися подібні висипання на ліктях без бородавчастих розростань. Хворий звернувся в медсанчастину, де призначили таблетки і мазь (діагноз і назву ліків хворий не пригадує). Після лікування висипання зникли і більше не виникали. При огляді на передній поверхні лівої



Рис. 1. Бородавчастий псоріаз на передній поверхні лівої гомілки



Рис. 2. Бородавчастий псоріаз після застосування CO₂ хірургічного лазера

гомілки (рис. 1) видно бляшку розміром 10 × 4 см рожево-червоного кольору, покриту незначною кількістю луски. При гратажі викликається псоріатична тріада. На тлі бляшки помітні бородавчасті розростання сіруватого забарвлення, щільної консистенції, неболючі. Діагностовано псоріаз, стаціонарну стадію, бородавчасту форму. Хворий обстежений. У загальних та біо-

хімічних аналізах крові відхилень від норми не виявлено. Реакція Вассермана негативна. Реакція Манту негативна. Цукор крові 5,1 ммоль/л. Загальний аналіз сечі без патологічних змін.

Взято матеріал для патогістологічного дослідження. В біоптаті: паракератоз, виражений акантоз, різко подовжені епідермальні відрости, стоншення росткового шару. Над подовженими і набряклими дермальними сосочками відсутній зернистий шар. Наявні мікроабсцеси Мунро. В дермі підвищена васкуляризація, лімфогістоцитарна інфільтрація навколо судин.

Хворому призначено лікування: «Байкаліс» — 1 капсула на ніч, «Есслівер» — по 1 капсулі 3 рази на день після їди 1 міс, «АЕвіт» — 1 капсула 2 рази на день 1 міс. На псоріатичну бляшку — мазь «Бетасалік» 2 рази на день. Бородавчасті розростання руйнували CO₂ хірургічним лазером (рис. 2). Хворий продовжує курс лікування.

Бородавчастий псоріаз за клінічною картиною найчастіше подібний до бородавчастої форми червоного плоского лишая, який, як правило, локалізується на передній поверхні гомілок. Проте гіперкератотичні бляшки мають червоно-фіолетове забарвлення і викликають нестерпний свербіж. При уважному огляді шкіри хворого в більшості випадків виявляються типові для червоного плоского лишая папули, при гістологічному дослідженні — виражений гранульоз.

Вогнищевий нейродерміт — гіпертрофічна (бородавчата) форма (*neurodermitis verrucosa Kreibich*) зустрічається рідко, бородавчасті розростання виникають на тлі вираженої ліхенізації, викликають свербіж, висипання сірого кольору з гіперпігментацією навколо.

Вузлуватий свербіж вирізняється появою великих сверблячих вузлів не тільки на гомілках, а й на верхніх кінцівках. Вузли розміщені поодинокі, рідко — на тлі потовщеної огрубілої шкіри. При бородавчастому псоріазі бородавчасті розростання локалізуються на типовій псоріатичній бляшці.

Бородавчастий туберкульоз шкіри локалізується частіше на кистях верхніх кінцівок. Вогнище у вигляді бляшки щільної консистенції, синювато-червоного забарвлення з вираженим гіперкератозом у центрі, навколо зона інфільтрації покрита лускою і кірочками, по периферії — синювато-червона облямівка. При здавлюванні бляшки іноді виділяються краплі гною. Реакція Манту позитивна. В анамнезі був контакт з хворими на туберкульоз тваринами чи людьми.

Мета роботи — привернути увагу практичних лікарів до патоморфозу дерматозів та їх рідкісних клінічних форм, частих діагностичних помилок.

Список літератури

1. Задорожний Б.А. Псориаз.— К.: Здоров'я, 1983.— 154 с.
2. Мордовцев В.Н., Мушет Г.В., Альбанова В.И. Псориаз (патогенез, клініка, лікування).— Кишинев, 1991.— 186 с.
3. Сизон О.О. Епідеміологія та взаємозалежність коморбідності артропатичного псориазу і клінічного перебігу хвороби // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2014.— № 1 (52).— С. 14—24.
4. Скрипкин Ю.К., Мордова В.Н. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей.— М.: Медицина, 1999.— Т. 2.— 830 с.
5. Ткач В.С., Мотуляк А.П., Волошинович М.С. Поєднання псориазу з іншими дерматозами // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2015.— № 2 (57).— С. 100—104.
6. Curtis A., Yosipovitch G. Erythrodermic Verrucous Psoriasis // J. Dermatolog. Treat.— 2012.— Vol. 23.— P. 215—218.
7. Hall Lawrence, Tyler M.V., Verrucous W. Psoriasis: a clinical and histopathologic mimicker of verrucous vulgaris // J. Am. Acad. Dermatol.— 2013.— Vol. 68 (4).— P. AB218.

В.Е. Ткач, М.С. Волошинович, Р.Ф. Никифорок, І.В. Король

Івано-Франківський національний медичний університет

Бородавчатый псориаз: случай из клинической практики

Описан случай редкой клинической формы псориаза — бородавчатого псориаза. Продемонстрированы диагностические ошибки, дифференциальная диагностика.

Ключевые слова: псориаз, редкая форма, клиника, дифференциальная диагностика.

V.Ye. Tkach, M.S. Voloshynovych, R.F. Nykyforuk, I.V. Korol

Ivano-Frankivsk National Medical University

Verrucous psoriasis: clinical case

Case of rare clinical form of psoriasis — verrucous psoriasis — is described. Diagnostic mistakes and results of differential diagnostics are presented.

Key words: psoriasis, rare form, clinical picture, differential diagnosis.

Дані про авторів:

Ткач Василь Євтихійович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології
76018, м. Івано-Франківськ, вул. Г. Крука, 7/1
E-mail: des1ua@gmail.com

Волошинович Мар'ян Стефанович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології

Никифорок Роман Федорович, викладач кафедри дерматології та венерології

Король Інна Василівна, лікар-інтерн кафедри дерматології та венерології