

# СЛУЧАЙ ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*М.Э. Запольский<sup>1</sup>, О.И. Ниточко<sup>2</sup>,  
К.А. Борисова<sup>2</sup>, С.В. Нерубащенко<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Одесский национальный медицинский университет*

*<sup>2</sup>Одесский областной кожно-венерологический диспансер*

**Резюме.** *Рассмотрены вопросы клинической классификации редких форм пустулезного псориаза. Представлен клинический случай тяжелой формы генерализованного пустулезного псориаза и возможности его терапевтического контроля. Системное использование разных групп кортикостероидов в сочетании с метотрексатом позволяет улучшить терапевтический контроль устойчивой формы генерализованного пустулезного псориаза.*

**Ключевые слова:** *пустулезный псориаз, классификация, глюкокортикоиды, цитостатики.*

Псориазическую болезнь сегодня рассматривают, как аутоиммунное генетически детерминированное заболевание, проявляющееся нарушением процессов пролиферации кератиноцитов, воспалительно-дегенеративными изменениями в суставах, метаболическими нарушениями.

Псориаз остается одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения, вопросы этиопатогенеза, клинических проявлений, особенностей терапии и многое др. являются предметом изучения дерматологических центров всего мира. [2,5,6]

Классификация псориазической болезни, и в частности ее редких пустулез-

ных форм, определяет правильный выбор терапии и последующее прогнозирование процесса. Представленная в МКХ-10 классификация псориаза достаточно подробно раскрывает клиническое многообразие заболевания, однако не отображает стадийность, распространенность, сезонность псориазической болезни. А включение в классификацию псориаза такой нозологии, как герпетическое импетиго остается спорным, ведь до настоящего времени нет единого мнения о связи этой патологии (развивающейся преимущественно у беременных) с пустулезным псориазом (табл. 1). [4].

## Классификация псориаза по МКХ 10

<b>L40.0 Псориаз обыкновенный</b>
Монетовидный псориаз
Бляшечный
<b>L40.1 Генерализованный пустулезный псориаз</b>
Импетиго герпетиформное
Болезнь Цумбуша
<b>L40.2 Акродерматит стойкий [Аллопо]</b>
<b>L40.3 Пустулез ладонный и подошвенный</b>
<b>L40.4 Псориаз каплевидный</b>
<b>L40.5+ Псориаз артропатический (M07.0-M07.3*, M09.0*)</b>
<b>L40.8 Другой псориаз</b>
Сгибательный инверсный псориаз
<b>L40.9 Псориаз неуточненный</b>

С практической точки зрения удобна расширенная клиническая классификация псориаза, отображающая тяжесть поражения, распространенность процесса, сезонность, а также функциональные и метаболические нарушения. Очень важно при постановке диагноза «псориаз» подробно описывать

сопутствующую патологию. Это помогает уже на ранних стадиях выявить причинно-следственную связь заболевания с метаболическими нарушениями: сахарным диабетом, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, сердечно-сосудистыми катастрофами и др. (табл.2).

## Расширенная клиническая классификация псориаза с учетом МКХ-10

<b>L40.0 Псориаз обыкновенный</b> <i>Фоточувствительность (зимний, летний) Наличие или отсутствие метаболических нарушений (указать какие).</i>
Монетовидный псориаз
Бляшечный
<b>L40.1 Пустулезный псориаз</b> <i>Наличие или отсутствие метаболических нарушений (указать какие).</i> ограниченны, распространенный, генерализованный (болезнь Цумбуша). импетиго герпетиформное
<b>L40.11 Ювенильный пустулезный псориаз</b> Ограниченный Кольцевидный Генерализованный

<b>L40.2 Акродерматит стойкий [Аллопо]</b>
<b>L40.31 Пустулез ладонный и подошвенный.</b> Болезнь Барбера
<b>L40.3 Псориаз ладоней и подошв</b>
<b>L40.4 Псориаз каплевидный</b>
<b>L40.5 Псориаз артропатический (M07.0-M07.3, M09.0)</b> <i>Без функциональных нарушений, с утратой функции суставов (указать функциональный класс)</i>
<b>L40.8 Другой псориаз</b>
<b>L40.83 Сгибательный инверсный псориаз</b>
<b>L40.85 Псоиатическая эритродермия</b>
<b>L40.86 Псориаз ногтей</b>
<b>L40.9 Псориаз неуточненный</b>

Пустулезный псориаз в дерматологической практике встречается значительно реже бляшечного, и составляет в среднем 2-4% случаев от общей заболеваемости псориазом. Бляшечные формы псориаза не представляют диагностических трудностей, особенно когда речь идет об отягощенном семейном анамнезе. Однако, редкие формы пустулезного псориаза (ограниченный, распространенный, генерализованный, акродерматит Аллопо, псориаз Барбера), по данным литературы, нередко принимают за экзему, буллезную токсидермию, герпес, пустулезный бактериид Эндрюса, пустулез субкорнеальный и другие заболевания с пустулезными проявлениями. [1,3]

Генерализованный пустулезный псориаз (ГПП) относится к наиболее тяжелым формам псоиатической болезни, угрожающим жизни пациента. В отличие от локализованных форм пустулезного псориаза (ладонно-подошвенный псориаз Барбера, пустулезный псориаз ограниченный) ГПП рассматривают как неотложное состояние в дерматологии, требующее интенсивной терапии уже с первых часов заболевания. Летальность в случае нерациональной терапии болезни Цумбуша достигает 2-4%. [4,7]

Развитию пустулезного псориаза способствуют: длительная системная глюкокортикостероидная терапия с последующей

быстрой ее отменой, цитостатические средства, пероральные контрацептивы, использование раздражающих наружных средства (дегтя, антралина, салициловой кислоты), топических стероидов. В некоторых случаях заболевание связывают с высокими эмоциональными нагрузками, стрессами. Пустулезный псориаз нередко развивается на фоне респираторных вирусных инфекций. Описана взаимосвязь генерализованных форм пустулезного псориаза с нарушениями гормонального фона, гипокальциемией, длительными инсоляциями, фототерапией. [4]

Причины трансформации бляшечного псориаза в пустулезный до настоящего времени не известны, существует несколько этиопатогенетических теорий. Основными из них являются: наследственная предрасположенность, метаболический дисбаланс, иммунологические сдвиги, связанные с нарушением дифференцировки и активности Т-лимфоцитов. [11]

Пустулезный псориаз проявляется поверхностными пустулами со стерильным нейтрофильным содержимым. Элементы сыпи могут формироваться на уже существующих псоиатических бляшках либо на участках кожи ранее не поврежденной. В очагах поражения гиперемия, отечность, экссудация постепенно сменяется поверхностными эрозиями. Излюбленная лока-

лизация высыпаний зона промежности, половые органы, кожные складки, сгибательные поверхности суставов. Иногда процесс переходит на слизистые оболочки, возможно поражение языка и мягкого неба. Примерно у половины пациентов в процесс вовлекаются ногти и волосистая часть головы. [4,8,9]

В период обострения пустулезного генерализованного псориаза повышается тем-

пература тела до 39°С. Состояние больного резко ухудшается, без адекватного лечения возможен летальный исход в связи с нарастанием сердечно-сосудистой и легочной недостаточности. Наиболее тяжело процесс протекает у пожилых людей, описаны случаи развития острого респираторного дистресс-синдрома.



*Рисунок 1. Генерализованная форма пустулезного псориаза (1, 12 дни терапии)*



*Рисунок 2. Генерализованная форма пустулезного псориаза (20, 28 дни терапии)*

У детей пустулезный псориаз имеет некоторые особенности. Чаще наблюдаются ювенильный кольцевидный и генерализованный типы пустулезного псориаза. Первый протекает подостро или хронически, проявляется кольцевидными бляшками с выраженной экссудацией. Пустулезные элементы формируются по краю колец, высыпания чаще локализуются на туловище, конечностях, отмечается периферический рост бляшек. Симптомы лихорадки, общей интоксикации, как правило, отсутствуют. Прогноз заболева-

ния более благоприятный, чем при генерализованном пустулезном псориазе. [7,9]

Генерализованные формы пустулезного псориаза у детей встречаются редко, однако протекают крайне тяжело. Появлению высыпаний всегда предшествует ухудшение общего состояния ребенка, температура тела повышается до 39-40С, дети становятся плаксивыми, вялыми, а иногда наоборот возбудимыми. Уже в первые сутки заболевания развивается эритродермия. Пустулезные элементы вначале появляются

на псориатических бляшках, а затем распространяются по всему кожному покрову. Разрушение покрывок везикул и пустул приводит к формированию обширных эрозий. Отслоение кожи на руках и ногах происходит по типу «носков и перчаток», в последующем деформируются ногтевые пластинки. [7,10]

К осложнениям пустулезного псориаза относят: пиодермию, алопецию, онихолизис, гипоальбуминемию, гипокальциемию, некроз почечных канальцев, печеночную недостаточность, мальабсорбцию и хроническую общую интоксикацию.

Следует отметить, что описанные выше формы пустулезного псориаза торпидны к известным методам лечения. Терапевтический алгоритм сводится к использованию кортикостероидных препаратов, антигистаминных, жаропонижающих средств, цитостатиков, ароматических ретиноидов, методов фототерапии и др.

Представляем клиническое наблюдение впервые возникшего случая пустулезного псориаза.

Пациент Р. 1971 года рождения, житель Одесской области, обратился в ОКВД г.Одессы в апреле 2014 г. с жалобами на высыпания на коже кистей, предплечий, спины, живота, бедер, болезненность в очагах поражения, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5С.

*Анамнез жизни.* Хроническими заболеваниями кожи и внутренних органов ранее не страдал. Первые симптомы болезни появились в декабре 2013 года, когда на фоне полного благополучия в области дистальной фаланги большого пальца правой кисти сформировались пузырьки и гнойнички.

Со слов пациента, он самостоятельно использовал косметические увлажняющие кремы, примочки с отваром ромашки, однако, улучшения не наступило. В феврале 2014г обратился в частную клинику, где терапевтом была назначена стероидсодержащая комбинированная мазь. После кратковременного улучшения отметил резкое ухудшение состояния и появление новых высыпаний в

области дистальных фаланг указательного, среднего пальцев, а также ладонной поверхности обеих кистей.

В марте 2014 г пациент обратился к районному дерматологу, где был выставлен диагноз: микробно-микотическая экзема правой кисти. При обследовании больного в клиническом анализе крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}/л$ , цветовой показатель – 0,89, лейкоциты –  $10,1 \times 10^9/л$ , СОЭ – 28 мм/ч. Глюкоза крови – 6,0 ммоль/л. Назначена терапия: антифунгидные, антибактериальные, антигистаминные средства, анилиновые красители, примочки с 2% раствором борной кислоты.

Несмотря на проводимое лечение, состояние больного резко ухудшилось, появились множественные новые высыпания в виде сгруппированных пустул на гиперемизованном основании в области предплечий, спины, груди, живота, бедер, температура тела повысилась до 39С, нарастали симптомы интоксикации.

В апреле 2014 г пациент был направлен в стационар ОКВД.

*При поступлении.* Состояние больного средней тяжести (ближе к тяжелому). Сознание заторможенное. Дыхание при аускультации везикулярное, тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 95 уд. в мин., АД 110/70 мм. рт. ст. Температура тела 38,5С. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правого подреберья, селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. В позе Ромберга устойчив.

*Status localis.* Процесс носит распространенный характер с склонностью к генерализации (поражено более 70% кожного покрова). На коже лица, спины, живота, конечностей, включая ладонные и подошвенные поверхности, множественные пустулы, импетигоподобные корки. В области ягодиц, задней поверхности бедер сформировались эрозии, местами «гнойные озера». Ногтевые пластинки на кистях бледно желтого цвета, утолщены, деформированы по типу «наперстка» (рис.1).

*При обследовании.* В клиническом анализе крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,88, содержание лейкоцитов –  $14,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 43 мм/ч. Глюкоза крови – 7,4 ммоль/л. Билирубин общий – 20,5 мкмоль/л, АСТ 37 мкмоль/ч.л, АЛТ 35 мкмоль/ч.л, С-реактивный белок – положительный, фибрин плазмы 3,9 ед. оп. Кальций крови – 2,15 ммоль/л. Антител к ВИЧ инфекции – не выявлены.

При двукратном бактериологическом исследовании содержимого пустул (с разницей в 7-мь дней), в первом случае рост микроорганизмов не обнаружен, во втором – выявлена условно патогенная флора (*staphylococcus epidermidis*). При морфологическом исследовании пустул – высокое содержание нейтрофилов.

Гистологическое исследование свежих очагов поражения: паракератоз, микроабсцессы Мунро, единичные спонгиозформные пустулы, поверхностные полиморфные инфильтраты в дерме, содержащие нейтрофилы, псориазиформный акантоз.

Дополнительно пациент обследован у эндокринолога в связи с повышением сахара крови, где впервые был выявлен сахарный диабет 2-го типа (назначена сахароснижающая терапия).

*Окончательный диагноз:* псориаз пустулезный, генерализованная форма. Сахарный диабет 2-го типа.

*Лечение.* Учитывая торпидность ГПП к проводимым ранее методам лечения, а также тяжесть состояния больного, было принято решение включить в терапевтический алгоритм преднизолон в дозе 60 мг сутки (парентерально). Параллельно пациент применял детоксикационную терапию (реосорбилакт, реамберин, гекодез), гепатопротекторы, препараты кальция, антигистаминные средства, а также, в связи с присоединением вторичной флоры, антибактериальную и антифунгидную терапии. Через две недели отмечено значительное улучшение, однако, минимальное снижение суточной дозы преднизолона привело к резкому обострению процесса. Было принято решение включить в схему лечения больного метотрексат в дозе

15 мг один раз в неделю, что не дало ожидаемого эффекта (продолжали появляться новые пустулы, сохранялась лихорадка).

Через полтора месяца терапия метотрексатом была приостановлена, в связи с низкой эффективностью. Не оказал положительного эффекта и неотигазон, назначаемый пациенту в дозе 20 мг сутки в течение 2 месяцев в сочетании с преднизолоном. Малую эффективность оказал и курс плазмафереза, проведенный пациенту в стационаре ОКВД.

Состояние больного, продолжало ухудшаться, нарастала кахексия, генерализованное пустулезное поражение кожи, лихорадка. Для облегчения состояния пациент самостоятельно начал использовать пролонгированные кортикостероидные препараты (дипроспан, флостерон) в дополнение к поддерживающим дозам преднизолона.

Было принято решение направить больного на консультацию в ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», г. Харьков. При участии профессора Маврова Г.И. в октябре 2014г проведено консультирование пациента с последующей выработкой терапевтического алгоритма, включающего использование двух кортикостероидных препаратов (фторированного и не фторированного) в сочетании с метотрексатом в средневысоких дозах и детоксикационную терапию.

Согласно предложенной схеме, в стационаре ОКВД проведено лечение пациент: преднизолон 20 мг сутки (внутри), дексаметазон 0,4% -1 мл. в течение 15 дней (внутримышечно с последующим снижением), метотрексат внутри по 15 мг один раз в неделю, реамберин 200 мл ежедневно 7 дней внутривенно. Таким образом, наиболее тяжелый стартовый период цитостатической терапии был «сглажен» двумя кортикостероидными препаратами. Через месяц терапии процесс удалось перевести в стадию стойкой ремиссии, продолжающуюся около полугода (рис. 2).

В настоящее время пациент получает поддерживающие дозы преднизолона – 15 мг в сутки, метотрексат – 10 мг один раз в неделю и эссенциальные фосфолипиды.

Состояние больного удовлетворительное, он находится под наблюдением у районного дерматолога.

## ВЫВОДЫ

1. Пустулезный генерализованный псориаз относится к наиболее тяжелым формам псориатической болезни, требующей своевременной терапии у профильных специалистов. Расширенная клиническая классификация пустулезного псориаза позволяет систематизировать редкие формы дерматоза, улучшить диагностику и прогнозирование процесса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Неотложная дерматология / В.П. Адашкевич. – М.: Медицина, 2003. – С.41-42.

2. Молчанов Е. В., Об отношении герпетического импетиго Гебры к пустулезному псориазу/ Е.В.Молчанов, М.Б.Михайлова // Вестник дерматологии и венерологии. – 1990. – № 1. – С. 63-66.

3. Самсонов В. А. Эффективность тигазона у больных различными дерматозами /В.А.Самсонов, И.А.Чистякова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 26. – С. 29-33.

4. Сизон О.О. Эпидемиология и взаимосвязь коморбидности псориаза и клинического течения болезни / О. О. Сизон // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2014. – №1(52). – С.14-23.

5. Степаненко В.И. Дерматология, венерология / В.И.Степаненко. – К.: КИМ. – 2012. – С. 167-184.

6. Степаненко Р.Л. Новые данные патологии морфогенеза псориаза./Л.Р. Степаненко, С.Г. Гичка // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2014. – №4(55). – С.9-11.

7. Чистякова И. А. Клинические формы пустулезного псориаза Цумбуша / И.А.Чистякова, Е.В. Прядкина // Матер. Всероссийской конференция дерматовене-

2. Необходимо учитывать возможность развития при ГПП ранних метаболических нарушений, и в частности сахарного диабета 2 типа.

3. Системное использование разных групп кортикостероидов в сочетании с метотрексатом позволяет улучшить терапевтический контроль устойчивой формы генерализованного пустулезного псориаза. Важным является своевременное консультирование пациентов с устойчивыми тяжелыми формами дерматозов в профильных учреждениях страны.

## REFERENCES

1. Adaskevich V.P. Neotloznaya dermatologiya – M.: Medicina – 2003, S. 41-42. (in Russian).

2. Chistyakova I.A., Boltacheva V.V. Primenenie aromaticeskikh retonoidov pri pustuleznom dermatozach // Vserossiiskii sezd dermatovenerologov, – Moskva, 2005. – T.1. – S. 43. (in Russian).

3. Chistyakova I.A., Pryadkina E.V. Klinicheskie formi pustuleznogo psoriaza Zumbusha //Vserossiiskaya konferenciya dermatologii i venerologjv». Sovremennie aspekti diagnostiki,lecheniya I profilaktiki IPPP I dermatozov», 27-28 maya,2014. – Niznii Novgorod, 2014/. – S. 52. (in Russian).

4. Molchanov E.V., Michailova M.B. Ob otnoshenii gerpetiformnogo impetigo Gebri k pustuleznomu psoriazu/ E.V.Molchanov, // Vestnik dermatologii I venerologii. – 1990. – № 1. – S. 63-66. (in Russian).

5. Samsonov V.A., Chistyakova I.A. Efektivnost tigazona u bolnich razlichnimi dermatozami // Vestnik dermatologii i venerologii. –2002. – №26. – 29-33. (in Russian).

6. Sizon O.O. Epidemiologiya i vzaimosvyaz komorbidnosti psoriaza I klinicheskogo techeniya bolezni // Ukrainskii zurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii. – 2014. – № 1 (152). –S.14-23. (in Russian).

рологов. «Современные направления диагностики, лечения и профилактика ИППП и дерматозов», 27–28 мая 2004. – Нижний Новгород, 2004. – С. 52.

8. Чистякова И. А. Применение ароматических ретиноидов при пустулезных дерматозах // И.А.Чистякова, В.В.Болтачева // Матер. IX Всероссийского съезда дерматовенерологов, Москва, 2005. – 2005. – Т. 1. – С. 43.

9. Шарапова Г. Я. О пустулезном псориазе / Г.Я. Шарапова, Н.Г. Короткий, М.А., Панченко // Вестник дерматологии и венерологии. – 1983. – № 9, с. 35-38.

10. Ricotti C. Treatment of pustular psoriasis / C. Ricotti, F.A. Kerdel // J. Eur. Acad Dermatol Venerol. – 2009. – Dec, 5. – P. 23-25.

11. Weisenseel P. Sequential use of inliximab and etanercept in generalized pustular psoriasis / P.Weisenseel, I,J.C.Prinz // Cutis. – 2006. – Sep., 78 (3): – P. 197-199

7. Stepanenko V.I. Dermatologiya, venerologiya. – K.:KIM, 2012. – S.167-184. (in Russian).

8. Stepanenko R.L., Gichka S.G. Novie Dannie pato- I morfogeneza psoriaza // Ukrainskii zurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii. – 2014. – №4 (55). – S. 9-11. (in Russian).

9. Sharapova G.Y., Korotkii N.G., Panchenko M.A. O pustuleznom psoriaze // Vestnik dermatologii I venerologii. – 1983. – № 9. – S. 35-38. (in Russian).

10. Ricotti C. Kerdel F.A. Treatment of pustular psoriasis // G. Eur. Acad Dermatol Venerol. – 2009. – Dec.,5. – P.23-25

11. Weisenseel P., Prinz G.C. Sequential use of inliximab of and etanercept in generalaized pustular psoriasis // Cutis. – 2006. – Sep.,78(3). – P.197-199.

**ВИПАДОК  
ПУСТУЛЬОЗНОГО  
ПСОРИАЗУ.  
ОСОБЛИВОСТІ  
КЛІНІЧНОЇ  
КЛАСИФІКАЦІЇ ТА  
ТЕРАПЕВТИЧНОГО  
КОНТРОЛЮ  
ЗАХВОРЮВАННЯ**

**Запольський М.Е.<sup>1</sup>,  
Ниточко О.І.<sup>2</sup>,  
Борисова К.А.<sup>2</sup>,  
Нерубашенко С.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Одеський національний  
медичний університет

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

**Резюме.** Розглянуте питання рідкісних форм пустульозного псориазу, зосереджена увага на важливості розширеної клінічної класифікації стійких форм генералізованого пустульозного псориазу. Представлений

**CASE OF PUSTULAR  
PSORIASIS. CLINICAL  
FEATURES AND  
THERAPEUTIC  
CLASSIFICATION OF  
DISEASES CONTROL**

**Zapolzkiy M.E.<sup>1</sup>,  
Nitochko O.I.<sup>2</sup>,  
Borisova K.A.<sup>2</sup>,  
Nerubaschenko S.V.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Odessa National  
Medical University

<sup>2</sup>Odessa Regional  
Dermatovenerologic Dispensary

**Abstract.** Considered the issue of rare forms of pustular psoriasis, focuses on the importance of enhanced clinical classification resistant forms of generalized pustular psoriasis. The present clinical case is extremely heavy flow of generalized pustular psoriasis. Systematic use of different groups of corticosteroids in combination with methotrexate



---

*клінічний випадок вкрай тяжкого перебігу пустульозного генералізованого псоріазу. Системне використання різних груп кортикостероїдів у поєднанні з метотрексатом дозволяє полішити терапевтичний контроль стійкої форми генералізованого пустульозного псоріазу*

*can improve therapeutic monitoring of sustainable forms of generalized pustular psoriasis.*

---

**Key words :** *pustular psoriasis, classification, glucocorticosteroids, cytostatics*

---

**Ключові слова:** *пустульозний псоріаз, класифікація, глюкокортикоїди, цитостатики*

### **Об авторах**

Запольский Максим Эдуардович – доктор мед. наук, ассистент кафедры дерматологии и венерологии Одесского национального медицинского университета, заведующий кожным отделением Одесского областного кожно-венерологического диспансера.

Ниточко Олег Иванович – кандидат мед. наук, главный врач Одесского областного детского кожно-венерологического диспансера.

Борисова Ксения Александровна – врач-дерматовенеролог кожного отделения Одесского областного кожно-венерологического диспансера.

Нерубашенко Светлана Викторовна – врач-дерматовенеролог кожного отделения Одесского областного кожно-венерологического диспансера.