



СОЧЕТАНИЕ ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА, ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И ПАРАПСОРИАЗА: СЛУЧАЙНОСТЬ ИЛИ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ?

Ю.Г. Халиулин¹, П.И. Новиков²,
А.Л. Лозоватор³, В.И. Пешкин⁴

¹ООО МЦ Петровские Ворота, г. Москва;

Российский университет дружбы народов, г. Москва

²Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва

³Объединенная больница с поликлиникой

Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

⁴Российский университет дружбы народов,

кафедра сестринского дела, ФПК МР, г. Москва

Представлен клинический случай пациентки, у которой вульгарный псориаз и псориатический артрит сочетается с парапсориазом. Мы не обнаружили в литературе описания клинического случая, где сочетаются эти заболевания. Исходя из патогенеза двух заболеваний, мы не можем исключить взаимное влияние псориаза и парапсориаза. Однако, ответ на вопрос о закономерности сосуществования этих заболеваний и их взаимного влияния остается открытым.

Ключевые слова: псориаз, парапсориаз, псориатический артрит, болезнь Габермана-Муха, гистологическая картина, патогенез.

Введение. Как известно, псориаз вследствие особенностей патогенеза, может сочетаться с некоторыми другими заболеваниями. Среди них — ожирение, гиперлипидемия, гипертоническая болезнь, сахарный диабет второго типа, гиперхолестеринемия. В литературе отмечается также повышенная частота аутоиммунных заболеваний, таких как болезнь Крона, язвенный колит, целиакия [1], а также онкологические заболевания [2], и прежде всего лимфома кожи [3]. Мы представляем клинический случай сочетанного заболевания — псориаз с псориатическим артритом и болезнь Габермана-Муха (острый лихеноидный вариолиформный пситириаз). Сочетание этих заболеваний у одного пациента мы в литературе не встретили. Случайность ли это, или существуют сходные патогенетические механизмы псориаза и парапсориаза?

Клиническая презентация: Женщина 52 лет обратилась на прием в связи с высыпаниями на коже, сопровождавшимися зудом. Находится на стационарном лечении в отделении ревматологии в связи с подозрением на системный васкулит и болями в суставах. Болея псориазом в течение четырех лет. В процессе обследования установлен диагноз псориатического артрита. В анамнезе получала

курсовое лечение системными кортикостероидами, метотрексатом непродолжительное время. Около двух месяцев до консультации появились распространенные мелкие высыпания, некоторые из которых имели маленький гнойничок в центре. Высыпания были расценены как геморрагический васкулит. В связи с этим назначен сульфасалазин по 1 грамму 2 раза в день. Пациентка отмечала незначительное улучшение, однако вскоре вновь усилились высыпания, напоминающие васкулит кожи. Данные лабораторного исследования: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, включая электролиты и липидограмму — в норме. Нет данных за гепатиты С и В. Криоглобулины, ревматоидный фактор, С-реактивный белок, АНЦА, АНФ — отрицательны, комплемент в норме. При осмотре: на наружной поверхности локтевых суставов и в области пупка — крупные экссудативные бляшки с выраженной инфильтрацией и десквамацией эпидермиса (рис. 1, 2). На конечностях, спине, ягодицах — милиарные псориатические папулы с мелкопластинчатым шелушением и инфильтративные мелкие пятна темнокрасного цвета с геморрагическим компонентом и воротничком десквамации эпидермиса по периферии (рис. 3—5).





Рис. 1. Псориазическая бляшка в области пупка



Рис. 2. Псориазические бляшки в области локтевого сустава и предплечья. Корочки на поверхности бляшек указывают на эксудативный вариант псориаза



Рис. 3. Инфильтративные мелкие пятна темно-красного цвета с геморрагическим компонентом на коже плеча у этой же пациентки (стрелкой указано высыпание, из которого взята биопсия кожи)





Рис. 4. Инфильтративные мелкие пятна темно-красного цвета с геморрагическим компонентом на коже спины



Рис. 5. Инфильтративные мелкие пятна с геморрагическим компонентом и воротничком десквамации эпидермиса по периферии (красные стрелки) и милиарные псориазные папулы с мелкопластинчатым шелушением (черные стрелки)





Клиническая картина псориаза не вызывала сомнения, однако инфильтрированные мелкие (не более 5 мм) пятна не укладывались в этот диагноз. В дифференциальный диагноз были включены: васкулит кожи с поражением мелких сосудов; токсикодермия; острый вариолиформный лихеноидный пситириаз (болезнь Габермана-Муха). Взята биопсия кожи из наиболее свежего очага поражения, отличавшегося от псориаических высыпаний. Данные гистологического исследования: Участок

кожи с неравномерным удлиннением и расширением эпидермальных выростов, истончением зернистого слоя, а также расширением сосочков дермы; неравномерный пара- и гиперкератоз (рис. 6, 7), лимфоидная, преимущественно периваскулярная инфильтрация, эктазия капилляров с лейкостазами, а также эктазия лимфатических капилляров (рис. 8). Отдельные лимфоидные клетки проникают в базальный слой эпидермиса, где наблюдаются многочисленные митозы (рис. 8).

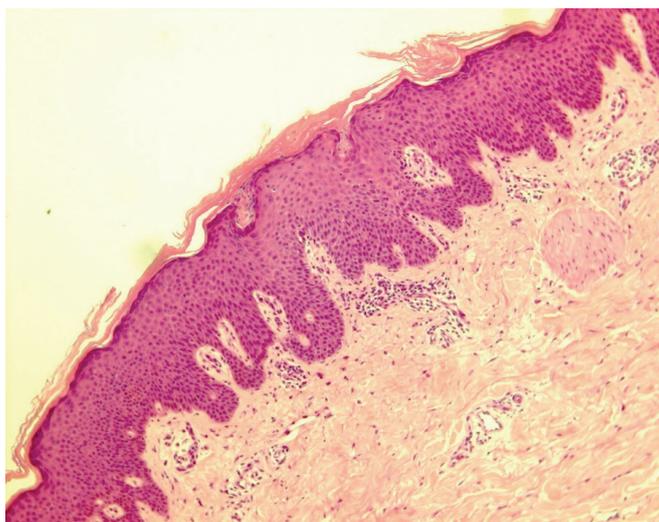


Рис. 6. Гистологическая картина (X100): неравномерный пара- и гиперкератоз; неравномерное удлинение и расширение эпидермальных выростов, истончение зернистого слоя, расширением сосочков дермы

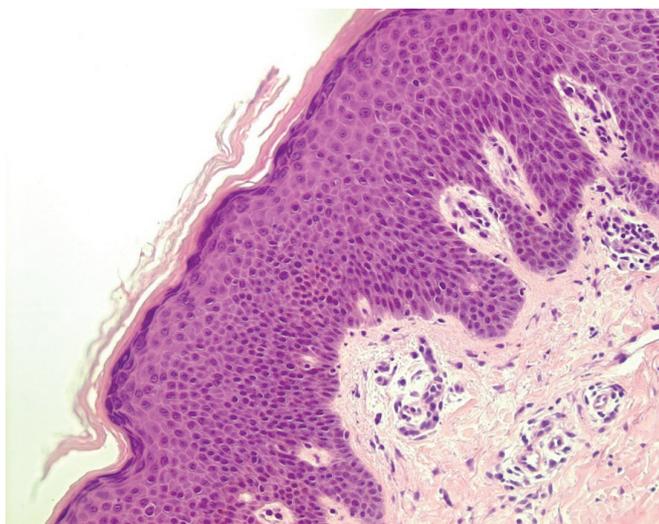


Рис. 7. Гистологическая картина (X200): неравномерное удлинение и расширение эпидермальных выростов, истончение зернистого слоя, расширением сосочков дермы



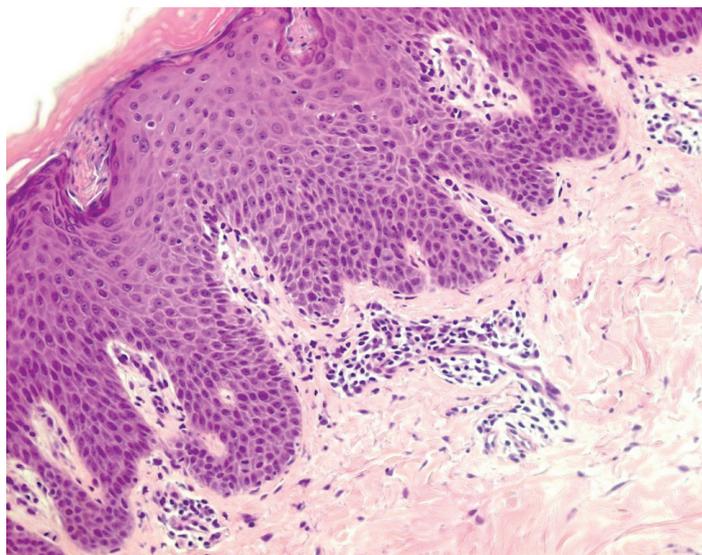


Рис. 8. Гистологическая картина (X200): лимфоидная, преимущественно периваскулярная инфильтрация, эктазия кровеносных и лимфатических капилляров. Отдельные лимфоидные клетки проникают в базальный слой эпидермиса, где наблюдаются немногочисленные митозы

На основании клинической картины и гистологического исследования биоптата кожи, установлен диагноз: «Болезнь Габерманна-Муха. Псориаз экссудативный папулезно-бляшечный, стадия регресса. Псориатический артрит». Диагноз васкулита был отвергнут. Пациентке назначен метотрексат в дозе 15 мг/нед и фолиевая кислота по общепринятой схеме лечения. Через две недели от начала лечения наблюдается выраженный регресс всех клинических проявлений у этой пациентки.

Обсуждение: Парапсориаз — это группа заболеваний, которые имеют некоторое сходство с псориазом. Отсюда и название заболевания. Они включают в себя несколько воспалительных кожных заболеваний, которые имеют различную гистологическую картину и характер течения. Из-за различий в клинической картине и отсутствия специфических диагностических гистологических признаков, нет на сегодняшний день общепринятого определения парапсориаза. В 1902 году Брок впервые описал три группы заболеваний, включив их в понятие парапсориаза: лихеноидный пситириаз (острый и хронический); мелкобляшечный парапсориаз; крупнобляшечный парапсориаз. Эти заболевания объединяет не только некоторая схожесть внешних проявлений с псориазом, но и наличие лимфоидного инфильтрата в дерме, эпидермотропизм и признаки дискразии лимфоцитов [4].

Болезнь Габерманна-Муха (БГМ), или острый лихеноидный вариолиформный пситириаз — острая форма парапсориаза. На другом «полюсе» — хронический лихеноидный пситириаз, синоним которого — «Каплевидный парапсориаз». БГМ — это не васкулит, несмотря на сообщения об осажении иммуноглобулина и комплемента на стенках сосудов. В отличие от васкулита, при этом заболевании нет фибринозной дистрофии сосудистой стенки и тромбов в просвете сосудов [5]. Патогенез парапсориаза мало изучен. Предполагается клеточно-опосредованный механизм заболевания в связи с Т-лимфоцитарной инфильтрацией цитотоксическими лимфоцитами, уменьшением числа клеток Лангерганса в эпидермисе и уменьшением коэффициента CD4/CD8. [6]. Возможен также иммунокомплексный механизм развития [7].

Так же, как и при парапсориазе, для псориаза характерна ведущая роль клеток лимфоцитарного ряда. Типичным триггером в развитии псориаза, как и парапсориаза, является какое-либо внешнее воздействие, например, инфекция [8]. Некоторые биологически активные вещества принимают участие в развитии обоих заболеваний: Т-лимфоцитарный межклеточный антиген-1, синтетаза окиси азота [9]. И несмотря на то, что в дерме в местах высыпаний при псориазе преобладают



CD4+ лимфоциты, в отличие от парапсориаза, клетки CD8+ тоже играют важную роль при псориазе, особенно при каплевидной его форме, особенно — при ВИЧ-инфекции [10]. Не случайно у больных СПИДом недостаток лимфоцитов-хелперов не только не смягчает псориаз, но даже существенно усиливает его, или при этом наблюдаются первые проявления псориаза.

Заключение: Представлен клинический случай пациентки, у которой вульгарный псориаз и псориазный артрит сочетается с парапсориазом. Мы не обнаружили в литературе описания клинического случая, где сочетаются эти заболевания. Исходя из патогенеза двух заболеваний, мы не можем исключить взаимное влияние псориаза и парапсориаза. Однако, ответ на вопрос о закономерности сосуществования этих заболеваний и их взаимного влияния остается открытым.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aurangabadkar S.J. Comorbidities in psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2013, 79 (1): s10—s17.

2. Naldi L., Mercuri S.R. Epidemiology of comorbidities in psoriasis. *Dermatologic Therapy* 2010, 23: 114—118.

3. Wang S.S., Flowers C.R., Kadin M.E. et al. Medical History, Lifestyle, Family History, and Occupational Risk Factors for Peripheral T-Cell Lymphomas: The InterLymph Non-Hodgkin Lymphoma Subtypes Project. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2014, (48): 66—75.

4. Bhawan J., Sau P., Byers H.R. . *Dermatopathology Interactive Atlas*, 2001.

5. Nair P.S. A clinical and histopathological study of pityriasis lichenoides. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2007; 73:100—102.

6. Klein Peter A. Pityriasis Lichenoides. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/1099078-overview#a0104>.

7. Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 557—572.

8. Sabat R., Philipp S., Höflich C. et al. Immunopathogenesis of psoriasis. *J Exp Dermatol* 2007; 16: 779—798.

9. Giunta G.Di, Goncalves da Silva A.M., Sotto M.N. Inducible nitric oxide synthase in pityriasis lichenoides lesions. *J Cutan Pathol* 2009, 36: 325—330.

10. Mallon E., Bunker C.B. HIV-Associated Psoriasis. *AIDS Patient Care and STDs*, 2000; 14 (5): 239—246.

THE COMBINATION OF PSORIASIS VULGARIS, PSORIATIC ARTHRITIS AND PARAPSORIASIS: EVENTUALITY OR CONSISTENT PATTERN?

Y.G. Khaliulin¹, P.I. Novikov², A.L. Lozovator³, V.I. Peshkin⁴

¹*Peoples' Friendship University of Russia, Petrovka Medical Center Ltd, Moscow, Russia*

²*First Moscow State Medical University, Moscow, Russia*

³*United Inpatient and Outpatient Clinics of the Office of the President of Russian Federation, Moscow, Russia*

⁴*Peoples' Friendship University of Russia*

A clinical case of a patient whose psoriasis vulgaris and psoriatic arthritis combined with parapsoriasis is presented. We did not find in the literature any case report, where the combination of these diseases exists. Based on the pathogenesis of psoriasis and parapsoriasis, we cannot exclude the mutual influence of the two diseases. However, the answer to the question of the lawfulness of the coexistence of these diseases and their mutual influence is still open.

Key words: psoriasis, parapsoriasis, psoriatic arthritis, Haberman-Muha's disease, histology, pathogenesis.

REFERENCES

1. Aurangabadkar S.J. Comorbidities in psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2013, 79 (1): s10—s17.

2. Naldi L., Mercuri S.R. Epidemiology of comorbidities in psoriasis. *Dermatologic Therapy* 2010, 23: 114—118.

3. Wang S.S., Flowers C.R., Kadin M.E. et al. Medical History, Lifestyle, Family History, and Occupational Risk

Factors for Peripheral T-Cell Lymphomas: The InterLymph Non-Hodgkin Lymphoma Subtypes Project. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2014, (48): 66—75.

4. Bhawan J., Sau P., Byers H.R. . *Dermatopathology Interactive Atlas*, 2001.

5. Nair P.S. A clinical and histopathological study of pityriasis lichenoides. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2007; 73:100—102.





6. Klein P.A. Pityriasis Lichenoides. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/1099078-overview#a0104>.

7. Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 557—572.

8. Sabat R., Philipp S., Höflich C. et al. Immunopathogenesis of psoriasis. *J Exp Dermatol* 2007; 16: 779—798.

9. Giunta G.Di, Gonxalves da Silva A.M., Sotto M.N. Inducible nitric oxide synthase in pityriasis lichenoides lesions. *J Cutan Pathol* 2009, 36: 325—330.

10. Mallon E., Bunker C.B. HIV-Associated Psoriasis. *AIDS Patient Care and STDs*, 2000; 14 (5): 239—246.