

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАПЛЕВИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15651388>

**Ибрагимов К.У.¹, Сидиков А.А.², Пягай Г.Б.³, Ибрагимова Н.С.³
Аббосхонова Ф.Х.¹**

*Ташкентская медицинская академия¹,
Ферганский медицинский институт общественного здоровья²,
Ташкентский государственный стоматологический институт³*

Введение. Каплевидный парапсориаз является редким приобретенным кожным заболеванием со специфической клинической и гистологической картиной. Несмотря на это, врачам первичного звена данное заболевание сложно диагностировать. Острый варилиформный лихеноидный пситириаз и хронический каплевидный парапсориаз являются двумя разными спектрами одного заболевания. У одного пациента могут быть проявления как острого каплевидного пситириаза, так и хронического каплевидного парапсориаза [1]. Кроме того, актуальность ранней диагностики парапсориаза обусловлена патоморфологическим сходством с лимфомами кожи, а также неспецифичностью клинической картины в дебюте заболевания и необходимостью дифференциации с предраковыми заболеваниями кожи [2].

Цель исследования. Провести проспективный и ретроспективный анализ клинических особенностей каплевидного парапсориаза.

Материалы и методы. Нами проведен клинический осмотр 60 больных с клиническими проявлениями, напоминающих каплевидный парапсориаз. Критериями отбора явилось наличие на коже больных эритематозных пятен, которые прогрессируют в папулы с тонким поверхностным шелушением. Данное шелушение постепенно укрепляется в центре папулы и размягчается по периферии. При поскабливании таких элементов очаг поражения легко отшелушивается в форме облатки (симптом облатки). Папулы обычно имеет центральную везикуло-пустулярную точку, часто с геморрагической прилипшей коркой и разнообразными рубцами. Папула может изъязвляться и образовать красно-коричневую корку. Высыпания на коже также могут быть медленно растущими небольшими, тусклыми, эритематозными или коричневыми макуло-папулами с отсутствием эпидермального некроза, участки гипер-гипопигментации. Поражения на коже имеют размер от 2 до 3 мм в диаметре и чаще всего встречаются на туловище, конечностях и

сгибательных участках, но могут также присутствовать и на любом другом участке кожи. Также оценивался эволюционный полиморфизм за счет наличия одного элемента на всех стадиях его развития. Обращали внимание на системные проявления болезни: недомогание, повышение температуры тела, лимфаденопатию и артрит мелких суставов. При тяжелых случаях болезни оценивали также наличие язвенно-некротических очагов поражения. Вовлечение полости рта, гениталии и конъюнктивы расценивалась как тяжелое течение болезни.

Результаты. Клинический осмотр всех обследованных больных нам позволил разделить заболевания на три отдельные группы. В первую группу вошли 20 пациентов, с клиническим диагнозом острый каплевидный парапсориаз (ОКП), из которых 10 мужчин и 10 женщин, вторая группа - 20 больных с хроническим каплевидным парапсориазом (ХКП), из 15 мужчин и 5 женщин, и третья группа - другие папуло-сквамозные заболевания (20 человек из 10 мужчин и 10 женщин).

В первой группе обследуемых больных средний возраст составил 15 лет в возрастном диапазоне от 10 до 80 лет. У 2 из 20 (10%) пациентов отмечались хронические кожные заболевания в анамнезе, тогда как генетическая предрасположенность, онкологические заболевания и другие ассоциированные заболевания вовсе не встречались. Клинические проявления заболевания в первой группе больных были представлены макуло-папулами, папулами с некрозом в центре (фото. 1), эволюционным полиморфизмом (фото. 2), наличием язвенно-некротических очагов. Все эти изменения на коже встречались у 20 из 20 (100%) больных. Во всех случаях также наблюдался зуд кожи ($n=20/20$; 100%).

Шелушение на поверхности папул в форме облатки наблюдалось при длительном и хроническом течении заболевания и выявлено у 7 из 20 (35%) пациентов с острым каплевидным парапсориазом. В 2 случаях из 20 (10%) наблюдался рубец кожи на местах разрешившихся высыпаний. Именно у этих двух больных отмечалось вовлечение ладоней и подошв, а также полости рта и гениталий. Оба случая нами рассматривались как тяжелое течение острого-каплевидного парапсориаза.



Фото. 1. Диагноз – острый каплевидный парапсориаз. В области нижних конечностей отмечаются большое число папул с некротическим в центре



Фото. 2. Диагноз – острый каплевидный парапсориаз. В области туловища отмечаются многочисленные макуло-папулы, папулы с некрозом в центре (эволюционный полиморфизм)

Излюбленной локализацией высыпаний у больных первой группы явились туловища ($n = 20/20$; 100%), спина ($n = 20/20$; 100%), нижние конечности ($n = 20/20$; 100%), сгибательная поверхность нижних конечностей ($n = 20/20$; 100%). При этом у 10 из 20 (50%) больных наблюдалось расположение кожных элементов на разгибательной поверхности верхних и

нижних конечностей. Поражение кожи лица отмечалось у 10 из 20 (50%) больных. Во всех 20 из 20 (100%) случаях зафиксированы прогрессия заболевания вне зависимости от терапии, повышение температуры тела и лимфаденопатия. Типичные клинические проявления, характерные для острого каплевидного парапсориаза, отражены на рис.1.

Во второй группе больных генетическая предрасположенность и хронические кожные заболевания в анамнезе встречались у 5 из 20 (25%) больных, в то время как ассоциированные заболевания кожи наблюдались у 7 из 20 (35%) больных хроническим каплевидным парапсориазом. Клинические симптомы хронического каплевидного парапсориаза представлены макуло-папулами (фото 3), зудом кожи, шелушением на поверхности папул в форме облатки (фото 4) и эволюционным полиморфизмом. Все вышеперечисленные симптомы встречались у 20 из 20 (100%) больных. Папулы с некрозом наблюдались у 7 из 20 (35%) пациентов. Характерным признаком также являлась пигментация кожи на местах разрешившихся высыпаний, которая встречалась у 12 из 20 (60%) больных второй группы. Излюбленной локализацией высыпаний у больных хроническим каплевидным парапсориазом явились туловище ($n = 20/20$; 100%), спина ($n = 20/20$; 100%), верхние ($n = 15/20$; 75%) и нижние ($n = 20/20$; 100%) конечности, сгибательная ($n = 20/20$; 100%) и разгибательная поверхности ($n = 15/20$; 75%) соответственно. Кожа лица оставалась интактной у всех 20 больных. Прогрессия хронического каплевидного парапсориаза вне зависимости от терапии наблюдалась у 20 из 20 (100%) больных. При этом рецидив заболевания также встречался у всех больных через месяц после полноценной всесторонней терапии. Системные изменения организма, такие как лимфаденопатия, гепатомегалия, спленомегалия и повышение температуры тела, во второй группе больных хроническим каплевидным парапсориазом не наблюдались.



Фото 3. Диагноз – хронический каплевидный парапсориаз. В области живота и боковой поверхности туловища отмечаются макуло-папулы, эритематозные пятна, папулы с шелушением на поверхности



Фото 4. Диагноз – хронический каплевидный парапсориаз. В области туловища отмечается папула с шелушением на поверхности в форме облатки

Типичные клинические проявления, характерные для хронического каплевидного парапсориаза, представлены на рис. 1.

В третью группу были включены больные с неустановленным диагнозом, но имеющие сходную клиническую картину с острым или хроническим каплевидным парапсориазом. Среди таких дерматозов нами включены в группу сравнения лимфоматоидный папулез (n = 5/20; 25%) (фото 5),

каплевидный псориаз (n = 10/20; 50%) (фото 6), флеботодермия (n = 3/20; 15%) и лихеноидная реакция кожи (n = 2/20; 10%).



Фото 5. Диагноз – лимфоматоидный папулез. Не сливающиеся между собой, папулы плотной консистенции, красного цвета в области плеча



Фото 6. Диагноз – каплевидный псориаз. Множественные папулы с поверхностным шелушением, сливающиеся местами между собой, в области туловища и внутренней поверхности предплечий. Напоминает каплевидный парапсориаз как клинически, так и анамнестически

Генетическая предрасположенность кожи встречалась у 10 из 20 (50%) больных третьей группы. Следует отметить, что данная категория была диагностирована как каплевидный псориаз. Хронические кожные заболевания в анамнезе встречались у 20 из 20 (100%) больных третьей группы, тогда как ассоциированные дерматозы - у 10 из 20 (50%) пациентов. Онкологические заболевания наблюдались у 5 из 20 (25%) человек. Клинический диагноз у данных пяти пациентов был выставлен как лимфоматоидный папулез. Клиническая картина в третьей группе больных

варьировала, но первичным морфологическим элементом во всех случаях явилась приподнятая над уровнем кожи папула, имевшая незначительное либо значительное поверхностное шелушение. Дополнительно к шелушению на местах пустул были отмечены корки или эрозии. Макуло-папулы встречались у всех 20 из 20 (100%) больных, которые также сопровождалась зудом кожи ($n = 20/20$; 100%). Папулы с некрозом кожи встречались у 7 из 20 (35%) пациентов третьей группы (5 человек с лимфоматоидным папулезом, 1 пациент с флеботодермией и 1 больной лихеноидной реакцией кожи). Шелушение на поверхности папул наблюдалось у 10 из 20 (50%) больных каплевидным псориазом, но данное шелушение рассматривается как паракератотическое шелушение. Эволюционный полиморфизм, язвенно-некротические очаги и рубцы на коже отмечались у 5 из 20 (25%) больных третьей группы, а именно при лимфоматоидном папулезе. Излюбленной локализацией высыпаний в третьей группе пациентов являлись туловище ($n = 20/20$; 100%), спина ($n = 20/20$; 100%) и сгибательная поверхность конечностей ($n = 20/20$; 100%). Вовлечение ладоней и подошв, а также волосистой части головы наблюдалось у 10 из 20 (50%) пациентов с каплевидным псориазом третьей группы, тогда как кожа лица была поражена у 5 из 20 (25%) больных. Поствоспалительная гиперпигментация кожи и изменения ногтевых пластинок были характерны для 10 из 20 (50%) пациентов третьей группы. Самой многочисленной подгруппой пациентов с данными изменениями оказались больные каплевидным псориазом. Прогрессия заболевания вне зависимости от терапии, повышение температуры тела и лимфаденопатия наблюдались у 5 из 20 (25%) больных третьей группы, а именно при лимфоматоидном папулезе.

Типичные клинические проявления ДПСЗ представлены на рис. 1.

Выводы. Клиническая картина каплевидного парапсориаза имеет специфические проявления и разделяется на два периода. Первый период соответствует развернутой клинической картине заболевания и представлен макуло-папулами красного цвета, папулами с некрозом в центре, не сливающимися между собой и имеющими на поверхности скрытое шелушение кожи с ложным полиморфизмом элементов кожной сыпи. Вторым периодом — регрессия заболевания, представлена менее красными, пальпируемыми папулами с симптомом «облатки» (видимая на глаз чешуйка на поверхности папулы, которая снимается целиком) и матово-белой чешуйкой в виде тонкой пластинки, прикрепленной в центре и отстающей по краям — симптом «коллоидной пленки». В обоих периодах лицо и волосистая часть головы остаются интактными.



Рис.1. Сопоставительные диаграммы процентного соотношения клинических проявлений всех трех обследованных групп

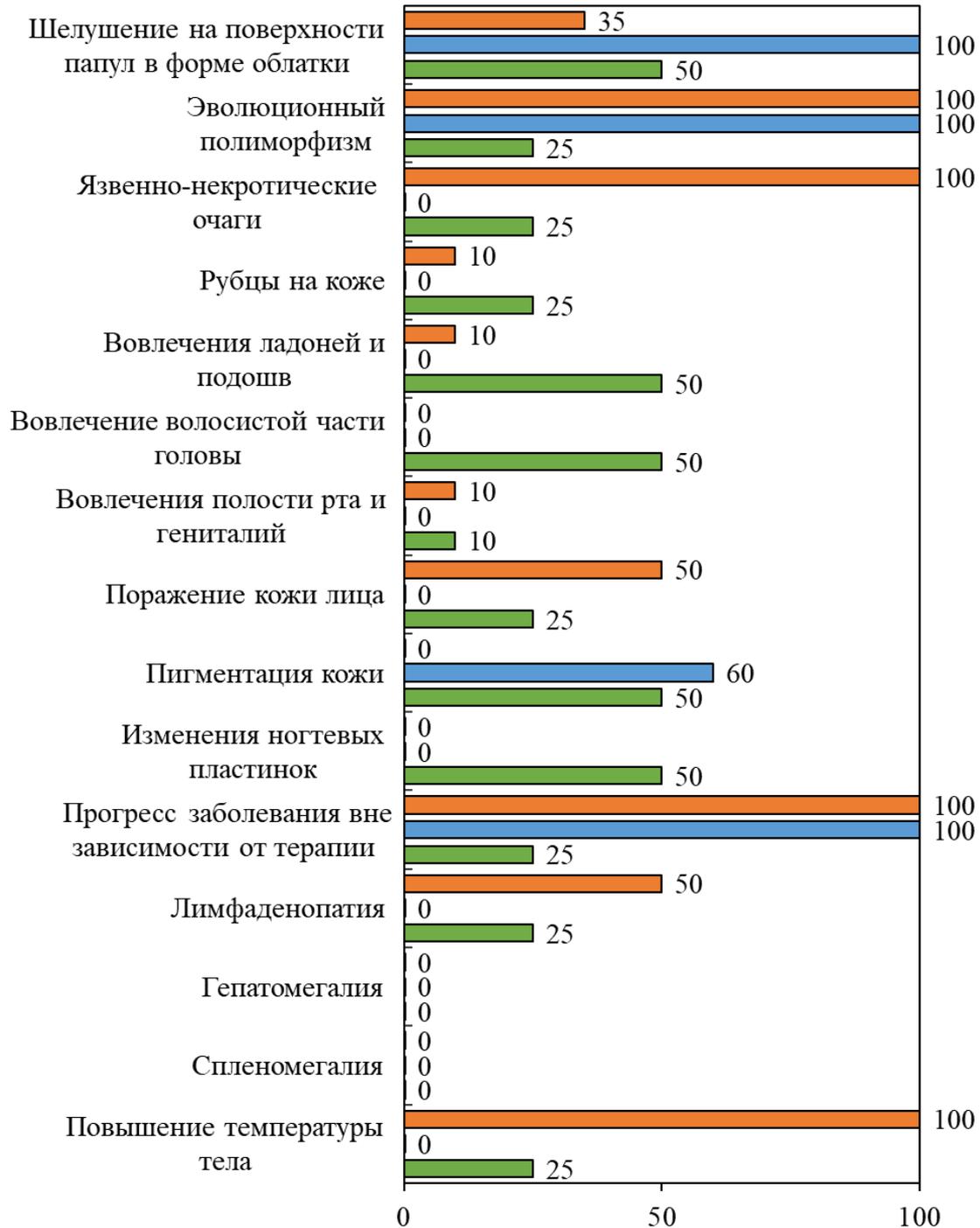


Рис.1.(продолжение)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Bowers, S. Pityriasis lichenoides and its subtypes / S. Bowers, E.M. Warshaw // J. Am. Acad. Dermatol. – 2006. – Vol. 55, № 4. – P. 557–572.

2. Sydikov AA, Pyagay GB, Pyagay OG. Aktinicheskiy keratoz, sovremennyye dannyye o patogeneze zabolevaniya i aktual'nost' ranney diagnostiki [Current views on the pathogenesis and early diagnosis of actinic keratosis]. Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]. 2023;25(4):541-52. <https://doi.org/10.25005/2074-05812023-25-4-541-552>