

# Случай генерализованного пустулезного псориаза

В.А. Охлопков<sup>1</sup>, О.В. Правдина<sup>1</sup>, А.А. Чермошенцев<sup>2</sup>, Т.В. Репина<sup>2</sup>, Е.И. Полещук<sup>1</sup>,  
В.Г. Гудошник<sup>2</sup>, Р.В. Городилов<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России  
644043, Омск, ул. Ленина, д. 12

<sup>2</sup> БУЗ Омской области «Клинический кожно-венерологический диспансер»  
644001, Омск, ул. 5-я Линия, д. 117А

Представлен клинический случай острого генерализованного пустулезного псориаза. Описаны особенности комплексной терапии этой редкой тяжелой формы псориаза.

Ключевые слова: **пустулезный псориаз, инфузионная терапия, системные глюкокортикостероиды.**

Контактная информация: skinandven@omsk-osma.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2015; (6): 79—84.

# A case of generalized pustular psoriasis

V.A. Oklopkov<sup>1</sup>, O.V. Pravdina<sup>1</sup>, A.A. Chermoschentsev<sup>2</sup>, T.V. Repina<sup>2</sup>, E.I. Poleshuk<sup>1</sup>,  
V.G. Gudoshnik<sup>2</sup>, R.V. Gorodilov<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Omsk State Medical University, Department of Dermatology, Venerology and Cosmetology, Russian Ministry of Health  
Lenina str., 12, Omsk, 644043, Russia

<sup>2</sup> Clinical Dispensary of Dermatology and Venerology  
5-Line str., 117A, Omsk, 644001, Russia

The article presents a clinical case of generalized pustular psoriasis. Complex therapy features for this rare and severe type of psoriasis are described.

Key words: **pustular psoriasis, infusion therapy, systemic glucocorticosteroids.**

Corresponding author: skinandven@omsk-osma.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2015; 6: 79—84.

■ Псориаз встречается повсеместно, это один из наиболее распространенных хронических дерматозов мультифакторной природы, которым страдает до 5% населения планеты [1, 2, 4, 5]. На территории России в 2011 г. распространенность псориаза достигла 217,4 на 100 000 населения, заболеваемость псориазом по Российской Федерации также сохраняется на высоком уровне [2]. По данным глобального Европейского исследования EUROPSO, среди больных псориазом значительная часть страдает тяжелыми формами заболевания [3].

Данные литературы и результаты клинических наблюдений свидетельствуют о значительном клиническом патоморфозе псориаза, частой резистентности к проводимой терапии. Среди многообразия форм псориаза тяжелый пустулезный псориаз плохо поддается контролю и требует применения незамедлительных действий для предотвращения угрожающих жизни осложнений [4].

Генерализованный пустулезный псориаз — редкая разновидность псориаза, протекающая остро, развивающаяся спонтанно или в результате трансформации из других форм псориаза и, как правило, переходящая в обычную форму псориаза. Возникновению острого генерализованного пустулезного псориаза способствуют инфекции, резкие стрессовые воздействия, лекарственные воздействия, гормональные нарушения, нерациональная наружная терапия псориаза и т. д. [4—6].

Генерализованный пустулезный псориаз представляет собой характерный вариант остро протекающего псориаза. Заболевание начинается остро с резкого ухудшения общего состояния (лихорадка, недомогание, разбитость, артралгии, лейкоцитоз, повышение СОЭ) и появления диссеминированных эритематозных папул и бляшек с поверхностными пустулами и скоплениями гноя. Вначале они наиболее широко распространены в области сгибов конечностей как в зоне псориазических бляшек, так и на внешне неизменной коже, а затем распространяются на туловище, конечности, половые органы, другие участки кожи, включая ногтевые ложа, ладони и подошвы. Больные предъявляют жалобы на жжение и болезненность в местах высыпаний. В течение нескольких часов или дней участки гиперемии и пустулизации увеличиваются в размерах, сливаются, захватывая обширные участки кожного покрова, вплоть до эритродермии, так что псориазические бляшки перестают быть различимыми, а слившиеся пустулы отслаивают поверхностные слои эпидермиса в виде «гнойных озер». На месте пустул, ссыхающихся в корки, образуются типичные шелушащиеся псориазические папулы, которые принимают форму колец, дуг и других фигурных очагов из эксцентрично мигрирующих пустул [4—6].

Нередко процесс принимает затяжной, волнообразный характер с периодически возникающими

внезапными обострениями через интервалы от нескольких дней до месяцев. При отсутствии эффективного лечения возможен летальный исход, нередко на фоне развития легочно-сердечной недостаточности, гипоальбуминемии, гиповолемии, почечной недостаточности, сепсиса и других осложнений [4—6]. Своевременное начало инфузионной терапии позволяет быстрее стабилизировать состояние больных с генерализованным пустулезным псориазом.

Возможен переход генерализованного пустулезного псориаза в другие формы псориаза.

В мировой литературе также дискутируется вопрос о принадлежности к пустулезному псориазу таких дерматозов, как герпетиформное импетиго Гебры, пустулезный дерматит Эндрюса и подроговой пустулез Снеддона — Уилкинсона. С другой стороны, многие ученые придерживаются мнения об их нозологической самостоятельности [5].

Приводим результаты нашего наблюдения.

Пациент Б., 39 лет, поступил в кожное отделение БУЗОО «Клинический кожно-венерологический диспансер» (ККВД) 9 октября 2014 г. с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей, чувство стягивания и жжения в области высыпаний, озноб, общую слабость, повышение температуры тела до 37,8 °С, болезненность при ходьбе в пальцах стоп.

*Анамнез заболевания.* Считает себя больным с января 2013 г., когда впервые появились шелушащиеся высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Обратился к дерматологу в Новороссийске, был поставлен диагноз псориаза, по поводу которого прошел курс стационарного лечения с положительным эффектом. Обострение заболевания началось в августе 2014 г., когда на коже нижних конечностей вновь появились высыпания. Начал амбулаторное лечение (названия препаратов не помнит), в период которого получил механическую травму I пальца правой стопы. Травма осложнилась нагноением, в связи с чем хирургом произведено удаление ногтевой пластины I пальца правой стопы. Впоследствии шелушащиеся высыпания распространились на кожу туловища, верхних конечностей и головы, появились гнойные корочки на поверхности бляшек. В связи с ухудшением состояния с 26.09.2014 г. по 03.10.2014 г. находился на лечении в БУЗОО «ККВД» с клиническим диагнозом: псориаз экссудативный, прогрессирующая стадия. Псориазический артрит? Пиодермия. Получал комплексное лечение, включающее антибактериальные препараты, метод-жект 7,5 мг внутримышечно однократно, инфузионную терапию, мазевое лечение. На фоне лечения высыпания на коже начали регрессировать, но вновь образовались панариции I пальцев стоп. Амбулаторно хирургом произведено вскрытие и дренирование гнойников, резекция ногтевой пластины, назначена

антибактериальная терапия. В послеоперационном периоде заметил резкое обострение, на коже в области подмышечных и пахово-бедренных складок появились яркие болезненные высыпания, с которыми был вновь госпитализирован в кожное отделение БУЗОО «ККВД».

Аллергологический анамнез и наследственность не отягощены. Вредные привычки: курение и злоупотребление алкоголем. Оперирован по поводу панарициев I пальцев стоп (август, октябрь 2014 г.). Соматически не обследован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Питание избыточное, масса тела 124 кг, рост 182 см. Кожный покров влажный, бледный с сероватым оттенком. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура

тела 38,9 °С. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм синусовый. Пульс 120 ударов в минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен. Живот мягкий, безболезненный, увеличен в размерах за счет подкожной жировой клетчатки. Физиологические отправления в норме. Голени и стопы отечны.

*Локальный статус.* Патологический процесс носит распространенный характер. На коже волосистой части головы, лица, груди, живота, боковых поверхностей туловища, спины, верхних конечностей, в аксиллярных областях, в области пахово-бедренных складок, бедер, голеней расположены очаги ярко-красного цвета округлой формы с четкими фестончатыми границами размером от 3 до 12 см в диаметре, центральная часть очагов имеет застойно-синюшный оттенок;



а



б



в

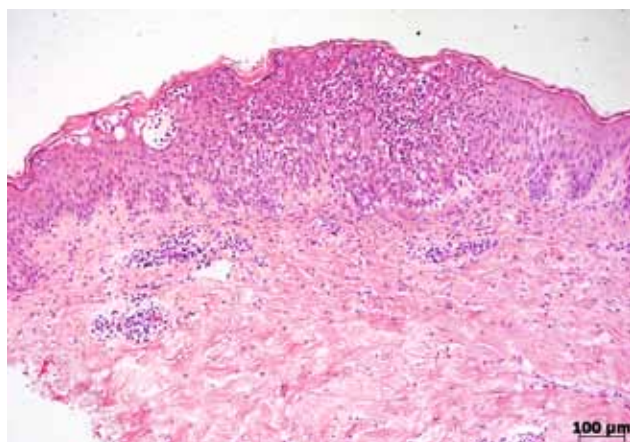
Рис. 1. Клинические проявления генерализованного пустулезного псориаза у пациента 39 лет (до лечения): высыпания на коже шеи (а), правой подмышечной области (б), спины (в)



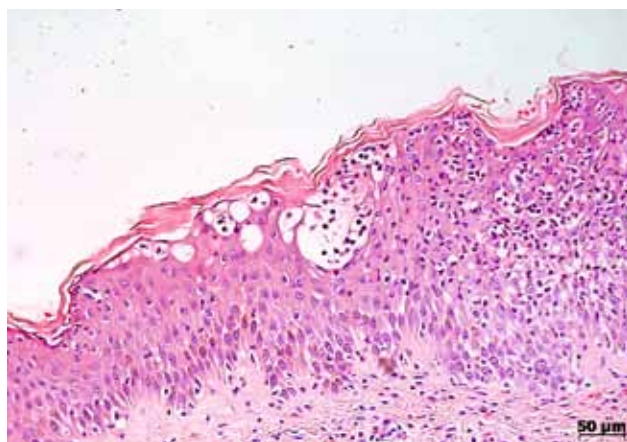
в центре отдельных очагов пятна вторичной гиперпигментации. Очаги местами склонны к слиянию, по периферии окружены отечным ободком ярко-розового цвета, на поверхности которого имеются множественные пустулы до 2 мм в диаметре, местами склонные к слиянию в «гнойные озера», серозно-геморрагические и импетигиозные корочки, эрозии в стадии эпителизации, обрывки рогового слоя эпидермиса. В аксиллярных областях, в области пахово-бедренных складок явления мокнутия. Симптом Никольско-

го (краевой) положительный. Суставы видимо не изменены. Мягкие ткани I пальцев отечны, цианотичны, ногтевые пластины I пальцев обеих стоп отсутствуют, отмечается гноетечение из-под околоногтевых валиков. В области пяток очаги умеренной гиперемии и инфильтрации с четкими границами, выраженными явлениями гиперкератоза и линейными трещинами на поверхности (см. рис. 1).

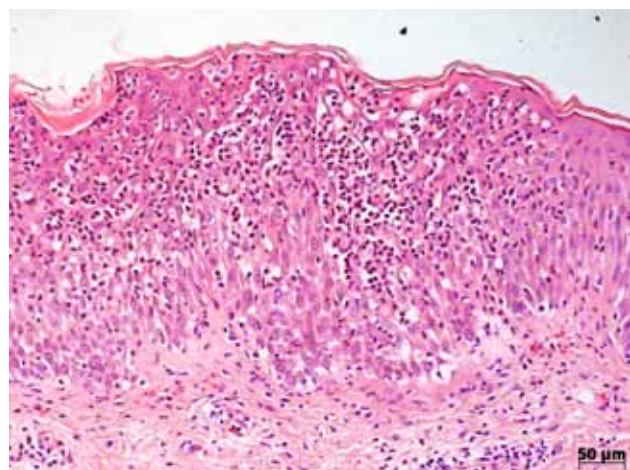
*Результаты лабораторных исследований.* Клинический анализ крови: тр.  $384 \times 10^9/\text{л}$ , л.  $34,9 \times 10^9/\text{л}$ ;



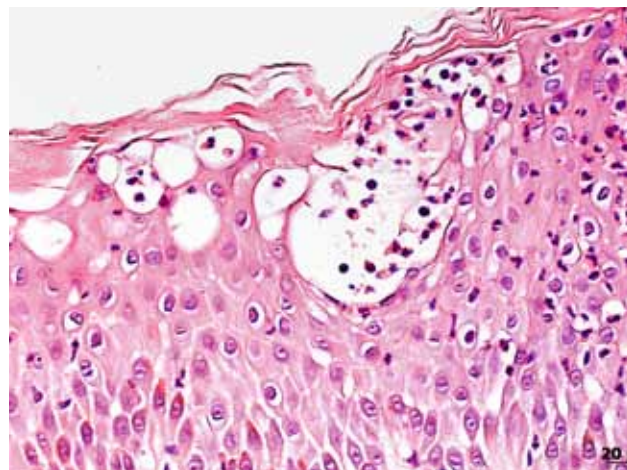
а



б



в



г

Рис. 2.

Патоморфологическое исследование кожи (окраска гематоксилином и эозином):

а — акантоз умеренный, в дерме исключительно периваскулярно выраженные продуктивные воспалительные инфильтраты,  $\times 100$ ; б — на фоне спонгиоза эпидермиса массивная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами во всю толщу шиповатого слоя,  $\times 200$ ; в — в краю элемента сыпи мелкие интраэпидермальные везикулы, преимущественно с субкорнеальной локализацией, содержащие небольшое количество нейтрофильных лейкоцитов,  $\times 200$ ; г — пустулы Когоя: интраэпидермальные скопления нейтрофильных лейкоцитов,  $\times 400$

мц — 5%, мтц — 6%, п. — 20%, с. — 59%, лимф. — 8%, мон. — 2%; СОЭ 34 мм/ч, токсическая зернистость ++. Биохимический анализ крови: калий 5,8 ммоль/л, общий белок 58,0 г/л, АлАТ 260,7 Е/л, АсАТ 62,4 Е/л. Общий анализ мочи: в норме. С-реактивный белок 120 мг/л. Антител к ВИЧ, HBsAg, ВГС не выявлено. Посев крови на стерильность: роста микрофлоры не обнаружено. Посев раневого отделяемого на микрофлору и определение чувствительности выделенных культур к антибиотикам: роста микрофлоры не обнаружено.

*Ультразвуковое исследование абдоминальное.* Ультразвуковые признаки калькулезного холецистита, диффузных изменений в печени по типу жирового гепатоза, диффузных изменений в поджелудочной железе.

*Гистологическое исследование биоптата кожи.* Пациенту выполнено гистологическое исследование кожи, обнаружено, что элемент сыпи представляет собой интраэпидермальную пустулу. Акантоз умеренный, в дерме исключительно периваскулярно выраженные продуктивные воспалительные инфильтраты. На фоне спонгиоза эпидермиса массивная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами во всю толщу шиповатого слоя. Обнаружены пустулы Когоя: интраэпидермальные скопления нейтрофильных лейкоцитов. В краю элемента сыпи мелкие интраэпидермальные везикулы, преимущественно с субкорнеальной локализацией, содержащие небольшое количество нейтрофильных лейкоцитов (см. рис. 2).

### Заключение

Микроскопическая картина интраэпидермальной пустулы. Складывается впечатление о пустулезном псориазе.

На основании анализа жалоб, анамнеза, общего и локального статуса, данных лабораторного и гистологического исследований больному поставлен диагноз: генерализованный пустулезный псориаз, осложненный пиодермией. Синдром системной воспалительной реакции (ССВР). Псориатический артрит?

*Проведено лечение.* При поступлении был назначен преднизолон 2,5 мг/кг (300 мг) в сутки с постепенным снижением дозы до 0,5 мг/кг (60 мг) в сутки, антибиотики широкого спектра действия, системный антимикотик, нестероидные противовоспалительные средства, десенсибилизирующие препараты, антигистаминные средства, гепатопротекторы, омепразол, гипотензивные, мочегонные средства. Наружно: фукорцин, примочки с растворами антисептиков, крем — комбинация бетаметазона дипропионата, клотримазола и гентамицина сульфата, крем гидрокортизона 17-п-бутират, эмоленты.

На фоне вышеуказанной терапии после однократного введения методжекта отмечалось резкое появление новых пустулезных высыпаний, поэтому он был отменен и продолжена только системная глюкокортикостероидная терапия.



Рис. 3. Клинические проявления генерализованного пустулезного псориаза у пациента 39 лет (на 14-е сутки терапии)

Учитывая тяжесть состояния, признаки интоксикации, гиповолемии, продолжающиеся потери жидкости и развитие ССВР, больному проводилась инфузионная терапия коллоидно-кристаллоидными растворами в объеме 2200 мл. В качестве коллоидного плазмозамещающего раствора использовался гелофузин.

Во время инфузионной терапии проводился контроль водного баланса организма, электролитного состава сыворотки крови и общеклинических анализов. При стабилизации состояния объем инфузионной терапии снижен с последующей отменой.

Пациент выписан с клиническим улучшением (рис. 3).

Таким образом, несмотря на достижения современной медицины, по-прежнему отсутствует единый алгоритм в лечении генерализованного пустулезного псориаза, тяжелые клинические проявления которого требуют включения в комплексную терапию системных глюкокортикостероидов, хотя это и противоречит стандартам лечения других форм псориаза. ■

## Литература

- Schäfer T. Epidemiology of psoriasis. Review and German perspective. *Dermatology* 2006; 212 (4): 327—37.
- Znamenskaya L.F., Melekhina L.Ye., Bogdanova Ye.V., Mineyeva A.A. Psoriasis incidence and prevalence in the Russian Federation. *Vestn Dermatol Venerol* 2012; 5: 20—29. [Знаменская Л.Ф., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В., Минеева А.А. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации. *Вестн дерматол венерол* 2012; (5): 20—29.]
- Kungurov N.V., Kohan M.M., Kenicksfest Y.V. Biological therapy of patients with severe psoriasis. *Vestn Dermatol Venerol* 2012; 4: 91—95. [Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кениксфест Ю.В. Биологическая терапия больных тяжелыми формами псориаза. *Вестн дерматол венерол* 2012; (4): 91—95.]
- Klaus Volf, Loujell A. Goldsmit, Stiven I. *Кас. Dermatologija Ficpatrika v kliničkoj praktike: v 3 t.* М: Binom; 2012. Т. I. [Клаус Вольф, Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац. *Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т.* М: Бином; 2012. Т. I.]
- Molochkov V.A. Psoriaz i psoriatičeskij artrit. М: Tovarishhestvo nauchnyh izdanij KMK; Avtorskaja akademija; 2007. [Молочков В.А. Псориаз и псориатический артрит. М: Товарищество научных изданий КМК; Авторская академия; 2007.]
- Sergeev Ju.V. *Budni dermatologa.* М: Studija MDV; 2012. [Сергеев Ю.В. *Будни дерматолога.* М: Студия МДВ; 2012.]

### об авторах:

В.А. Охлопков — д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России

О.В. Правдина — к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России

А.А. Чермошнцев — зам. главного врача по медицинской части БУЗОО «Клинический кожно-венерологический диспансер», Омск

Т.В. Репина — к.м.н., зав. кожным отделением БУЗОО «Клинический кожно-венерологический диспансер», Омск

Е.И. Полещук — врач-дерматовенеролог, анестезиолог-реаниматолог, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России

В.Г. Гудошник — врач-дерматовенеролог кожного отделения БУЗОО «Клинический кожно-венерологический диспансер», Омск

Р.В. Городилов — к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье