

Сочетанная патология: клинические наблюдения

М. М. Тлиш, Е. Б. Поповская, Н. Л. Сычева, Н. В. Сорокина, Ф. А. Псавок

¹ ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России
350063, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4

Проанализированы данные литературы о полиморбидности иммунозависимых дерматозов. Они подтверждают возможность сочетания иммунозависимых заболеваний, обусловленных наличием иммунных и метаболических нарушений, которые характерны для большинства хронических дерматозов и могут свидетельствовать о возможном сочетании нескольких нозологий.

Представлены два клинических случая полиморбидности. В первом случае демонстрируется сочетание у одной пациентки красного плоского лишая, атрофодермии идиопатической Пазини — Пьерини и разноцветного лишая, во втором — сочетание 4 видов дерматологической патологии: роговой экземы, вульгарного псориаза, склеродермии и розацеа. Больным проведено комплексное клиническое обследование, а также гистоморфологическое исследование биоптатов кожи.

Представленные клинические случаи демонстрируют возможность сочетания нескольких заболеваний кожи у одного пациента, объединенных общими этиологическими и патогенетическими механизмами.

Ключевые слова: **полиморбидность, красный плоский лишай, разноцветный лишай, атрофодермия идиопатическая Пазини — Пьерини, роговая экзема, вульгарный псориаз, склеродермия, розацеа.**

Контактная информация: el_popovskay@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2017; (4): 66—73.

Associated pathology: clinical observation

M. M. Tlish, E. B. Popovskaya, N. L. Sycheva, N. V. Sorokina, F. A. Psavok

RAMS at Kuban state medical university of Ministry of health of Russia
Sedina str., 4, Krasnodar, 350063, Russia

The article analyzes the literature on polymorbidity of immune dermatoses. They confirm the possibility of combining with each other immune diseases, due to the presence of immune and metabolic abnormalities that are characteristic for the majority of chronic dermatoses and may indicate the possibility of combining several nosology.

We present 2 clinical cases polymorbidity. In the first case — a combination demonstrated in one patient planus, idiopathic atrophoderma Pasini — Pierini and multi-colored lichen. In the second case detected combination of 4 kinds of dermatological diseases — horny eczema, psoriasis vulgaris, scleroderma, and rosacea. Patients underwent complex clinical examination and histomorphological examination of skin biopsies.

The presented clinical cases demonstrate the possibility of a combination of several skin diseases in one patient with common etiopathogenic mechanisms.

Key words: **polymorbidity, lichen planus, pityriasis versicolor, idiopathic atrophoderma Pasini — Pierini, horn eczema, vulgar psoriasis, scleroderma, rosacea.**

Corresponding author: el_popovskay@mail.ru Vestnik Dermatologii i Venerologii 2017; 4: 66—73.

■ Полиморбидность — состояние, связанное с наличием у пациента нескольких заболеваний и обусловленное множеством патологических процессов, квалифицирующихся как нозологические формы, синдромы, симптомы и клинико-диагностические признаки [1—3].

В основе термина «полиморбидность» лежат две составляющие: “poly” и “morbidity”. В переводе с греческого языка “poly” — «много, множество», а “morbidity” имеет латинское происхождение и означает «заболеваемость» [4]. В практике врача явление полиморбидности отмечается у подавляющего числа пациентов. Сложно встретить больного с одной патологией, часто у него присутствуют одновременно два и более заболевания [5, 6].

В дерматологии полиморбидность довольно распространена и актуальна, но вместе с тем недостаточно изучена. В общепринятой терминологии такого понятия не существует. В литературе все чаще встречаются термины «коморбидность», «мультиморбидность», «мультикаузальный диагноз». Также используют синонимы «мультифакториальные заболевания», «полипатия», «плюрипатология» [1—3, 7, 8]. В настоящее время полиморбидность определена как наличие множественных заболеваний, возможно, не связанных между собой. С возрастом число сочетанной патологии существенно растет — от 10% у пациентов в возрасте до 19 лет и до 80% у лиц 80 лет и старше. По данным исследования M. Fortin, явление полиморбидности распространено среди пожилых людей — до 98%, у больных среднего возраста — до 93%, у молодых людей встречается до 69% [1, 3, 7]. Развитие полиморбидности приводит к появлению группы заболеваний, объединенных в одних случаях общим патогенетическим механизмом, в других — причинно-следственной трансформацией [8].

Полиморбидность — неоднородное состояние. Выделяют три формы взаимовлияния заболеваний: синтропия (взаимное притяжение) — сочетание двух и более патологических состояний с общими этиологическими и патогенетическими механизмами; дистропия (взаимное отталкивание) — невозможность сочетания болезней; нейтропия (нейтральное состояние, хронологическая коморбидность) — случайное сочетание болезней. Взаимное действие сочетанной патологии, возраста и лекарственного патоморфоза существенно изменяет клинику, течение основного патологического процесса, характер и степень тяжести осложнений, а также ухудшает качество жизни пациента, ограничивает или затрудняет диагностику и лечение нозологий [1, 2, 7]. Это приводит к назначению одновременно большого количества лекарственных препаратов (зачастую до 10—15) и может повлечь за собой снижение эффективности лечения, увеличивая тем самым число побочных эффектов.

В практике дерматолога все чаще стало встречаться несколько заболеваний кожи у одного пациента. Описаны случаи сочетания синдрома Литтла — Ла-

сюзера, бляшечной склеродермии, инверсных акне и болезни Шамберга, красной волчанки и красного плоского лишая, ихтиоза и красной волчанки, атопического дерматита и витилиго, распространенного вульгарного псориаза, пустулезного псориаза Барбера и вульгарного ихтиоза, склеродермии и псориаза и др. [3, 7, 9, 10].

Полиморбидность у современного пациента, переплетение жалоб, стертость клинической картины делают процесс диагностики поисковым, творческим, при котором оптимальное решение не всегда находится в сфере стандартных путей [7].

Приводим описание двух клинических случаев, демонстрирующих примеры полиморбидности.

Клинический случай 1

В стационарном отделении ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» (ККВД) МЗ КК под нашим наблюдением с апреля 2014 г. находилась **пациентка Т.** 24 лет. При сборе анамнеза выяснилось, что впервые высыпания появились в 2011 г. на коже живота. Обратилась к дерматологу в поликлинику по месту жительства, где был поставлен диагноз: очаговая склеродермия. После лечения препаратами, которые пациентка затруднилась назвать, отмечалось улучшение состояния кожных покровов. Последнее обострение ни с чем не связывает, наступило в марте 2014 г., когда появились новые высыпания на коже шеи, плечевого сустава, груди. В это же время отмечала появление зудящих папулезных высыпаний на коже лучезапястных и голеностопных суставов. Дерматологом по месту жительства была направлена в ГБУЗ ККВД МЗ КК.

При осмотре кожный патологический процесс имел распространенный симметричный характер. В области боковых поверхностей живота и спины, преимущественно вдоль позвоночника, визуализировались множественные пятна диаметром от 2 до 20 см от желтовато-коричневого до фиолетово-коричневого цвета неправильной округлой формы с фестончатыми краями, четкими границами, мягкой консистенции и с участками незначительной атрофии в центре (рис. 1а, б). Пото- и салоотделение в очагах снижено. На коже верхних и нижних конечностей на сгибательных поверхностях лучезапястных суставов, предплечий и в области тыльной поверхности стоп наблюдались милиарные папулы красновато-розового цвета с сиреневым оттенком полигональной формы с небольшим пупкообразным вдавлением в центре. На поверхности папул визуализировались опаловидные белые точки и полоски. На слизистой оболочке полости рта в области щек наблюдались милиарные белесоватые папулы с нечеткими границами, расположенные сгруппировано в виде кружева (рис. 1в, г). На коже туловища в области груди и боковой поверхности шеи слева с переходом на кожу левого плеча локализовались пятна округлой формы с четкими границами, сливающиеся



а



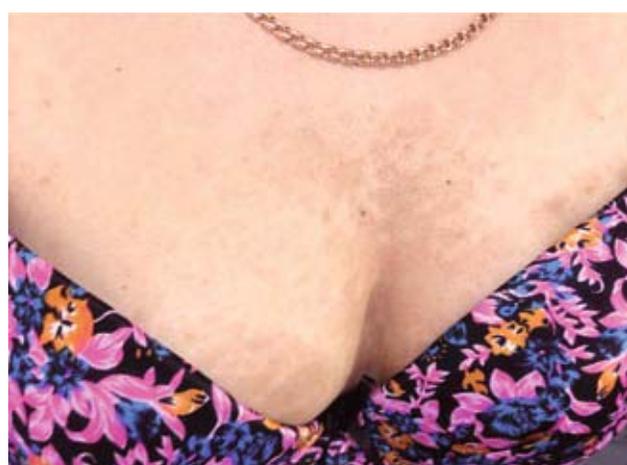
б



в



г



д



е

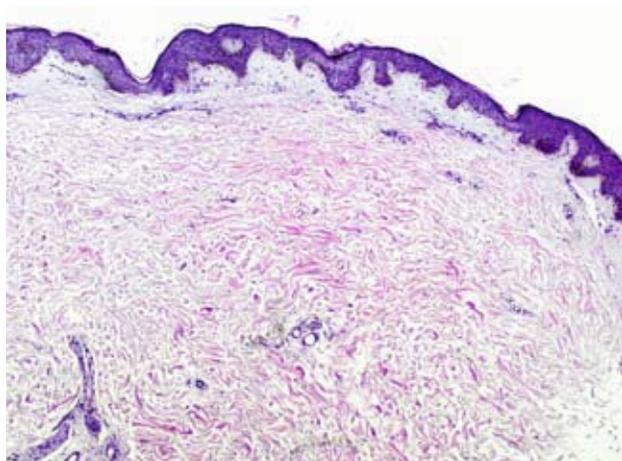
Рис. 1. Клинические проявления при поступлении в стационар. Больная Т.:
а, б — атрофодермия идиопатическая Пазини — Пьерини; *в, г* — красный плоский лишай; *д, е* — разноцветный лишай

в очаги с фестончатыми краями от бледно-кремовой окраски на коже шеи и плеча до бурой на коже груди и незаметным отрубевидным шелушением на поверхности, усиливающимся при поскрабливании. При смазывании очагов поражения и соседних участков здоровой кожи 5% настойкой йода высыпания окрашивались интенсивнее, чем окружающая их здоровая кожа (рис. 1д, е). Субъективно пациентку беспокоил периодический зуд.

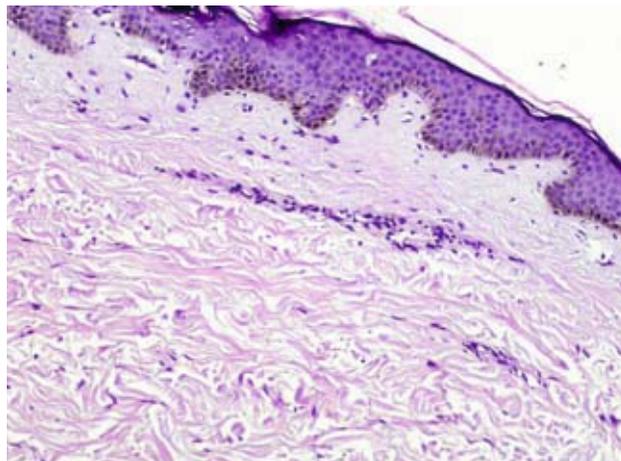
Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови — в пределах нормы. При микроскопическом исследовании на патогенные грибы чешуек с кожи груди были обнаружены элементы гриба.

Для уточнения диагноза была проведена диагностическая биопсия кожи.

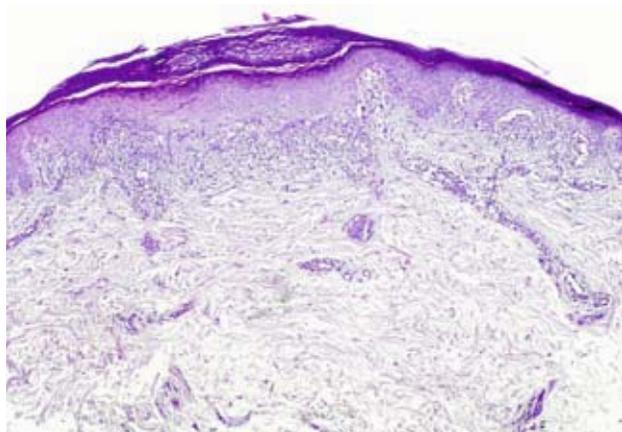
Биоптат с кожи живота (рис. 2а, б). Поверхность кожи волнистая. Эпидермис с тенденцией к атрофии.



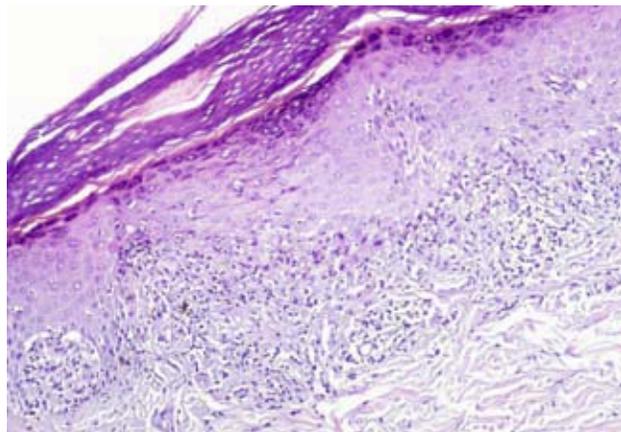
а



б



в



г

Рис. 2. Морфологические проявления дерматозов. Больная Т. (окраска гематоксилином и эозином): а — атрофодермия идиопатическая Пазини — Пьерини. Эпидермис с тенденцией к атрофии. В дерме участки отека и гомогенизации коллагеновых волокон. $\times 40$; б — атрофодермия идиопатическая Пазини — Пьерини. Эпидермис с тенденцией к атрофии. Повышено содержание меланина в базальных клетках эпидермиса. Под эпидермисом участки гомогенизации и базофилии коллагеновых волокон. Сосуды спазмированы. Скучные периваскулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты. $\times 100$; в — красный плоский лишай. Сетчатый гиперкератоз. Умеренно выраженный акантоз. Гранулез. Под эпидермисом — лихеноидный лимфогистиоцитарный инфильтрат. $\times 40$; г — красный плоский лишай. Сетчатый гиперкератоз. Умеренно выраженный акантоз. Гранулез. Вакуольная дистрофия базального слоя. Под эпидермисом — диффузный полосовидный лимфогистиоцитарный инфильтрат с меланофагами, размывающий дермо-эпидермальную границу. В верхней трети дермы сосуды пролиферируют. $\times 100$

Повышено содержание меланина в базальных клетках эпидермиса. Под эпидермисом участки гомогенизации и базофилии коллагеновых волокон. Сосуды спазмированы, просветы некоторых расширены. Скудные периваскулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты с примесью единичных нейтрофилов. В сетчатом слое коллагеновые волокна тонкие, фрагментированные, местами гомогенизированные. Потовые железы располагаются внутри дермы.

Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных может соответствовать атрофодермии идиопатической Пазини — Пьерини.

Биоптат с кожи тыльной поверхности правой стопы (рис. 2в, г). Сетчатый гиперкератоз. Умеренно выраженный акантоз. Гипергранулез. Вакуольная дистрофия базального слоя. Под эпидермисом — диффузный полосовидный лимфогистиоцитарный инфильтрат с меланофагами, размывающий дермо-эпидермальную границу. В верхней трети дермы сосуды пролиферируют, стенки их утолщены, экстравазаты.

Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных может соответствовать красному плоскому лишая.

На основании клинической картины, данных микроскопического и гистологического исследований поставлен окончательный диагноз: красный плоский лишай; атрофодермия идиопатическая Пазини — Пьерини; разноцветный отрубевидный лишай.

Клинический случай 2

Больная Э. 54 лет обратилась на кафедру дерматовенерологии Кубанского государственного медицинского университета в апреле 2015 г. с жалобами на высыпания на коже лица, кистей, локтевых суставов и живота.

Первые бляшечные элементы в области разгибательной поверхности локтей, сопровождающиеся легким периодическим зудом, появились в 1986 г. после перенесенного стресса. В 1998 г. на фоне психоэмоционального напряжения в области живота заметила высыпания, которые никак не беспокоили. После применения нетрадиционных методов лечения, которые затруднилась назвать, отмечала длительную ремиссию. В феврале 2015 г. появились новые высыпания под молочными железами, на коже кистей и лица. Дерматологом по месту жительства пациентке был поставлен диагноз склеродермии.

На момент осмотра кожный патологический процесс имел распространенный симметричный характер. На коже лица в области щек и подбородка наблюдалась эритема розового цвета с нечеткими границами с наличием единичных милиарных розово-красных папул и пустул диаметром 3 мм (рис. 3а). На коже верхних конечностей на боковых поверхностях паль-

цев кистей с переходом на тыльную и ладонную поверхность наблюдались зудящие папулы и везикулы, расположенные на плотном основании, не вскрывающиеся, с наличием чешуек на поверхности (рис. 3б). В области разгибательной поверхности локтей визуализировались розово-красные лентикулярные и нумулярные папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками (рис. 3в). На коже туловища в области боковой поверхности живота и под молочными железами слева располагались множественные пятна розово-коричневого цвета неправильной формы от 10 до 20 см в диаметре с фестончатыми краями, четкими границами, мягкой консистенции и участками незначительной атрофии в центре (рис. 3г). Пото- и салоотделение в очагах снижено.

Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови — в пределах нормы.

Для уточнения диагноза было проведено гистологическое исследование.

Биоптат с кожи правой щеки (рис. 4а). Устья волосяных фолликулов расширены, заполнены роговыми массами и клеточным детритом. Эпидермис нормальной толщины. Экзоцитоз. Дерма отечна. Поверхностные сосуды расширены, капилляры пролиферируют. В верхних отделах дермы умеренно выраженные густые перифолликулярные и периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты с нейтрофилами, фибробластами и тучными клетками. Под эпидермисом коллагеновые волокна отечные, базофильные.

Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных соответствует розовым угрям.

Биоптат с кожи ладонной поверхности левой кисти (рис. 4б). Выраженный гиперкератоз. Участки паракератоза. Умеренно выраженный акантоз. Участки вакуольной дистрофии и спонгиоза шиповатых клеток, вплоть до образования многочисленных пузырьков в верхних отделах эпидермиса. Экзоцитоз. Сосуды расширены. В верхних отделах дермы отек, умеренно выраженные диффузные и периваскулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов.

Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных соответствует роговой экземе.

Биоптат с кожи левой локтевой области (рис. 4в). Гиперкератоз. Участки паракератоза. Множественные микроабсцессы Мунро в роговом слое. Умеренно выраженный акантоз с псориазиформным типом гиперплазии эпидермиса и истончением супрапапиллярных отделов. Гиперактивность базального слоя эпидермиса. Экзоцитоз. Сосочки дермы отечны, капилляры извиты и расширены. В верхних отделах дермы диффузные и периваскулярные умеренно выраженные гистиолимфоцитарные инфильтраты с нейтрофилами.



а



б



в



г

Рис. 3. Клинические проявления, выявленные при первичной консультации. Больная Э.:
а — розацеа; б — роговая экзема; в — псориаз; г — склеродермия

Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных соответствует псориазу.

Биоптат с кожи левой боковой поверхности туловища (рис. 4г). Эпидермис с тенденцией к атрофии. Вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпидермиса. Местами повышено содержание меланина в базальном слое. Количество сосудов уменьшено, просветы облитерированы. В верхних отделах дермы утолщенный базофильный гомогенизированный коллаген. Потовые железы сохранены.

Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных соответствует склеродермии.

На основании клинических и патоморфологических данных пациентке были поставлены следующие диагнозы: розацеа, роговая экзема, вульгарный псориаз, склеродермия.

Полиморбидность оказывает большое влияние на клинические проявления дерматозов, их диагностику, прогноз и лечение. Описанные клинические случаи представляют значительный интерес, так как

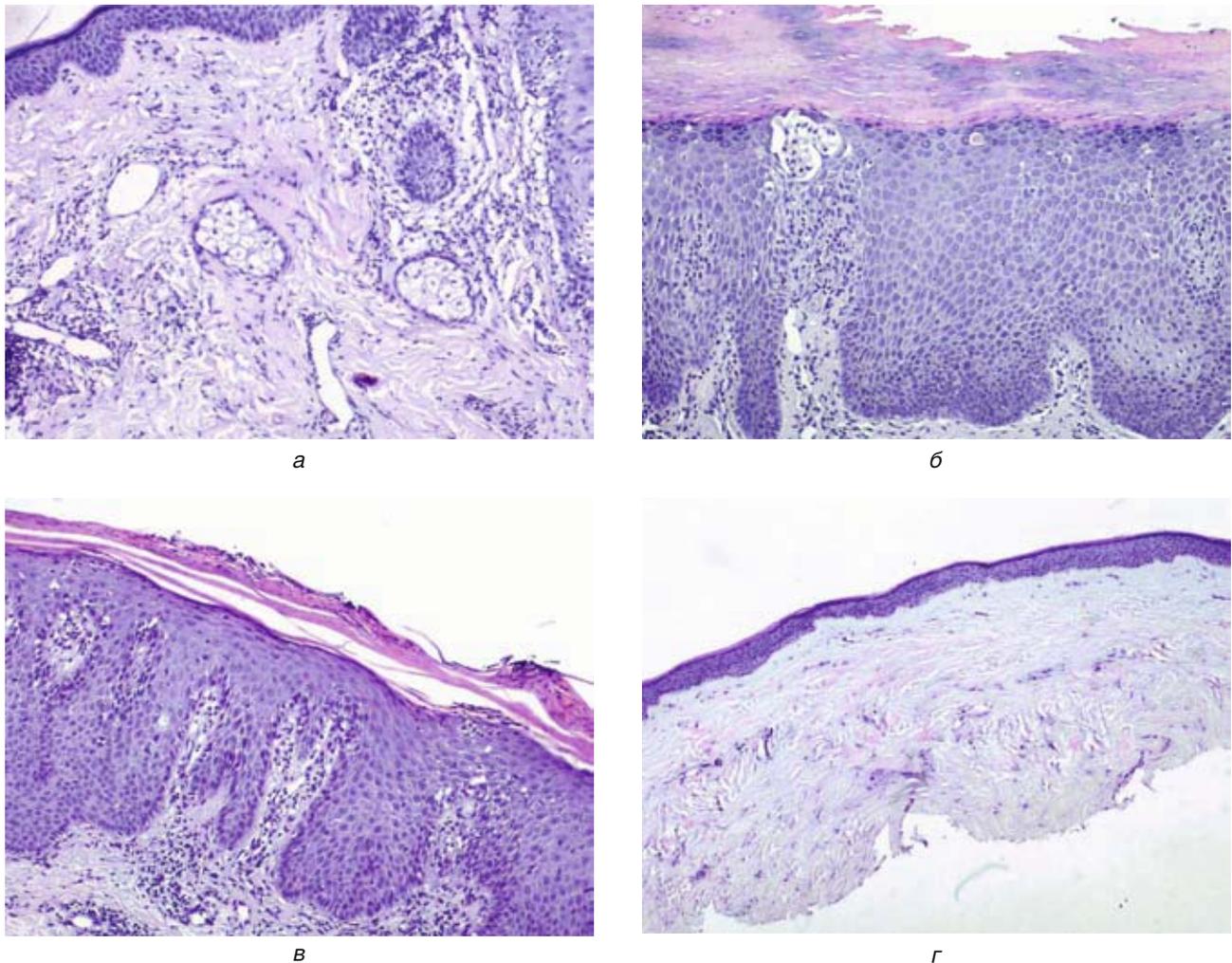


Рис. 4. Морфологические проявления дерматозов. Больная Э. (окраска гематоксилином и эозином): а — розацеа. Эпидермис нормальной толщины. Поверхностные сосуды расширены, капилляры пролиферируют. В верхних отделах дермы — умеренно выраженные перифолликулярные и периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. $\times 100$; б — роговая экзема. Выраженный гиперкератоз. Умеренно выраженный акантоз. Участки вакуольной дистрофии и спонгиоза клеток шиповатого слоя. Внутриэпидермальный пузырек. Экзоцитоз. Сосуды расширены. $\times 100$; в — вульгарный псориаз. Гиперкератоз с участками паракератоза. Микроабсцессы Мунро в роговом слое. Умеренно выраженный акантоз с псориазiformным типом гиперплазии эпидермиса. Сосочки дермы отечны, капилляры извиты и расширены. В верхних отделах дермы периваскулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты. $\times 100$; г — склеродермия. Эпидермис атрофичен. В дерме утолщенный базофильный местами гомогенизированный коллаген. Количество сосудов уменьшено, просветы облитерированы. $\times 40$

затрагивают достаточно распространенные в практике врача-дерматовенеролога нозологии. У первой пациентки было выявлено одновременное сочетание трех дерматозов: красного плоского лишая, атрофо-

дермии идиопатической Пазини — Пьерини и разноцветного отрубевидного лишая, у второй — четырех заболеваний кожи — роговой экземы, вульгарного псориаза, склеродермии и розацеа. ■

Литература

- Fortin M., Bravo G., Hudon C., Vanasse A., Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 2005 May—Jun; 3 (3): 223—228.
- Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J.F., Roos S., Knottnerus J.A. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of cooccurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998 May; 51 (5): 367—375.
- Tlisch M.M., Sycheva N.L., Popovskaya E.B., Shevchenko A.G. The case of combined pathology in dermatological practice. *Klini dermatol venerol* 2014; (1): 37—40. Russian [Тлиш М. М., Сычева Н. Л., Поповская Е. Б., Шевченко А. Г. Случай сочетанной патологии в дерматологической практике. *Клин дерматол венерол* 2014; (1): 37—40.]
- Nurgazizova A.K. The origin, development and modern interpretation of the concepts of «comorbidity» and «polymorbidity». *Kazanskij medicinskij zhurnal* 2014; 95 (2): 292—296. [Нургазизова А. К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «коморбидность» и «полиморбидность». *Казанский медицинский журнал* 2014; 95 (2): 292—296.]
- Zajrat'yanc O.V., Kakturskij L.V. Formulation and comparison of clinical and pathologic diagnoses. *Spravochnik*. M.: MIA 2008; p. 13—30. [Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. *Справочник*. М.: МИА 2008; 13—30.]
- Morbid anatomy. Kurs lekcij. Uchebnoe posobie. Serova V.V., Palceva M.A. M.: Medicina 1998. [Патологическая анатомия. Курс лекций. Учебное пособие. Под ред. В. В. Серова, М. А. Пальцева. М.: Медицина 1998.]
- Tlisch M.M., Kathanova O.A., Naatyzh ZHYU, Popovskaya EB, Sycheva NL. Psoriasis patient ichthyosis. *Ross zhurn kozhn ven bol* 2015; (2): 34—39. [Тлиш М. М., Катханова О. А., Наатыж Ж. Ю., Поповская Е. Б., Сычева Н. Л. Псориаз у больного ихтиозом. *Рос журн кожн и вен бол* 2015; (2): 34—39.]
- Lazebnik L.B. Polymorbidity and aging. *Novosti medicine i farmacii* 2007; (1): 205. [Лазебник Л. Б. Полиморбидность и старение. *Новости мед и фармац* 2007; (1): 205.]
- Kathanova O.A., Kathanov A.M., Ryzhih O.V., Tlisch M.M. The combination of linear verrucous epidermal nevus inflammatory (ilven) with psoriasis. *Klin dermatol venerol* 2008; (3): 28—31. [Катханова О. А., Катханов А. М., Рыжих О. В., Тлиш М. М. Сочетание линейного эпидермального веррукозного воспалительного невуса (ilven) с псориазом. *Клин дерматол венерол* 2008; (3): 28—31.]
- Gyul'aliev D.M. Combination scleroderma and psoriasis. *Klin dermatol venerol* 2015; 14 (4): 20—22. [Гюльалиев Д. М. Сочетание склеродермии и псориаза. *Клин дерматол венерол* 2015; 14 (4): 20—22.]

об авторах: ▶

М. М. Тлиш — д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар
 Е. Б. Поповская — ассистент кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар
 Н. Л. Сычева — к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар
 Н. В. Сорокина — ассистент кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар
 Ф. А. Псавок — к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Конфликт интересов

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