

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА И ПСОРИАЗИФОРМНЫХ СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н.Н. МУРАШКИН, А.А. КУБАНОВА

Current clinical features in the course of psoriasis and psoriasiform states in children

N.N. MURASHKIN, A.A. KUBANOVA

Об авторах:

Н.Н. Мурашкин — зав. детским стационарным отделением, ГУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» Департамента здравоохранения Краснодарского края, к.м.н.

А.А. Кубанова — директор ФГУ «ГНЦДК Минздравсоцразвития России», академик РАМН, г. Москва, д.м.н., профессор

Проведены клинико-диагностические параллели современных особенностей течения псориаза и ряда псориазиформных дерматозов в детском возрасте. Указан ряд клинических симптомов, которые необходимо учитывать для точной дифференциальной диагностики различных дерматологических состояний у детей, что в ряде случаев бывает затруднительным.

Ключевые слова: псориаз, псориазиформные дерматозы, дети.

Clinical and diagnostic parallels between the current clinical features in the course of psoriasis and a number of psoriasiform dermatoses in children were drawn. The authors specified a number of clinical symptoms to be taken into consideration to ensure accurate differential diagnostics of different dermatological conditions in children, which can be difficult in a number of cases.

Key words: psoriasis, psoriasiform dermatoses, children.

Цель работы: изучить особенности современного течения псориаза и псориазиформных дерматозов в детском возрасте, определить характерные признаки дифференциальной диагностики.

На базе детского отделения ГУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» Департамента здравоохранения Краснодарского края был выполнен анализ клинических случаев с точки зрения дифференциальной диагностики псориаза и псориазиформных дерматозов у детей. Под наблюдением находились 380 детей с диагнозом псориаза и другими псориазиформными папулосквамозными дерматозами, возраст детей колебался от 6 мес. до 17 лет (средний возраст $11,3 \pm 2,8$ года), получавших стационарное и амбулаторное лечение в период 2000—2010 гг. Девочек было на $13,6 \pm 1,7\%$ больше, чем мальчиков ($56,8 \pm 2,5$ и $43,2 \pm 2,5\%$ соответственно).

Особенности строения кожи ребенка в различные возрастные периоды, характер ухода, качество и рациональность питания, наличие интеркуррентных патологических состояний и прием лекарственных препаратов для их лечения, кон-

такт со средствами бытовой химии, поллютантами внешней среды или жилища, материалами одежды или обуви — все это и многое другое отражается на состоянии кожи [1]. При современных условиях и ритме жизни указанные влияния посредством сложных разнонаправленных механизмов приводят к формированию различных гиперергических состояний и болезней, вызывающих стойкие морфофункциональные нарушения кожного покрова ребенка. В клинической практике это выражается в формировании ряда особенностей клинической картины и течения дерматозов, нередко затрудняющих постановку правильного диагноза [2].

Так, клиническая картина каплевидного псориаза у детей, зачастую возникающего после перенесенной острой стрептококковой инфекции, все чаще напоминает каплевидную форму парапсориаза [3, 4]. С одной стороны, сходство симптомов обусловлено склонностью кожи детей к экссудативным реакциям, с другой — общеизвестными опосредованными стрептококками иммунными реакциями с поражением сосудистой стенки, обусловливающими формирование буровато-красного оттенка папул, который может быть присущ обоим дерматозам. Эти же факторы, по-видимому, лежат в основе появления по-

ложительного симптома пурпуры у некоторых пациентов с данной формой псориаза в наших наблюдениях. Также особенности шелушения в очагах поражения в различные возрастные периоды могут обуславливать появление отличий от классической картины заболевания. Это выразилось, в частности, в наличии у ряда детей с псориазом симптома облатки наряду с типичными элементами, покрытыми серебристо-белыми чешуйками [5]. Поставить диагноз в таких случаях помогают сбор наследственного анамнеза, полный осмотр всего кожного покрова ребенка, выявление типичной для псориаза локализации высыпаний [8, 9]. Также следует учитывать отсутствие сочетанной клинической симптоматики, характерной для парапсориаза, в виде наличия папул с облатками и одновременно типичных псориазических папул с характерным шелушением [10]. Окончательная постановка диагноза возможна после проведения гистологического исследования. На рис. 1 и 2 представлены клинические случаи с описанной выше клинической картиной. Также определенные сложности вызывает дифференциальная диагностика псориаза у пациентов со скудными проявлениями болезни и расположением высыпаний в нетипичных местах, что зачастую уводит врача в сторону от постановки правильного диагноза. В данной ситуации необходимо подробно уточнять анамнез заболевания, а также учитывать возможные особенности клинической картины псориаза с атипичной локализацией высыпных элементов в детском возрасте. При невозможности проведения диагностической биопсии диагноз уточняется в процессе динамического наблюдения (рис. 3). При гистологическом исследовании у пациента в представленном на рис. 3 клиническом случае (рис. 4) выявляются изменения, соответствующие псориазу: выраженный гиперкератоз, паракератоз, микроабсцессы Мунро под роговым слоем, выраженный акантоз с псориазиформным типом гиперплазии эпидермиса и истончением супрапапиллярных отделов, гиперактивность базального слоя эпидермиса, отек сосочков дермы, извитые и расширенные капилляры, экстравазаты, значительные периваскулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов [5].

На рис. 5 представлен случай псориаза ладоней и подошв у больного Д., 3 лет. На рис. 6 — гистологический препарат кожи этого пациента.

Одним из важных факторов, затрудняющих диагностику, является расположение псориазиформных элементов в типичных для псориаза анатомических областях [6, 7].

Так, основными признаками красного волосяного лишая Девержи являются остроконечные фолликулярные папулы с роговыми пробками на коже верхней половины туловища в виде милиарных



Рис. 1. Каплевидный псориаз у больной Ч., 9 лет. Высыпания на коже бедер



Рис. 2. Каплевидный парапсориаз с очагами поражения на коже бедер у больной С., 9 лет



а



б

Рис. 3. Каплевидный псориаз на коже уха (а) и разгибательной поверхности руки (б) у больного И., 8 лет

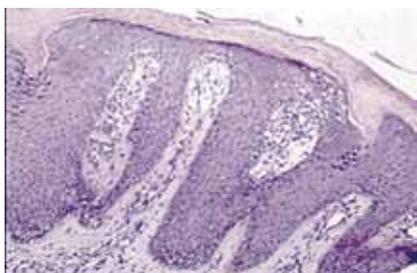


Рис. 4. Патогистологический препарат кожи больного И., 8 лет. Каплевидный псориаз (описание см. в тексте). Здесь и на рисунке 6, 9, 12, 16 окраска гематоксилином и эозином



Рис. 5. Псориаз ладоней и подошв у больного Д., 3 года

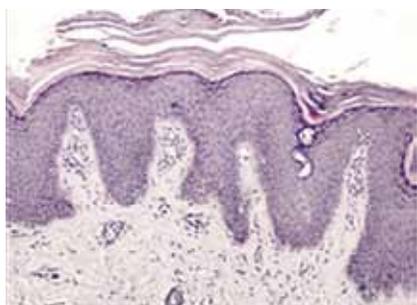


Рис. 6. Патогистологическая картина биопсийного материала кожи больного Д., 3 лет. Псориаз ладоней и подошв



Рис. 7. Красный волосной лишай Девержи у больного Т., 11 лет

узелков желтовато-красного цвета конической или уплощенной формы, расположенных нередко на фоне гиперемии. В центре узелков под чешуйкой или роговой пробкой можно обнаружить перекрученный пушковый волос. Он может также пронизывать роговую пробку, выступать над ней или закручиваться внутри роговой пробки, выявляясь только

при гистологическом исследовании кожи. Но в ряде случаев папулы могут сливаться в бляшки, напоминающие псориатические эффоресценции. В ряде случаев при фолликулярных формах псориаза особенно сложно провести дифференциальную диагностику. Тем не менее при внимательном осмотре ребенка практически всегда можно обнаружить мелкие типичные фолликулярные конусовидные папулы в окружности бляшек, при прикосновении к которым возникает ощущение терки. При классическом течении болезни Девержи бляшки имеют бледно-красный цвет, но у детей дошкольного и младшего школьного возраста в силу преобладания в коже экссудативных процессов цвет бляшек может быть ярко-красного цвета. Обычно бляшки покрыты обильными белесоватыми плотно сидящими чешуйками (рис. 7). При классической картине Девержи наиболее обильные высыпания располагаются на разгибательной поверхности конечностей. При этом в области коленных и локтевых суставов образуются зоны массивных роговых наслоений серовато-коричневого цвета. У детей данные симптомы, как правило, выражены весьма слабо и часто трактуются специалистами как проявления псориаза (рис. 8).

Гистологически определяются гиперкератоз, эрозия в эпидермисе, участки паракератоза в области эрозии, неравномерный умеренно выраженный акантоз с участками спонгиоза, вплоть до образования внутриэпидермальных пузырьков. Дermalные сосочки отечны, капилляры расширены. Стенки сосудов утолщены. Периваскулярные умеренные гистиолимфоцитарные инфильтраты с нейтрофилами и эозинофилами. В верхних отделах дермы участки базофилии коллагеновых волокон (рис. 9).

На лице фолликулярные папулы появляются редко. Чаше у детей отмечаются участки эритемы с шелушением на поверхности в области лба и глаз, которые постепенно прогрессируют, отчасти напоминая клинические проявления себорейной формы псориаза (рис. 10). Чешуйки, белесоватые вна-



Рис. 8. Красный волосистой лишаи Девержи с очагами поражения на разгибательной поверхности локтевого сустава у больной М., 13 лет

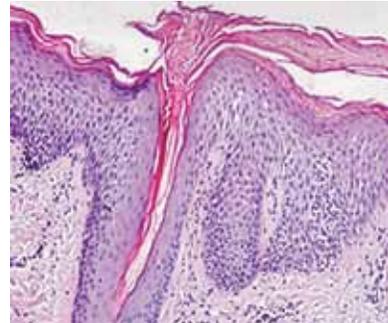


Рис. 9. Патогистологический препарат кожи больной М., 13 лет. Красный волосистой лишаи Девержи (описание см. в тексте)

чале, постепенно могут темнеть, приобретая серо-коричневый оттенок, и уплотняться.

При красном волосистом лишае Девержи, равно как и при псориазе, зачастую первые и единственные симптомы заболевания отмечаются в виде поражений кожи волосистой части головы: на фоне бледно-розовой эритемы появляются желтоватые, сероватые или асбестовидные круглые плотно сидящие толстые чешуйки. В начальной стадии процесс может не отличаться от себорейного, особенно если на других участках кожи характерные высыпания не визуализируются. Отсутствие поражения кожи волосистой части головы или его незначительная выраженность нетипичны для болезни Девержи и не очень характерны для псориаза. Важно отметить, что у детей другие симптомы заболевания могут длительное время отсутствовать и проявляться лишь через несколько месяцев или лет.

В связи с этим в детской дерматологической практике необходимо дифференцировать вышеуказанные состояния с асбестовидным лишаем, заболеваемость которым в последнее время увеличилась.

Асбестовидный лишаи (*tinea amiantacea*; син: педириаз асбестовидный, кератоз фолликулярный асбестовидный, себорея псориазиформная) — заболевание с неясной этиологией и патогенезом. В современных публикациях указывают на несколько возможных причин возникновения асбестовидного лишаи. Предполагают, что в основе этого заболевания лежит тяжелая форма себореи. Согласно другим мнениям, заболевание рассматривают как одну из клинических форм себорейной экземы волосистой части головы или простого лишаи, обусловленного пиококковой микрофлорой. В ряде случаев патология развивается на фоне псориаза, экземы, фолликулярного кератоза и других дерматозов. Более того, асбестовидный лишаи рассматривают в качестве экзематозной реакции кожи головы на имеющуюся инфекцию или воздействие травмы.



Рис. 10. Красный волосистой лишаи Девержи у больного С., 10 лет

По нашим наблюдениям, данное заболевание манифестирует самостоятельно и ничего общего с псориазом, равно как и с другими кожными заболеваниями, не имеет.

Причиной данной патологии, по нашему мнению, является наличие хронических очагов инфекции (чаще — стрептококковой, реже — стафилококковой или смешанной природы). Практически всегда при обследовании детей с асбестовидным лишаем выявляются хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов. С хорошим эффектом заболевание поддается терапии адекватными дозами антибактериальных препаратов из группы пенициллинов или цефалоспоринов.

У детей поражение кожного покрова чаще наблюдается преимущественно в области темени, реже — затылка и висков. Чешуйки напоминают волокна асбеста, которые с трудом отделяются. Асбестовидный лишаи всегда сопровождается зудом разной степени интенсивности. Волосы прилегают к коже, сухие, окутанные мелкими беловатыми чешуйками. При длительном существовании заболевания и отсутствии адекватной помощи



Рис. 11. Асбестовидный лишай у больной Г., 3 года

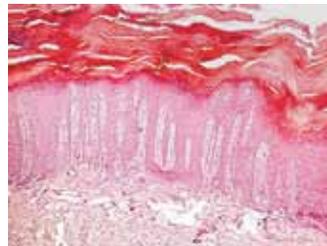


Рис. 12. Гистологический препарат биопсийного материала больной Г., 3 года. Асбестовидный лишай. Описание см. в тексте



Рис. 13. Псориаз волосистой части головы у больного В., 10 лет

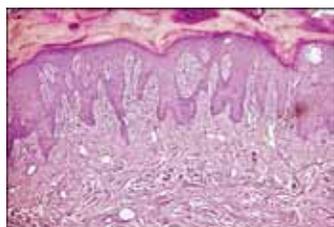


Рис. 14. Патогистологический препарат кожи больного В., 10 лет. Псориаз волосистой части головы



Рис. 15. Микробная экзема у больного В., 10 лет

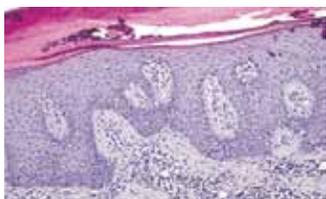


Рис. 16. Патогистологический препарат кожи больной В., 10 лет. Микробная экзема. Описание см. в тексте

щи нередко развивается диффузное поредение волос (рис. 11).

Для гистологической картины асбестовидного лишая характерны следующие изменения: гиперкератоз, паракератоз и небольшая лимфоцитарная инфильтрация вокруг волосяных фолликулов, а также дистрофические изменения сальных желез (рис. 12).

Клиническая картина и гистологические изменения при псориазе волосистой части головы, с которым необходимо проводить дифференциальную диагностику в данном случае, представлены на рис. 13 и 14.

Как уже упоминалось ранее, одна из особенностей течения дерматозов в последние годы заключается в появлении форм локализованного пустулезного псориаза, при котором имеется один или несколько гнойничков. Очаг поражения при этом может локализоваться на различных участках кожного покрова, в наших наблюдениях — чаще в области конечностей. По мнению некоторых исследователей, вероятность трансформации процесса на коже в генерализованный пустулезный псориаз при такой форме болезни очень мала [11].

В этой связи у детей на некоторых этапах эволюции кожного патологического процесса заболевание может напоминать очаг микробной экземы с присущими ей четкими границами и наслаиванием серозно-гнойных корок (рис. 15). Но после снятия корок открываются сгруппированные эрозии на местах пустулезных элементов, а явления точечного мокнутия отсутствуют. Течение заболевания волнообразное, хроническое, длительное.

В гистологическом препарате отчетливо видны явления гиперкератоза, паракератоз, пустулы под роговым слоем, единичные микроабсцессы Мунро в роговом слое (рис. 16).

Выводы

Таким образом, современные особенности течения псориаза и ряда псориазиформных дерматозов в детском возрасте требуют постоянного мониторинга и анализа с целью совершенствования

диагностики указанных состояний и улучшения возможностей своевременной и адекватной специализированной дерматологической помощи маленьким пациентам.

Литература

1. Бишарова А.С. Псориаз у детей. *Лечащий врач*. 2006; 9: 34—37.
2. Brouda I., Edison B., Van Cott A., Green B.A. Tolerability and cosmetic acceptability of liquor carbonis distillate (coal tar) solution 15% as topical therapy for plaque psoriasis. *Cutis* 2010; 85: 214—220.
3. Gottlieb A.B. A randomized trial of etanercept as monotherapy for psoriasis. *Arch Dermatol* 2003; 139: 1627—1632.
4. Владимиров В.В. Современные методы лечения псориаза. *Consilium medicum* 2006; 6: 1: 26—31.
5. Huerta C. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. *Arch. Dermatol* 2007; 143: 12: 1559—1565.
6. Robert C. Inflammatory skin diseases, T cells and immune surveillance. *N Engl J Med* 1999; 341: 1817—1828.
7. Терлецкий О.В. Псориаз. Дифференциальная диагностика «псориазоподобных» редких дерматозов. *Терапия*. СПб.: ДЕ-АН 2007; 512.
8. Владимиров В.В. Псориаз: этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика. *Качество жизни. Медицина*. 2006; 6(17) *Болезни кожи*. 38: 44.
9. Кочергин Н.Г. Псориаз: последние новости. *Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum* 2007; 2: 14—17.
10. Gelfand J., Weinstein R., Porter S.B. et al. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol* 2005; Dec; 141(12): 1537—41.
11. Elder David E., Elenitas, R., et al. *Histopathology of the skin*. Wolter Kluver. Lippincott. Williams and Wilkins. 2007; 166—183.