

doi: 10.17116/klinderma201716273-77

## Парапсориаз: клинко-терапевтические параллели

М.Н. ГАДЖИМУРАДОВ

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Махачкала, Россия, 127994

Представлены анализ данных литературы и собственные наблюдения трех вариантов парапсориаза: каплевидного, бляшечного и лихеноидного, каждый из которых может представлять самостоятельное заболевание. В обзоре литературы указано, что сегодня парапсориаз расценивают как доброкачественные иммунореактивные или лимфолиферативные дерматозы с участием Т-клеток. Дано описание и представлены фотоизображения каплевидного парапсориаза (КП). В зависимости от остроты течения КП различают три клинические формы: хроническую, подострую и острую, например, вариолиформный парапсориаз Габермана—Муха, *parapsoriasis lichenoides et varioliformis acuta* (PLEVA). Представлены также клиническая картина бляшечного парапсориаза и его дифференциальная диагностика. Выделяют следующие его клинические формы: парапсориаз мелкобляшечный доброкачественный (пальцевидный), парапсориаз крупнобляшечный воспалительный, парапсориаз крупнобляшечный пойкилодермический. Дана интерпретация термину пойкилодермия — изменение кожи, характеризующееся обязательным наличием в очагах поражения атрофии в сочетании с двумя или более симптомами: сетчатая гиперпигментация, телеангиоэктазия, участки депигментации, пурпура, шелушение, фолликулярный кератоз. Представлены фотоизображения лихеноидного парапсориаза (ЛП), который является редкой разновидностью. Элементы его напоминают красный плоский лишай, однако зуд отсутствует. При рассасывании высыпаний ЛП развивается буроватая гиперпигментация, телеангиоэктазия и иногда поверхностная атрофия. В работе указан подход к терапии всех клинических форм парапсориаза, отмечены их резистентность к проводимому лечению и возможность трансформации в грибовидный микоз. Приведенные наблюдения клинических форм парапсориаза позволяют дерматологам своевременно идентифицировать это заболевание и взять пациента на диспансерное наблюдение.

*Ключевые слова:* парапсориаз, клинические формы, лечение, случай из практики.

## Parapsoriasis: clinical and therapeutic parallels

M.N. GADZHIMURADOV

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala, Russia, 127994

The article analyzes the literature data and authors' experience with three variants of (teardrop, plaque, and lichenoid) parapsoriasis, each of which can be an independent disease. The literature review indicates that parapsoriasis is now considered as benign immunoreactive or lymphoproliferative dermatosis involving T-cells. A description and images of teardrop parapsoriasis (TP) are given. Three clinical TP forms are distinguished depending on its severity: chronic, subacute, and acute, e.g. pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA). The clinical picture of plaque parapsoriasis and its differential diagnosis are also described. There are the following clinical forms of plaque parapsoriasis: benign small plaque (finger-like) parapsoriasis, large plaque inflammatory parapsoriasis, and large plaque poikilodermic parapsoriasis. The term «poikilodermia» is interpreted as a skin change characterized by lesions with the mandatory presence of atrophy combined with two or more symptoms: reticular hyperpigmentation, telangiectasia, depigmentation areas, purpura, peeling, and keratosis pilaris. The article presents images of lichenoid parapsoriasis (LP), which is a rare variant. It resembles red flat lichen, but without itching. Resolution of LP rashes is accompanied by the development of brownish hyperpigmentation, telangiectasia, and, sometimes, superficial atrophy. The article describes an approach to treatment of all clinical forms of parapsoriasis, their resistance to treatment, and a risk of their transformation into mycosis fungoides. The presented cases of clinical forms of parapsoriasis will allow dermatologists to timely identify this disease and follow-up the patient.

*Keywords:* parapsoriasis, clinical forms, treatment, case report.

В 1902 г. французский дерматолог М. Брок [1] ввел в дерматологию термин парапсориаз, который объединил несколько сравнительно редких заболеваний кожи. Автор выделил три варианта этого дерматоза: каплевидный, бляшечный и лихеноидный, каждый из которых, по мнению М. Брока, представ-

ляет самостоятельное заболевание. Однако эти дерматозы имеют и ряд общих признаков, позволяющих объединить их хроническое течение, отсутствие общих расстройств, отсутствие выраженных субъективных ощущений, поверхностный характер процесса, слабую выраженность гиперемии и шелуше-

ния, резистентность к терапии, а также наличие переходных форм между различными вариантами парапсориаза [2].

Сегодня парапсориаз расценивают как доброкачественные иммунореактивные или лимфопрлиферативные дерматозы с участием Т-клеток. Основу дермального инфильтрата у больных парапсориазом составляют CD4+-клетки с Т-клеточной клональностью, что свидетельствует о лимфопрлиферативном процессе [3].

У больных каплевидным парапсориазом установлены выраженные изменения проницаемости и резистентности капилляров, подобные тем, которые наблюдают при свином тифе и скарлатине. Это может быть связано с реакцией гиперчувствительности на инфекционные агенты с поражением сосудов поверхностной сети кожи по типу инфекционно-токсического васкулита. Установлено, что заболеванию нередко предшествуют грипп, ангина, стрептококковая инфекция, хронический тонзиллит [4].

И.М. Разнатовский [5] рассматривает бляшечный парапсориаз как реакцию кожи на эндогенную интоксикацию, обусловленную хроническими заболеваниями внутренних органов, в основном желудочно-кишечного тракта (запоры, гастрит, колит, язвенная болезнь, холецистит) и мочеполовых органов (мочекаменная болезнь, гломерулонефрит, аденома предстательной железы). Прослеживается отчетливая зависимость улучшения кожного процесса от терапии вышеперечисленных заболеваний. Токсические факторы через вегетативную нервную систему воздействуют на состояние стенки сосудов кожи.

Клиническая картина парапсориаза отличается большим разнообразием. Различают три формы парапсориаза: каплевидный, бляшечный и лихеноидный.

**Каплевидный парапсориаз** (КП; синонимы: дерматит псориазиформный нодулярный Ядассона, пситириаз лихеноидный хронический Юлиусберга, хронический лихеноидный лишай, *parapsoriasis guttata Bracg*) проявляется узелковыми высыпаниями диаметром 2—5 мм светло-розового (иногда буровато-красного) цвета [1, 6]. В зависимости от остроты течения заболевания различают три клинические формы: хроническую, подострую и острую, например, вариолиформный парапсориаз Габермана—Муха, *parapsoriasis lichenoides et varioliformi sacuta* (PLEVA).

При хронической форме выявляют симптомы:

1) в период развернутой клинической картины «скрытого шелушения» и точечного кровоизлияния, пурпуры (определяются при поскабливании), а также ложного полиморфизма элементов, изредка в процесс вовлекаются слизистые оболочки (мелкие единичные серовато-белые папулы);

2) в период регресса, разрешения процесса — симптом «облатки» (видимая на глаз чешуйка на поверхности папулы, которая снимается целиком) (рис. 1);

3) при полном разрешении папулы и рассасывания инфильтрата остается матово-белая чешуйка в виде тонкой пластинки, прикрепленной в центре и отстающей по краям — симптом «коллодийной пленки» (6) (рис. 2).

Инфильтрат в основании папул незначительный и с трудом прощупывается. Зуд, как правило, отсутствует.

При разрешении папул остаются депигментированные пятна (рис. 3). Одновременно с папулами могут наблюдаться розеолезные пятна, иногда покрытые пластинчатыми чешуйками. Изредка встречаются высыпания на слизистых оболочках в виде точечных белых папул размером с булавочную головку.



Рис. 1. Симптом облатки — видимая глазом чешуйка на поверхности папулы, которая отделяется целиком.



Рис. 2. Симптом коллодийной пленки.



Рис. 3. Депигментированные пятна, оставшиеся после разрешения папул.

*Хроническая форма КП* встречается часто. Элементы локализуются преимущественно на внутренней поверхности плеч и предплечий, боковой поверхности грудной клетки, на груди, в нижней части живота, верхней части спины и в области крестца; в области бедер и подколенных ямок. Элементы не группируются и не сливаются. Волосистая часть головы, лицо, ладони и подошвы обычно не поражаются [7]. Заболевание длится годами с улучшениями в летнее время.

*Подострая форма КП* характеризуется наряду с элементами, типичными для вышеописанной формы геморрагическими папулами синюшного цвета. После их разрешения сохраняется выраженная пигментация, реже лейкодерма. Общее состояние не нарушается.

*Острый вариолиформный параспориоз Габермана—Муха.* Заболевание встречается в любом возрасте, но чаще в юношеском. Часто наблюдается продромальный период: небольшое повышение температуры, общая слабость, увеличение лимфоузлов в  $\frac{2}{3}$  случаев. Папулы 2—8 мм в диаметре, иногда с пузырьком (геморрагическое содержимое). Везикулы и пустулы, как правило, находятся на поверхности папул и представляют собой одну из стадий развития элемента [6]. Часть папул некротизирована, элементы ссыхаются в корочки, после отторжения которых остаются оспенovidные рубчики и пигментация. Одновременно у больных можно наблюдать высыпания, характерные для хронического КП. Слизистые оболочки поражаются наиболее часто при этой форме КП.

Разрешение сыпи происходит в течение 1—1,5 мес, иногда до 6 мес.

В западной литературе болезнь Габермана—Муха и КП Юлиусберга рассматривают как острую и хроническую формы лихеноидного параспориоза. Термины «острый» и «хронический» относятся к ха-

рактеристике индивидуальных очагов, а не к течению заболевания [8].

Для лечения КП показана пенициллина натриевая соль (на курс 12—15 мл ЕД), 10% хлорид кальция (10 мл внутривенно через день), 30% тиосульфат натрия (10 мл внутривенно через день, на курс 10 инъекций), 10% кальция глюконат (10 мл внутримышечно через день, на курс 10 инъекций), 0,5% новокаин (по 2—5 мл внутримышечно), аскорутин (по 1 таблетке 3 раза в день, или никотиновая кислота по 0,1 г 3 раза в день в течение 2—3 нед), ксантинола никотинат (по 0,15 г 3 раза в день курсом 2—3 нед), а также ПАСК, фтивазид, фотохимиотерапия.

При хронической и подострой форме можно назначить ПУВА-терапию, однако солнечных лучей и ультрафиолетового излучения следует избегать. Эффективны при КП антималярийные препараты (делагил по 0,25 г 1—2 раза в день), витамины группы В, ангиопротекторы (пармидин, продектин) [6].

При параспориозе Габермана—Муха показаны кортикостероиды: преднизолон по 15—20 мг в сутки с постепенным снижением по полтаблетки в 7 дней после достижения эффекта; дексаметазон по 1,5—2 мг в сутки. При этой форме кортикостероиды назначают в комбинации с тетрациклином или эритромицином.

Местно применяют кортикостероидные мази, кремы, аэрозоли оксикорт, полькортолон, 2% линкомицин, 1% эритромициновую пасту.

Клиническая картина бляшечного параспориоза (БП) отличается от КП. Для этой формы характерны пятна желтовато-буроватого или коричневого цвета с резкими границами, иногда неправильных очертаний (рис. 4). Пятна покрыты незаметными мелкими плотными сидящими чешуйками. При поскабливании отмечается небольшое шелушение, напоминающее симптом скрытого шелушения (пityриазиформное шелушение), имеется симптом «папирозной бумаги», однако феномен точечного кровоизлияния не наблюдают. Пятна слегка инфильтрированы, размером от 0,5 см до ладони взрослого человека.

Располагаются экзантемы чаще на грудной клетке параллельно ребрам, на нижних конечностях, редко поражается кожа волосистой части головы (алопеция). Кожа ладоней и подошв обычно не поражена. Может отмечаться увеличение периферических лимфоузлов.

Выделяют следующие клинические формы БП:

1) параспориоз мелкобляшечный доброкачественный (пальцевидный) — высыпания многочисленные, мелкие, преимущественно на боковых поверхностях туловища, красновато-желтые, иногда группируются в виде полос;

2) параспориоз крупнобляшечный воспалительный (*parapsoriasis engrandesplagues Brogue*), как правило, имеет хроническое течение (до нескольких

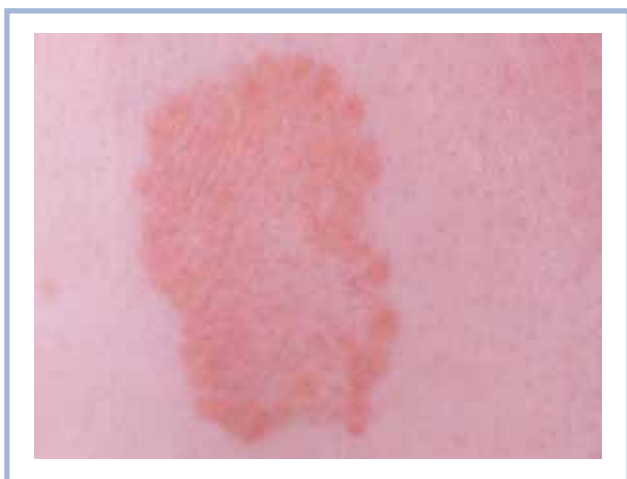


Рис. 4. Желтовато-бурое пятно неправильных очертаний бляшечного параспориоза.



Рис. 5. Параспориоз крупнобляшечный воспалительный.

десятков лет), периодически беспокоит зуд. Мы наблюдали женщину 30 лет с подобной формой БП, которая в течение 13 лет страдает этим заболеванием. Она отмечает, что при ухудшении погоды в очагах поражения (рис. 5) возникают зуд и гиперемия;

3) параспориоз крупнобляшечный пойкилодермический — форма с соответствующими изменениями кожи [6].

Пойкилодермия — изменение кожи, характеризующееся обязательным наличием в очагах поражения атрофии, в сочетании с двумя или более симптомами:

- сетчатая гиперпигментация;
- телеангиоэктазия;
- участки депигментации;
- пурпура;
- шелушение;
- фолликулярный кератоз.

Зимой при БП наблюдается появление свежих высыпаний, летом — частичная ремиссия либо полное разрешение высыпаний [6].

А.В. Самцов и Л.Э. Белоусова [9] указывают в своей статье, что из всех многочисленных вариантов параспориоза осталась лишь одна четко очерченная его форма — мелкобляшечная, а крупнобляшечная форма представляет собой раннюю стадию грибовидного микоза.

Терапия БП представляет определенные трудности. Необходимы обследование и лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта. Назначают также витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub> по 20—30 инъекций каждого препарата (последовательные курсы); аскорбиновую и никотиновую кислоты, ксантинола никотинат; наружно — кортикостероидные мази, ПУВА-терапию, с осторожностью ультрафиолетовое облучение (УФО) в субэритемных дозах. Сосудистые средства (пармидин, продектин) назначают с антималярийными препаратами, липотропными средствами (липоевая кислота, полиспонин) [6].

Лихеноидный параспориоз (ЛП; синонимы: лишай пестрый, паракератоз пестрый, паракератоз сетчатый, параспориоз лихеноидный хронический



Рис. 6. Папулы лихеноидного параспориоза.



Рис. 7. Сетчатые структуры при лихеноидном параспориозе.



Рис. 8. Бляшечные элементы лихеноидного парапсориаза.

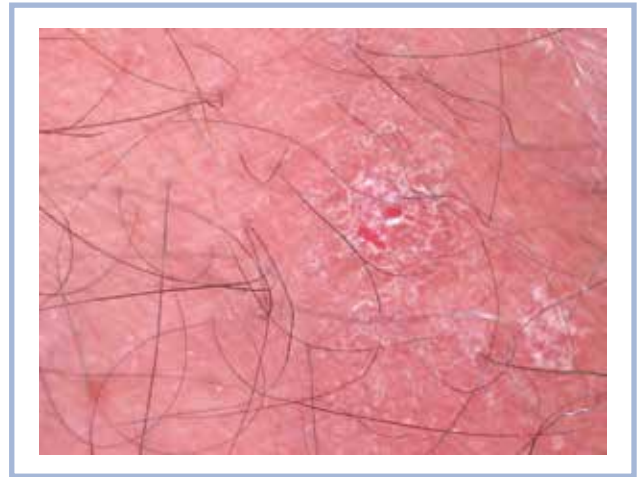


Рис. 9. Незначительная пурпура на папуле лихеноидного парапсориаза.

Юлиусберга) является редкой разновидностью парапсориаза.

Первичные элементы — плоские милиарные, розовые (или буровато-красные) папулы, покрытые чешуйками (рис. 6), может наблюдаться вдавление в центре. Узелки могут сливаться, образуя сетчатые структуры (рис. 7) или бляшки (рис. 8). При поскабливании папул появляется незначительная пурпура (рис. 9). Элементы напоминают красный плоский лишай, однако зуд отсутствует. При рассасывании высыпаний развиваются буроватая гиперпигментация, телеангиоэктазия и иногда поверхностная атрофия.

Заболевание наблюдается у лиц обоего пола 20—40 лет с одинаковой частотой, существует длитель-

но, может трансформироваться в грибовидный микоз [4].

ЛП резистентен к терапии. Показаны курсы витаминотерапии  $B_1$ ,  $B_6$ ,  $B_{12}$  по 20—25 инъекций каждого, никотиновая кислота, УФО. Наружное лечение малоэффективно [6].

Приведенные наблюдения фотоизображений клинических форм парапсориаза позволят дерматологам своевременно идентифицировать заболевание, провести дифференциальную диагностику и лечение.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Brocg M.L. Les parapsoriasis. *Ann Dermatol Syph.* 1902;3:313-315.
2. Разнатовский И.М. *Парапсориазы*. Л. 1977. [Raznatovskii IM. *Parapsoriazy*. L. 1977. (In Russ.).]
3. Карпов В.В., Исламов В.Г., Гусев Е.В. Парапсориаз у военнослужащих. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2011;3:23-27. [Karpov VV, Islamov VG, Gusev EV. Parapsoriaz u voennosluzhashchikh. *Rossiiskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei*. 2011;3:23-27. (In Russ.).]
4. Студницин А.А. *Дифференциальная диагностика кожных болезней*. М.: Медицина. 1983;560. [Studnitsin AA. *Differentsial'naya diagnostika kozhnykh boleznei*. М.: Meditsina. 1983;560. (In Russ.).]
5. Разнатовский И.М. *Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах: Руководство для врачей*. Под ред. А.В. Самцова. СПб. 2000;238-243. [Raznatovskii IM. *Osnovy dermatovenerologii v voprosakh i otvetakh: Rukovodstvo dlya vrachei*. Ed. by AV. Samtsov. SPb. 2000;238-243. (In Russ.).]
6. Яковлев А.Б. Парапсориаз: современное состояние проблемы. *Лечащий врач*. 2012;10:27-30. [Yakovlev AV. Parapsoriaz: sovremennoe sostoyanie problemy. *Lechashchii vrach*. 2012;10:27-30. (In Russ.).]
7. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.П. *Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей*. В 2 т. М. 1999. [Skripkin YuK, Mordovtsev VP. *Kozhnye i venericheskie bolezni. Rukovodstvo dlya vrachei*. V 2 t. М. 1999. (In Russ.).]
8. Хебиф Т.П. *Кожные болезни: диагностика и лечение*. Пер. с англ. М. 2006;142-143. [Khebif TP. *Kozhnye bolezni: diagnostika i lechenie*. Per. s angl. М. 2006;142-143. (In Russ.).]
9. Самцов А.В., Белоусова И.Э. Об отношении бляшечного парапсориаза к грибовидному микозу. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2007;6:14-18. [Samtsov AV, Belousova IE. Ob otnoshenii blyashechnogo parapsoriaza k gribovidnomu mikozy. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2007;6:14-18. (In Russ.).]