

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И БИПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА КАПЛЕВИДНОГО ПСОРИАЗА

**Н. Сычева**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
**М. Тлиш**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
**Л. Фаустов**<sup>2</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**П. Осмоловская**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

<sup>2</sup>Кубанский медицинский институт, Краснодар

E-mail: nfaustova@mail.ru

*Рассматриваются клинические особенности каплевидного псориаза, включающие, кроме типичных псориатических папулезных высыпаний, элементы сыпи, свойственные другим дерматозам. Гистологическими критериями для верификации болезни служат морфологические изменения, выявляемые в шелушащихся папулах через 3–4 нед от начала заболевания.*

**Ключевые слова:** каплевидный псориаз; биопсийное исследование.

Распознать псориаз в большинстве случаев нетрудно; диагностические сложности возникают при своеобразной острой форме болезни — каплевидном псориазе (КП), особенно на раннем его этапе. Это связано с тем, что, несмотря на характерные особенности [1, 2], клиническая и гистологическая картина КП может быть сходна с таковой при ряде других кожных болезней [3].

КП встречается менее чем у 2% больных псориазом [1]. Чаще заболевают лица моложе 30 лет. У детей КП является одной из наиболее распространенных форм псориаза [4].

Возникновение заболевания связывают с иммунологической перестройкой организма под влиянием предшествующей стрептококковой или другой инфекции [5], с приемом иммуномодуляторов, препаратов лития, β-блокаторов, противомаларийных и нестероидных противовоспалительных препаратов [6].

Повышенный риск возникновения КП отмечается у лиц с установленным семейным анамнезом этого заболевания [7].

Клинически КП проявляется внезапно возникающими высыпаниями мелких, диаметром 0,1–1,0 см, каплевидных, четко ограниченных розово-красных папул, покрытых легко снимаемыми чешуйками серебристо-белого цвета. Высыпания могут сопровождаться небольшим зудом. При поскабливании папул определяется псориатическая триада. Эволюция высыпаний у больных КП в основном соответствует таковой при вульгарном псориазе и проходит 3 стадии.

В *прогрессирующей стадии* папулы окружены ярким ободком гиперемии (венчик периферического роста). Они увеличиваются в размерах и покрываются рыхлыми серебристо-белыми чешуйками. Количество элементов постепенно возрастает. К 3–4-й неделе элементы сыпи имеют вид полностью развитых шелушащихся папул. В этой стадии легко воспроизводится псориатическая триада. Изоморфная реакция (симптом Кебнера) положительная.

Прогрессирующую стадию сменяет *стационарная*, которая характеризуется тем, что свежие элементы сыпи не появляются, прекращается периферический рост имеющихся папул, у них отсутствует периферический венчик роста; феномен Кебнера отрицательный.

В *регрессирующей стадии* папулы бледнеют и уплощаются, шелушение исчезает. Вокруг папул появляется венчик депигментации (псевдоатрофический венчик Воронова). Элементы сыпи регрессируют без образования рубцов, оставляя после себя участки гиперпигментации или псевдолейкодермы [6].

Чаще элементы КП локализуются на туловище и проксимальных отделах конечностей, коже локтей, коленей, пояснично-крестцовой области. Они также могут располагаться на лице, ушах и коже волосистой части головы. Ладони и подошвы поражаются редко. Характерные для вульгарного псориаза изменения ногтей могут отсутствовать [8, 9].

У некоторых больных КП может регрессировать без лечения в течение нескольких недель. Приблизительно у 68% пациентов он переходит в вульгарный псориаз [1] с улучшением течения болезни в летний период и ухудшением в холодное время года.

Нередко больным КП устанавливают ошибочно диагноз каплевидного парапсориаза, розового лишая Жиберы, аллергического дерматита, экземы, васкулита, что приводит к назначению неадекватной терапии. Даже патогистологическое исследование элементов сыпи не всегда оказывается надежным в диагностике КП — все зависит от того, на какой стадии заболевания проведена биопсия, а также от предшествующего применения антибиотиков и топических кортикостероидных препаратов. Кроме того, в имеющихся отечественных руководствах отсутствует описание особенностей патоморфологии кожных проявлений КП, что в значительной мере затрудняет диагностику этого заболевания.

Целью проведенного нами исследования было изучить клинические и морфологические проявления КП, позволяющие диагностировать данное заболевание, а также определить сроки осуществления биопсийного исследования для выявления наиболее значимых морфологических критериев данного заболевания.

Под наблюдением находились 45 больных (31 женщина и 14 мужчин) в возрасте от 16 до 40 лет с диагностированным КП. Всем пациентам для уточнения диагноза под местной анестезией (0,5 мл 2% раствора лидокаина) была произведена панч-биопсия из пораженных участков кожи. У каждого пациента исследовали не менее 2 биоптатов кожи, взятых с псориазиформных элементов на разных стадиях развития.

Биопсийный материал фиксировали в иммунофиксе с последующей этанолово-изопропаноловой проводкой образцов с помощью вакуумного процессора Milestone (RHS-1) и заключали в парафин.

Из парафиновых блоков изготавливали гистологические срезы толщиной 5 мкм, которые затем окрашивали гематоксилином и эозином по общепринятой методике [10] и исследовали с помощью светового микроскопа Nikonelipse 80i с последующей микрофото съемкой цифровой камерой DS-Fi1.

У 39 (86,7%) больных появлению КП предшествовали бактериальные или острые респираторные вирусные инфекции. У этих пациентов за 3–4 нед до появления кожных высыпаний отмечены острый тонзиллит, острый фарингит, острая респираторная вирусная инфекция, сопровождавшиеся подъемом температуры тела. У 10 (22,2%) пациентов заболевание

возникло в связи со стрессом, у 9 (20%) псориазом болели родственники, у 7 (15,6%) в анамнезе отмечен розовый лишай (гистологически не подтвержденный).

У обследованных нами больных выявлялись множественные папулы розово-красного цвета размером от 0,1 до 1,0 см (рис. 1, а). Они располагались на коже туловища и конечностей. Отдельные элементы выявлялись на лице, за ушами, на волосистой части головы (см. рис. 1, б). Папулы характеризовались мелкопластинчатым шелушением по всей поверхности, либо в виде «воротничка» только по периферии (см. рис. 1, в).

При небольшой давности заболевания (1–2 нед) наблюдались милиарные и лентикулярные папулы с гладкой поверхностью (см. рис. 1, г). Иногда выявлялся положительный симптом Кебнера. У 39 (86,7%) пациентов определялась характерная псориазная триада, у 12 (26,7%) – симптом «наперстка» на ногтях пальцев рук, у 8 (17,8%) – дистрофические изменения ногтевых пластинок. Незначительный кожный зуд был у 20 (44,4%) больных.

В прогрессирующей стадии некоторые элементы сыпи, особенно на конечностях, имели экссудативный характер и были похожи на проявления нумулярной экземы (рис. 2, а), васкулита (см. рис. 2, б). Высыпания в области волосистой части головы и себорейных зон имели сходство с себорейным дерматитом без характерной для псориаза инфильтрации (см. рис. 2, в).

У некоторых больных в стационарной стадии, наряду с типичными псориазными элементами, покрытыми серебристо-белыми чешуйками, отмечался симптом облатки, характерный для каплевидного парапсориаза (см. рис. 2, г). В регрессирующей стадии псориазического процесса высыпания напоминали экзематиды (см. рис. 2, д) или элементы розового лишая (см. рис. 2, е).

При гистологическом исследовании биопсийного материала мы выявили комплекс морфологических изменений, характерных для КП. Интенсивность изменений у больных была разной и зависела от срока заболевания.

Морфологические признаки на ранних сроках КП характеризовались расстройствами кровообращения, более выраженными воспалительными инфильтратами и слабо-выраженным акантозом. В этот период в элементах (милиарные папулы с гладкой поверхностью) выявлялись отек сосочкового слоя дермы и расширение капилляров с наличием лимфоцитарного инфильтрата, окружающего капилляры (рис. 3, а). Отмечались эритроцитарные extravazаты. Наблюдался ортокератоз, покрывающий участки паракератоза, с наличием свободно расположенных нейтрофилов (см. рис. 3, б). Экзоцитоз лейкоцитов распространялся на эпидермис, где развивался небольшой очаговый спонгиоз. При взятии биопсии в данный период поставить диагноз псориаза не всегда представляется возможным, так как гистологическая картина может быть сходна с таковой при каплевидном парапсориазе, розовом лишае или васкулите.

Морфологические особенности КП в полностью развитых шелушащихся папулах (3–4-я неделя от начала заболевания) выражались в умеренном акантозе, наличии нейтрофилов в ортокератотических массах рогового слоя и на поверхности паракератотических масс, в формировании микроабсцессов Мунро (см. рис. 3, в), вакуолизации зернистых клеток. После их лизиса определялись очаги агранулеза с последующим формированием участков паракератоза. Нейтрофильные гранулоциты были не только разбросаны по ортокератотическим массам рогового слоя, но и располагались на поверхности

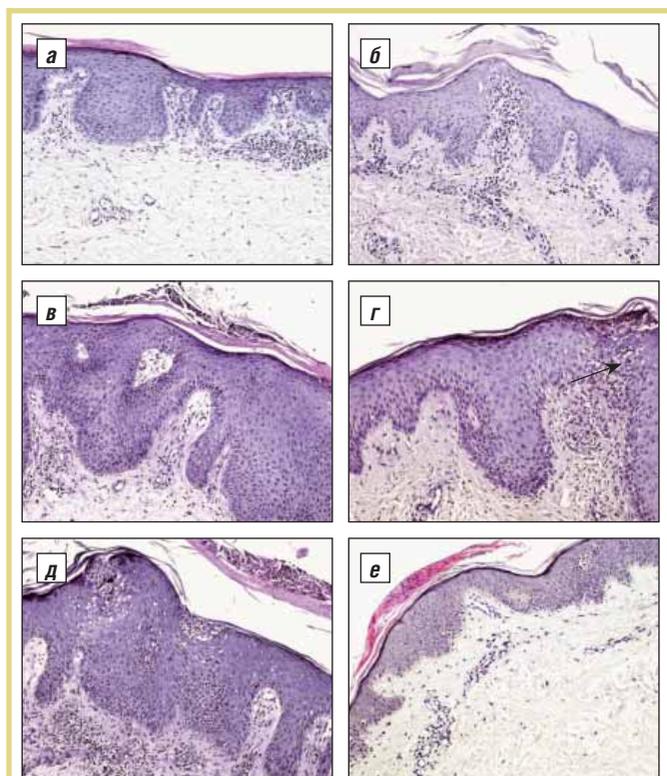
паракератотических масс, где формировались микроабсцессы Мунро. Кроме того, наблюдался феномен «папиллярных брызг» (см. рис. 3, г), представляющий собой результат мигра-



**Рис. 1.** Клинические проявления КП: а – папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками; б – папулезные элементы на лице, ушах и волосистой части головы; в – папулезные элементы с шелушением по типу «воротничка»; г – ранние высыпания милиарных и лентикулярных папул без шелушения



**Рис. 2.** Клинические проявления КП (подтвержденного гистологически), схожие с таковыми других дерматозов: а – бляшка на спине, имитирующая нумулярную экзему; б – высыпания на голени, схожие с проявлениями васкулита; в области лодыжки – пятна гемосидероза; в – эритематозно-сквамозные высыпания на задней поверхности шеи и волосистой части головы, схожие с проявлениями себорейного дерматита; г – на коже конечностей, помимо псориазiformных папул, имеются папулы с шелушением по типу облатки (стрелка); д – бляшки на плече, схожие с экзематидами; е – высыпания на груди, имитирующие «материнскую бляшку» (стрелка), характерную для розового лишая



**Рис. 3.** Морфологические признаки КП. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100: *а* – ранний псориаз; умеренный акантоз; участки паракератоза; расширенные капилляры на концах дермальных сосочков; густые лимфогистиоцитарные инфильтраты в сосочковом слое дермы; *б* – паракератотические массы с единичными нейтрофилами; выраженный экзоцитоз нейтрофилов в эпидермисе; *в* – псориазиформная гиперплазия эпидермиса; микроабсцессы Мунро под участками паракератоза; вакуольная дистрофия зернистого слоя; *г* – экзоцитоз нейтрофилов в эпидермисе – «папиллярные брызги» (стрелка); экстравазаты эритроцитов в сосочках дермы; *д* – спонгиозоформные пустулы Когоя в верхних отделах эпидермиса; *е* – слабовыраженный акантоз эпидермиса, гиперкератоз с небольшими участками паракератоза и наличием клеточного детрита в роговом слое; в дерме – скудные гистиолимфоцитарные инфильтраты

ции нейтрофилов из папиллярных капилляров через толщу эпидермиса с последующей их группировкой в паракератотических массах [1].

В некоторых случаях выраженный экзоцитоз нейтрофилов с их концентрацией в верхней части шиповатого слоя приводил к образованию небольших спонгиозоформных пустул Когоя (рис. 3, *д*). В эпидермисе отмечалась повышенная митотическая активность, он становился все более гиперпластическим. Обнаруживались отечные дермальные сосочки с расширенными и извитыми капиллярами. Периваскулярно располагались умеренные инфильтраты из лимфоцитов, гистиоцитов с небольшой примесью нейтрофилов и единичных эозинофилов, а также эритроцитарные экстравазаты.

Именно в этот период, характеризующийся появлением развитых шелушащихся папул, может быть подтвержден диагноз псориаза на основании описанной гистологической картины.

При переходе процесса в регрессирующую стадию отмечались слабовыраженный акантоз эпидермиса, гиперкератоз с небольшими участками паракератоза и наличием клеточного детрита в роговом слое (см. рис. 3, *е*). Кроме этого, отсутствовали экзоцитоз нейтрофилов в эпидермисе и микроабсцессы Мунро. В дермальных сосочках выявлялись скудные гистиолимфоцитарные инфильтраты. При взятии биопсии в данный период, когда гистологическая картина имеет неспецифический характер, постановка диагноза КП весьма затруднительна.

Таким образом, к клиническим особенностям современного течения КП относят наличие у некоторых больных (кроме типичных псориазических папулезных высыпаний) элементов сыпи, свойственных другим дерматозам, – таким как каплевидный параспориоз, васкулит, розовый лишай, экзематиды, что иногда значительно затрудняет диагностику КП и приводит к назначению неадекватной терапии. Патоморфологическая верификация КП зависит от того, на какой стадии заболевания произведена биопсия. Наиболее информативные морфологические изменения, позволяющие диагностировать КП, выявляются при биопсии полностью развитых шелушащихся псориазических папул.

## Литература

- Chisholm C. Guttate psoriasis // Medscape. Accessed May. – 2012; 29. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/1107850-overview>
- Elder D., Elenitsas R., Johnson B. et al. Noninfectious erythematous, papular, and squamous diseases. In: Lever's. Histopathology of the skin. 9th ed. / Philadelphia: PA: Lippincott Williams and Wilkins, 2005; 179–214.
- Тлиш М.М., Сычева Н.Л., Фаустов Л.А. Клинико-морфологические особенности каплевидного псориаза // Клини. дерматол. и венерол. – 2012; 5: 59–63.
- Krengel S., Schaumburg-Lever G., Geilen C., et al. Histopathology and Electron Microscopy of Psoriasis/ In: Roenigk H.H., Jr, Maibach H.I., eds. Psoriasis. 3rd ed. / New York, Basel: Marcel Dekker Inc., 1998; 409–17.
- Nahary L., Tamarkin A., Kayam N., et al. An investigation of antistreptococcal antibody responses in guttate psoriasis // Arch. Dermatol. Res. – 2008; 300 (8): 441–9.
- Fry L., Baker B. Triggering psoriasis: the role of infections and medications // Clin. Dermatol. – 2007; 25 (6): 606–15.
- Fan X., Yang S., Sun L. Comparison of clinical features of HLA-Cw\*0602-positive and – negative psoriasis patients in a Han Chinese population // Acta Dermatol. Venereol. – 2007; 87 (4): 335–40.
- Мордовцев В.Н., Бутов В.Ю., Мордовцева В.В. Псориаз. В кн.: Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., ред. Клиническая дерматовенерология / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; т. 2: 212–33.
- Fry L. An atlas of psoriasis. The encyclopedia of visual medicine series. 2 ed. / London, New York: Taylor Francis Group, 2005; 108 p.
- Меркулов Г.А. Курс патолого-гистологической техники / Л.: Медгиз, 1969.

## THE CLINICAL FEATURES AND BIOPSY DIAGNOSIS OF PSORIASIS GUTTATA

**N. Sycheva<sup>1</sup>**, Candidate of Medical Sciences; **M. Tlish<sup>1</sup>**, MD; Professor **L. Faustov<sup>2</sup>**, MD; **P. Osmolovskaya<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kuban State Medical University, Krasnodar

<sup>2</sup>Kuban Medical Institute, Krasnodar

The paper considers the clinical features of psoriasis guttata, which, in addition to typical psoriatic papular eruptions, include rash elements inherent in other dermatoses. The histological criteria for the disease are desquamating papules occurring 3–4 weeks after its onset.

**Key words:** psoriasis guttata, biopsy study.