

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет
им . М. Горького
Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

Клинический случай псориаза у больного с меланоцитарными невусами

Асп. Гаруст Ю.В.

Донецк 09.06.2021

Высокая заболеваемость меланомой кожи и ее неуклонный рост остаются актуальной проблемой во всем мире.

Меланоцитарные невусы являются «симулянтами», маркерами и предшественниками меланомы.

75% населения имеют приобретенные меланоцитарные невусы, в среднем от 10 до 15 на теле каждого человека.

Диспластические невусы на сегодняшний день рассматривают как основные предшественники меланомы.

[Классификация и характеристика меланоцитарных невусов. Молочков В. А. Эстетическая медицина. 2005 №2. с. 266-270 2.](#)

[Dysplastic nevus \(atypical nevus\). Rezza GG, Leon A, Duprat J, Dysplastic nevus \(atypical nevus\). Rezza GG, Leon A, Duprat J, Dysplastic nevus \(atypical nevus\). Rezza GG, Leon A, Duprat J.](#)

Основным фактором риска развития дисплазии и трансформации диспластического невуса в меланому является ультрафиолетовое облучение, как естественное, так и искусственное.

В связи с этим особый интерес представляют пациенты с псориазом, получающие лечение в виде искусственного ультрафиолетового облучения – узкополосную фототерапию 311 нм, ПУВА-терапию.

[Биологические эффекты УФ-облучения кожи. Акимов В.Г. Вестник дерматологии и венерологии. 2008 №3.](#)

[Psoriasis and melanocytic naevi: does the first confer a protective role against melanocyte progression to naevi? Balato N.I. British Journal of Dermatology. – 2011. - V.164. – N. 6. - P. 1262-1270. Pubmed](#)

Кроме этого, больные псориазом получают другие виды лечения, такие как метотрексат, ретиноиды, биологические агенты – антиФНО α , ингибиторы ИЛ-12 и ИЛ-23, обладающие мощным иммунодепрессивным и противовоспалительным эффектами.

Терапия псориаза направлена на сдвиг цитокинового баланса в сторону противовоспалительных цитокинов, тем самым увеличивает риск возникновения злокачественных новообразований кожи.

Было доказано канцерогенное действие ПУВА-терапии в ряде исследований. Также было установлено, что риск возникновения меланомы кожи возрастал с увеличением числа проведенных сеансов ПУВА-терапии (250 и более).

Применение метотрексата и циклоспорина А увеличивает риск развития меланоцитарного и немеланоцитарного рака, особенно после ПУВА-терапии.

[Биологические эффекты УФ-облучения кожи. Акимов В.Г. Вестник дерматологии и венерологии. 2008 №3](#)

Представляем вашему вниманию случай псориаза у больного с меланоцитарными невусами:

Больной Н., 44 лет, поступил с жалобами на высыпания, локализованные на коже волосистой части головы, туловища, коже верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся незначительным зудом и шелушением.

Анамнез заболевания:

- ✓ болеет с 44 лет
- ✓ в марте 2021г. впервые в жизни появились высыпания на коже голеней после лечения у отоларинголога по поводу обострения хронического двустороннего гайморита, острого ларингита (принимал амоксилав – 7 дней, затем азитромицин – 10 дней)
- ✓ обратился к дерматологу по месту жительства , назначена 2% салициловая мазь – незначительный эффект, высыпания не регрессировали
- ✓ в апреле 2021г высыпания распространились на кожу волосистой части головы, кожу туловища и верхних конечностей, направлен в РКДВД, госпитализирован в дерматовенерологическое отделение
- ✓ при опросе наследственный и аллергологический анамнез не отягощен
- ✓ В анамнезе: ежегодные ОРВИ в осенне-зимний период, хронический гайморит с 2019г., ларингит (январь 2021г.)

Патологический процесс :

- распространённый, симметричный
- первичный морфологический элемент – мономорфная монетовидная сыпь ярко-розового цвета с синюшным оттенком, местами с западающим центром
- шелушение на поверхности
- триада Ауспитца
- феномен Кёбнера положительный
- ногтевые пластинки кистей и стоп без особенностей
- конфигурация суставов не изменена, движения в полном объеме, кожа над ними не гиперемирована
- индекс PASI 16, 6
- Многочисленные меланоцитарные невусы.









При обследовании:

В общем анализе крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты - 4,1 Т/л, тромбоциты - 264,9 Г/л, лейкоциты – 4,4 Г/л, п-3%, с-63%, э-4%, м-3%, л-27%; СОЭ - 4 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий – 13,5 мкмоль/л, билирубин прямой – 3,4 мкмоль/л, билирубин непрямой – 10,1 мкмоль/л, АлАТ – 8,0 Е/л, АсАТ – 6,8 Е/л, глюкоза - 4,9 ммоль/л, СРБ – 1,27mg/l, РФ-9,07 InU/ml, **АСЛО – 1176,93 IU/ml** (N – менее 200), индекс НОМА – 7,81, HbsAg – отрицательный, КСР отрицательные.

При ультразвуковом исследовании щитовидной железы – нормальная эхоструктура.

На основании анамнеза, клинических, лабораторных и инструментальных данных, установлен

Диагноз: Псориаз каплевидный, распространенный, прогрессирующая стадия.

Сопутствующий диагноз: Хронический гайморит в стадии ремиссии, Метаболический синдром.

В условиях отделения получил антибактериальную, детоксикационную, десенсебилизирующую, общеукрепляющую терапию.

Фототерапия в данном случае ограничена применением UVB-кабины из-за наличия меланоцитарных невусов.

Особенности данного клинического случая:

- ✓ Поздний дебют псориаза (с 44 лет)
- ✓ Вероятно, триггерным фактором является фокальная инфекция; возможно, недостаточная лечебная тактика в связи гайморитом
- ✓ Каплевидная форма псориаза на фоне высокой сенсibilизацией В-гемолитическим стрептококком группы А объясняет необходимость укрепления противoinфекционного иммунитета (озонотерапия)
- ✓ Наличие меланоцитарных невусов определяет особенности наружной и физиотерапии псориаза
- ✓ Рассасывающая терапия псориаза не должна наноситься на места с множественными меланоцитарными невусами
- ✓ Меланоцитарные невусы подлежат обязательному наблюдению и дерматоскопии для предупреждения трансформации в меланому

СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!