

ПАРАПСОРИАЗ

О.Л. Иванов, А.Н. Львов
«Справочник дерматолога»

ПАРАПСОРИАЗ - группа неоднородных по клиническим проявлениям патоморфологии и течению заболеваний. В их развитии важная роль отводится иммунным механизмам, аллергическим реакциям, инфекционным, в том числе вирусным, агентам.

Парапсориаз типа Мухи-Габермана лихеноидный острый (лишай острый лихеноидный и вариолиформный) - острый или подострый, периодически рецидивирующий папуловезикулезный дерматоз.

Парапсориаз типа Мухи-Габермана расценивается многими авторами как васкулит. Чаще развивается у людей среднего возраста. Процесс распространенный.

Первичный морфологический элемент - розовые папулы диаметром около 5 мм, в центре которых образуются везикулы, в том числе и вариолиформные, затем наблюдается геморрагический некроз с формированием красно-коричневых корок, после отпадения которых остаются маленькие штампованные рубчики. Появление свежих высыпаний может сопровождаться жжением и болью. Острые высыпания спонтанно регрессируют в период от нескольких недель до 6 мес. Острый период заболевания может смениться хроническим течением.

Парапсориаз каплевидный (парапсориаз лихеноидный хронический типа Юлиусберга) характеризуется появлением маленьких (диаметром 3-10 мм) плотных папул красно-коричневого цвета, в центре которых располагается серо-коричневая чешуйка, отслаивающаяся по краям и легко снимающаяся (феномен облатки); при поскабливании поверхности папулы появляется феномен "скрытого шелушения". Через 3-4 нед папулы спонтанно уплощаются и регрессируют, оставляя временную пигментацию или псевдолейкодерму. Обычно в течение нескольких лет вслед за хроническим периодом наступают острые рецидивы заболевания. Трансформации в лимфому кожи не происходит.

Дифференциальный диагноз проводят с:

- оспой,
- псориазом,
- красным плоским лишаем,
- вторичным сифилисом,
- токсидермией,
- укусами насекомых,
- аллергическим васкулитом.

Лечение:

- никотиновая кислота,
- витамины А, Е, группы В,

- делагил,
- плаквенил,
- небольшие дозы кортикостероидов внутрь;
- тетрациклины;
- УФ-лучи,
- ПУВА-терапия;
- детям назначают эритромицин внутрь в течение длительного времени.

Прогноз лучше при острой форме.

Лимфоматоидный папулез является редким атипичным вариантом лихеноидного параспориоза.

Параспориоз мелкобляшечный развивается чаще у людей среднего возраста.

Характеризуется пятнами или слабоинфильтрованными бляшками диаметром до 5 см округлой, овальной, полосовидной или неправильной формы, цвет которых варьирует от красно-синюшного до желтого или светло-коричневого. Границы очагов четкие, на поверхности - тонкие прозрачные чешуйки. Характерна локализация очагов в области грудной клетки с расположением параллельно ходу ребер. Зуд отсутствует.

Течение хроническое, со спонтанными ремиссиями и обострениями, продолжительность болезни - от нескольких месяцев до нескольких лет. Трансформации в лимфому не происходит.

Дифференциальный диагноз проводят с:

- токсидермией,
- розовым лишаем,
- вторичным сифилисом,
- псориазом.

Лечение малоэффективно, местно - кортикостероидные мази.

Параспориоз крупнобляшечный отличается высоким потенциалом трансформации в злокачественную Т-клеточную лимфому кожи. Во многих случаях не является злокачественным процессом, однако необходимы динамическое наблюдение и симптоматическая терапия. Клинически характеризуется овальными, плохо отграниченными от здоровой кожи бляшками диаметром от 3 до 10 см. Окраска очагов варьирует от красно-синюшного до светло-коричневого. На поверхности высыпаний могут быть видны тонкие чешуйки. Процесс симметричный, бляшки локализуются на туловище, бедрах, ягодицах, молочных железах. Зуд отсутствует или незначительный.

Развитию лимфомы обычно предшествует появление сетчатой гипо- или гиперпигментации, телеангиэктазий и атрофии кожи, которая приобретает вид папиросной бумаги - сосудистая атрофическая пойкилодермия.

Гистологически характеризуется лимфогистиоцитарным инфильтратом с выраженным эпидермотропизмом, иногда с образованием внутриэпидермальных полостей.

Дифференциальный диагноз крупнобляшечного параспориоза проводят с:

- ТКЛК,

- атопическим дерматитом,
- себорейным дерматитом,
- токсидермией,
- радиодерматитом,
- дерматомикозом.

Лечение малоэффективно, показаны:

- мази с кортикостероидными препаратами,
- ПУВА-терапия.