

УДК 618.5–02:616.517

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ
И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ
С ПУСТУЛЁЗНЫМ ПСОРИАЗОМ
ТИПА ЦУМБУША**

Чернобай Елена Георгиевна – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Сергиенко Юлия Сергеевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Шонус Татьяна Даниловна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье продемонстрирован редкий случай
тяжелого течения псориаза на фоне беременности,
рассмотрены особенности ведения
и родоразрешения пациентки с возникшей
патологией.

Ключевые слова: БЕРЕМЕННОСТЬ,
РОДОРАЗРЕШЕНИЕ, ПСОРИАЗ

UDC 618.5–02:616.517

**THE CLINICAL CASE OF MANAGMENT
AND DELIVERY OF PREGNANT WOMAN
WITH PUSTULAR TSUMBUSH TYPE
PSORIASIS**

Chernobay Elena Georgievna – MD
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Sergienko Yulia Sergeevna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Shonus Tatyana Danilovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

The paper demonstrates a rare case of severe psoriasis
combined with the pregnancy. The features of
management and delivery of the patient with
pathology occurred were discussed.

Key words: PREGNANCY, DELIVERY,
PSORIASIS

Перинатальный центр ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) министерства здравоохранения Краснодарского края является ведущим учреждением родовспоможения на Кубани, который специализируется на ведении беременных с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией.

В настоящее время псориаз считается одним из наиболее тяжелых дерматозов, требующих больших усилий при лечении. Это связано не только с распространенностью заболевания (3–5 % дерматологических больных и 1 % населения земного шара). Актуальность проблемы обусловлена также наличием тяжелых форм, в частности пустулёзного псориаза. Он встречается не часто, но вызывает тяжелую общую симптоматику, заставляющую проводить интенсивную терапию, характеризуется упорным течением, зачастую, торпидным по отношению к проводимому лечению [3].

Беременность может влиять на степень тяжести псориаза. Так, течение псориаза во время беременности примерно у 55 % пациенток улучшается, у 21 % – не изменяется и у 23 % – ухудшается. Кроме того, ухудшение симптомов в послеродовом периоде наблюдается примерно у 40–90 % больных. Риски для плода зависят от активности заболевания у матери и лекарств, используемых для ее лечения. Неконтролируемое воспаление и избыток цитокинов, присущих псориазу, могут повлиять на протекание беременности, однако, сообщений по этой теме мало.

Псориаз – аутоиммунное воспаление с дисфункциональными Т-хелперами с избыточной продукцией провоспалительных цитокинов, главным образом TNF- α (фактор некроза опухоли – альфа), IL-1 (интерлейкин – один) и IL-6 (интерлейкин – шесть). Избыток цитокинов вызывает дисфункцию эндотелия с развитием системной и плацентарной васкулопатии из-за агрегации тромбоцитов и активации системы свертывания крови. Васкулопатия плаценты может привести к задержке

внутриутробного роста и низкому весу плода при рождении. Псориаз также часто сочетается с сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением и метаболическим синдромом, которые также обуславливают осложнения во время беременности и увеличивают риск развития пороков [1].

В широком литературном доступе данных о частоте встречаемости тяжелой формы псориаза как причины возникновения тяжелого септического процесса во время беременности нами не найдено, как и описания клинических случаев течения беременности и ее исходов на фоне пустулёзного псориаза.

Нами предлагается анализ исхода беременности и родов у пациентки с генерализованным псориазом типа Цумбуша. В наблюдательное отделение Перинатального центра ККБ № 2 из Центральной районной больницы (ЦРБ) была переведена беременная П., 31 год, с диагнозом «Беременность 37–38 недель. ХрПН: НГ II ст. Маловодие. Вызванные беременностью отеки. Пустулёзный псориаз, тип Цумбуша».

Из анамнеза пациентки известно, что в 19 лет впервые возникли клинические признаки псориаза, которые в последующем протекали благоприятно, с редкими обострениями.

При оценке гинекологического и акушерского анамнеза: менструальная функция не была нарушена (менархе с 15 лет, менструальный цикл установился сразу). Половая жизнь с 20 лет, настоящая беременность, первая по счету, наступила самостоятельно в естественном цикле без проведения предгравидарной подготовки.

Данная беременность осложнилась в сроке 13 недель явлениями острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) с повышением температуры тела до 37,5 °С, проводилось соответствующее амбулаторное лечение (народные средства).

В сроке беременности 27 недель осуществлялось лечение проявлений хронической плацентарной недостаточности (ХрПН) в условиях дневного стационара (актовегин, курантил).

В 34 недели впервые во время беременности возникли клинические признаки псориаза, которые, несмотря на проводимую терапию в ЦРБ (метилпреднизолон, лактофильтрум, гептрал, мезим форте), приобретали тенденцию к генерализации процесса, что способствовало прогрессированию плацентарной недостаточности, в связи с чем пациентка была переведена в наблюдательное отделение Перинатального центра ККБ № 2 для выбора срока и метода родоразрешения. При поступлении жалобы были связаны с высыпаниями на коже, сопровождающимися зудом, болезненностью, общее состояние оценивалось как средней степени тяжести, обусловленное генерализованными проявлениями псориаза. На коже лица, живота, спины, в подмышечных впадинах, в области промежности, по сгибательным поверхностям верхних и нижних конечностей локализовались бляшки, папулы красно-бордового цвета с четкими границами, пустулёзными элементами на поверхности (рисунок 1).



Рисунок 1 – Поражение кожных покровов у беременной

В результате лабораторного обследования выявлено: лейкоцитоз ($17,4 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (нейтрофилы – 94,2 %; палочкоядерные – 32 %), повышение С-реактивного белка (СРБ) – 125 мг/л, анемия легкой степени (Hb – 10^9 г/л; эр. $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$), гипопроотеинемия (55,9 г/л), остальные показатели в пределах нормы.

При обследовании функционального состояния плода были получены следующие результаты:

- по данным УЗИ плода плацента по передней стенке матки III ст. зрелости, толщиной 41 мм, предполагаемый вес плода – 3260 г, индекс амниотической жидкости – 4,5 см;

- по данным доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока: нарушение гемодинамики 1А ст. с диссоциацией кровотока в маточной артерии; биофизический профиль – 7 баллов по Vintzileous;

- по данным кардиотокографии (КТГ) состояние плода – 6 баллов по Фишеру.

На основании клинических данных, результатов обследования выставлен диагноз «Беременность 37–38 недель. ХрПН: хроническая внутриутробная гипоксия плода, НГ – 1А ст., маловодие. Пустулёзный псориаз типа Цумбуша. Анемия 1 ст. Резус-отрицательная кровь без титра антител». Учитывая стабильное состояние плода и беременной, «созревающие» родовые пути, тяжелое течение псориаза (высокий риск развития гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде), составлен консервативный план родов.

В отделении проводили терапию плацентарной недостаточности (пентоксифиллин), глюкокортикостероидную (метилпреднизолон 250 мг), гепатопротекторную (гептрал), симптоматическую (кетонал), а также лечение анемии (сорбифер), местную терапию (обработка кожных покровов 4%-м водным раствором метиленовой синьки). По рекомендации дерматолога от назначения антибактериальной терапии решено было

воздержаться в связи с возможным ухудшением течения заболевания на фоне назначения данных препаратов.

С учетом отсутствия эффекта от проводимой терапии и тяжелого течения псориаза беременная в дальнейшем была осмотрена консилиумом врачей. В связи с необходимостью назначения патогенетической терапии псориаза (цитостатики) решено было родоразрешить пациентку операцией кесарево сечение.

Через 5 дней после госпитализации беременная родоразрешена оперативным путем, произведены нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, дренирование брюшной полости. Перед операцией была проведена профилактика гнойно-воспалительных осложнений введением цефазолина (2 г). Родился живой доношенный ребенок мужского пола весом 3470 г, ростом 53 см, с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов. Кровопотеря составила 500 мл (7,8 мл/кг). В послеоперационном периоде были продолжены глюкокортикоидная (солумедрол 250 мг), гепатопротекторная (гептрал), симптоматическая, инфузионная терапия, лечение анемии (сорбифер), проводились утеротоническая терапия, профилактика тромбоэмболических осложнений, пареза кишечника, подавление лактации, обработка кожных покровов 4%-м водным раствором метиленовой синьки. Дренаж удален на 2-е сутки. Послеоперационный период осложнился на 3-и сутки клиникой лохиометры, сопровождающейся гипертермией до 37,8 °С, ознобом, лейкоцитозом ($13,7 \times 10^9/\text{л}$), повышением острофазовых белков (СРБ – 129,37 мг/л), в связи с чем была произведена вакуум-аспирация содержимого полости матки и начата антибактериальная терапия в лечебном режиме (цефотаксим, ванкомицин). После повторной гипертермии (38 °С) на 5-е сутки послеоперационного периода родильница была дообследована. В лабораторных показателях сохранялись лейкоцитоз ($15,93 \times 10^9/\text{л}$), высокий СРБ (86 мг/л), при компьютерной томография

органов грудной клетки выявлены признаки двустороннего малого гидроторакса, гидроперикарда, лимфаденопатия подмышечных узлов. Учитывая тяжесть состояния пациентки, агрессивность течения дерматоза, к лечению назначен метотрексат – 20 мг на фоне снижения суточной дозы глюкокортикоидов на 150 мг. Несмотря на проводимую терапию, тяжесть состояния пациентки нарастала за счет эндогенной интоксикации, синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), анемии 2–3 ст., генерализации пустулёзного псориаза, вследствие чего родильница на 7-е сутки была переведена в отделение реанимации. При лабораторно-инструментальном обследовании: посевы крови роста микрофлоры не дали, отмечалось незначительное повышение прокальцитонина (0,068 нг/мл), нарастание степени тяжести анемии (76 г/л), КТ-признаки гепатоспленомегалии. В отделении реанимации произведены гемотрансфузия, смена антибактериальной терапии (меронем, ванкомицин), снижение глюкокортикоидов до 100 мг (по рекомендации дерматологов), а также продолжался диагностический поиск.

Учитывая наличие у пациентки тяжелой экстрагенитальной патологии, на 10-е сутки послеоперационного периода родильница переведена в АРО № 2 ГБУЗ «ККБ № 2». В связи с тяжестью состояния больной на фоне тяжелого сепсиса, обострения псориаза явлениями интоксикации в АРО № 2 была продолжена антибактериальная (меронем, зивокс), инфузионная (под контролем центрального венозного давления (ЦВД), диуреза), симптоматическая, глюкокортикостероидная (солумедрол 100 мг/сут), утеротоническая терапия, профилактика острых язв ЖКТ, тромбоэмболических осложнений, обработка высыпаний на коже раствором метиленовой синьки. При лабораторном обследовании сохранялся лейкоцитоз ($14,39 \times 10^9/\text{л}$), анемия 1 ст. (9,9 г/дл), лимфопения (2,2 %), незначительная гипертрансаминаземия (46 Ед/л); гипопропротеинемия (52 г/л); гипоальбуминемия (28 г/л); повышение острофазовых белков (СРБ

97,06 мг/л). Данные инструментальных исследований (ЭХО-КГ, УЗИ ЖКТ, УЗИ почек, матки) соответствовали норме.

На 13-е сутки послеоперационного периода пациентка была осмотрена консилиумом врачей с целью определения дальнейшей тактики. В лабораторных показателях отмечался незначительный рост СРБ (94,34 мг/л), снижение лейкоцитоза ($11,85 \times 10^9$ Ед/л), сохранялась гипопроотеинемия (57 г/л), прокальцитонин – 0,056 нг/мл. В плане лечения по рекомендации дерматолога решено было снизить дозу глюкокортикоидов до 25 мг/сут; подключены эфферентные методы детоксикации (плазмаферез), в остальном терапия оставалась в прежнем объеме.

В дальнейшем с целью уточнения диагноза пациентке были выполнены гистероскопия, выскабливание полости матки. Патогистологическое заключение соскоба: некротизированная децидуальная ткань, железисто-фиброзный полип цервикального канала, кровь.

На фоне проводимой терапии в условиях АРО № 2 состояние пациентки оставалось тяжелым, периодически повторялись эпизоды гипертермии до 38,3 °С. В лабораторных показателях наблюдалась незначительная положительная динамика: нормализация лейкоцитов крови ($8,47 \times 10^9$ /л), остальные показатели без динамики.

На 20-е сутки послеоперационного периода родильница была переведена в ККРД, так как при помощи лабораторных, инструментальных методов исследования был исключен воспалительный процесс в матке как причина тяжелого септического процесса, имеющего место у данной пациентки.

Нами приведено редкое клиническое наблюдение тяжелой формы пустулёзного псориаза, осложнившегося развитием септического процесса. Возникновение данного заболевания в тяжелой форме во время

беременности несло в себе угрозу развития осложнений как для плода (внутриутробное инфицирование, прогрессирование плацентарной недостаточности), так и для матери (гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде, тромбозы, тромбоэмболии). Поэтому только совместный выбор с дерматологами оптимальной тактики лечения позволил акушерам-гинекологами грамотно родоразрешить пациентку, что привело к благоприятному исходу беременности как для пациентки, так и плода.

Список литературы

1. Курицки П., Ферейра К., Ногуйра Л., Мота Л. Лечение псориаза и псориатического артрита во время беременности и грудного вскармливания. – 2014. – Электронный ресурс: <http://www.dermatology.ru/translation/lechenie-psoriaza-i-psoriaticheskogo-artrita-vo-vremya-beremennosti-i-grudnogo-vskarmliv>.
2. Машикеллейсон Л. Н. Частная дерматология. – М.: Медицина, 1965. – С. 174–178.
3. Соснина Е. А., Чистякова И. А. Особенности клинических проявлений и терапия больных пустулезным псориазом // Лечащий врач. – 2011. – Электронный ресурс: <http://www.lvrach.ru/2011/10/15435272/>.
4. Шарапова Г. Я., Короткий Н. Г., Панченко М. А. О пустулезном псориазе // Вестник дерматологии и венерологии. – 1983. – № 9. – С. 35–38.