

**КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ  
ЛИШАЙ (КПЛ)  
ПСОРИАЗ (П)**

# КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- Это хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются папулы.



# РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ

- Наиболее часто КПЛ встречается у людей в возрасте от 30 до 60 лет.
- На долю женщин приходится 60—75% больных КПЛ с поражением слизистой оболочки полости рта и около 50% больных КПЛ с поражением кожи.
- КПЛ редко встречается у детей, лишь 5% случаев заболевания приходится на пациентов детского возраста.



# ЭТИОЛОГИЯ

- Теории: 1) неврогенная; 2) токсико-аллергическая; 3) вирусная.
- Определенное значение в возникновении КПЛ имеет травма слизистой оболочки, в том числе связанная с дентальной патологией: острые края зубов, плохо подогнанные съемные и пластинчатые протезы, нависающие пломбы, а также протезы из разнородных металлов.
- За последнее время все чаще стали появляться сообщения о развитии КПЛ на слизистой оболочке в ответ на воздействие химических веществ, включая лекарства.



# КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ КПЛ НА КОЖНЫХ ПОКРОВАХ

- типичная;
- гипертрофическая, или веррукозная;
- атрофическая;
- пигментная;
- пузырьная;
- эрозивно-язвенная;
- фолликулярная



# КЛИНИКА ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ КПА

- При поражении кожи проявляются плоскими папулами диаметром 2—5 мм с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении.
- Шелушение обычно незначительное, чешуйки отделяются с трудом.
- На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки Уикхема).



# КЛИНИКА ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ КПЛ

- Для КПЛ характерна склонность к слиянию и группировке морфологических элементов с образованием колец, гирлянд, линий.
- Реже узелки сливаются, образуя бляшки с шагреновой поверхностью.
- Вокруг бляшек могут возникать новые папулы, располагающиеся более или менее густо.
- В большинстве случаев сыпь локализуется симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, половых органах, довольно часто — на слизистой оболочке полости рта. Редко поражаются ладони, подошвы, лицо.
- Субъективно больных беспокоит зуд.
- В период обострения КПЛ наблюдается положительный феномен Кебнера — появление новых узелков на месте травматизации



# ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ ФОРМА КПЛ

- Для данной формы характерно образование бляшек округлых или овальных очертаний диаметром 4—7 см и более.
- Поверхность бляшек неровная, бугристая, испещрена бородавчатыми выступами с множеством углублений.
- По периферии основных очагов поражения могут обнаруживаться мелкие фиолетово-красноватые узелки, характерные для типичной формы КПЛ.



# АТРОФИЧЕСКАЯ ФОРМА КПЛ

- Исход высыпных элементов атрофия.
- Поражение кожи чаще наблюдается на голове, туловище, в подмышечных впадинах и на половых органах.
- Высыпания немногочисленны, состоят из типичных узелков и атрофических пятен с лиловой и желтовато-бурой окраской.
- При их слиянии образуются синевато-буроватые атрофические бляшки размером от 1 до 2—3 см.



## ПИГМЕНТНАЯ ФОРМА КПЛ

- Возникает остро, поражает значительную поверхность кожного покрова (туловище, лицо, конечности)
- Характеризуется множественными бурными пятнистыми высыпаниями, которые сливаются в диффузные очаги поражения.
- При этом можно обнаружить как узелки, характерные для типичной формы КПЛ, так и пигментированные элементы.
- Пигментация кожи может сочетаться с характерными высыпаниями КПЛ на слизистых оболочках полости рта



# БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА КПЛ

- Клинически характеризуется образованием пузырьков или пузырей на бляшках и папулах на эритематозных участках или на неповрежденной коже.
- Высыпания имеют различную величину, толстую напряженную покрывку, которая в дальнейшем становится дряблой, морщинистой.
- Содержимое пузырей прозрачное, слегка опалесцирующее с желтоватым оттенком, местами — с примесью крови.



## ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННАЯ ФОРМА

- На коже и слизистых оболочках отмечаются эрозии, чаще с фестончатыми краями, размером от 1 до 4—5 см и более.
- Язвенные поражения встречаются редко, локализуются на нижних конечностях и сопровождаются болезненностью, усиливающейся при ходьбе.
- Края язв плотные, розовато-синюшной окраски, возвышаются над уровнем окружающей здоровой кожи.
- Дно язв покрыто вялыми зернистыми грануляциями с некротическим налетом.



# ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ ФОРМА КПЛ

- Характеризуется появлением преимущественно на коже туловища и внутренних поверхностей конечностей фолликулярных остроконечных папул, покрытых плотными роговыми шипиками.
- Сочетание фолликулярной формы КПЛ, рубцовой алопеции на волосистой части головы, а также нерубцовой алопеции в области подмышечных впадин и лобка известно как синдром Грэма — Литтла —



# КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ КПА НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЕ ГУБ

- типичная;
- гиперкератотическая;
- экссудативно-гиперемическая;
- эрозивно-язвенная;
- буллезная;
- атипичная.



# ТИПИЧНАЯ ФОРМА КПЛ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

- Изменения слизистой оболочки полости рта при КПЛ чаще всего локализуются в области щек, языка, губ, реже — десен, нёба, дна полости рта.
- Сыпь представлена мелкими папулами серовато-белого цвета до 2—3 мм в диаметре.
- Папулы могут сливаться между собой, образуя сетку, линии, дуги, причудливый рисунок кружева.
- Возможно появление бляшек с резкими границами, выступающих над окружающей слизистой оболочкой и напоминающих лейкоплакию.
- Субъективные ощущения при типичной форме КПЛ слизистой оболочки полости рта обычно отсутствуют.<sup>15</sup>



# ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКАЯ ФОРМА КПЛ

- Отличается появлением на фоне типичных высыпаний сплошных очагов ороговения с резкими границами или появлением веррукозных разрастаний на поверхности бляшек.
- Больные могут отмечать сухость во рту и незначительную боль при приеме горячей пищи.



# ЭКССУДАТИВНО- ГИПЕРЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА КПА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

- Характерно расположение типичных серовато-белых папул на гиперемизированной и отечной слизистой оболочке.
- Прием пищи, особенно горячей и острой, сопровождается болезненностью.



# ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННАЯ ФОРМА КПЛ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

- Характеризуется наличием мелких единичных или множественных, занимающих большую площадь эрозий, реже — язв, неправильных очертаний, покрытых фиброзным налетом, после удаления которого наблюдается кровотечение.
- Для эрозивно-язвенной формы КПЛ характерно длительное существование возникших эрозий и язв, вокруг которых на гиперемированном и отечном основании



# БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА КПЛ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

- Характеризуется одновременным присутствием типичных папулезных высыпаний и беловато-перламутровых пузырей размером до 1—2 см в диаметре.
- Пузыри имеют плотную покрышку и могут существовать от нескольких часов до 2 суток.
- После вскрытия пузырей образуются быстро эпителизирующиеся эрозии.



# АТИПИЧНАЯ ФОРМА КПЛ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

- Характерно поражение слизистой оболочки верхней губы в виде симметрично расположенных очагов ограниченной застойной гиперемии, выступающих над окружающей слизистой оболочкой.
- Верхняя губа отечна.



# ДИАГНОСТИКА

При биопсии кожи при КПЛ отмечают гиперкератоз с неравномерным гранулезом, акантозом, вакуольную дистрофию клеток базального слоя эпидермиса, диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем отделе дермы, плотную примыкающий к эпидермису, нижняя граница которого «размыта» клетками инфильтрата. Отмечается экзоцитоз.

В более глубоких отделах дермы видны расширенные сосуды и периваскулярные инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоцитов, среди которых находятся гистиоциты, тканевые базофилы и меланофаги.

В длительно существующих очагах инфильтраты более густые и состоят преимущественно из гистиоцитов.

На границе между эпидермисом и дермой локализуются тельца Сиватта (коллоидные тельца) — переродившиеся кератиноциты.



# ДИАГНОСТИКА

- Реакция прямой иммунофлюоресценции может использоваться для диагностики при буллезной и эрозивно-язвенной формах КПЛ.

При исследовании методом прямой иммунофлюоресценции на границе между эпидермисом и дермой выявляют обильные скопления фибрина, в тельцах Сиватта — IgM, реже — IgA, IgG и компонент комплемента.

В случае изолированного эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки полости рта может потребоваться проведение цитологического исследования в целях дифференциальной диагностики с истинной акантолитической пузырьчаткой, при которой, в отличие от КПЛ, в очагах поражения обнаруживаются акантолитические клетки.



# ДИАГНОСТИКА

- клинического анализа крови;
- биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, триглицериды, холестерин, общий белок);
- клинического анализа мочи



# НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ

При наличии ограниченных высыпаний лечение начинают с назначения топических глюкокортикостероидных препаратов средней и высокой активности (возможно их чередование):

- бетаметазон, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель,
- мометазон, крем, мазь, лосьон 1—2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4—8 недель,
- бетаметазон + салициловая кислота, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4—8 недель,
- салициловая кислота + флуметазон, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4—8 недель.



# СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ

1. Глюкокортикостероидные препараты системного действия:

- преднизолон 20—30 мг в сутки перорально в течение 1—2 месяцев с последующей постепенной отменой

или

- бетаметазон 1 мл 1 раз в 2—3 недели внутримышечно или внутриочагово, на курс 3—4 инъекции.



# СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ

2. В лечении больных красным плоским лишаем могут применяться антималярийные препараты, которые используются в качестве системной терапии и могут назначаться с глюкокортикостероидными препаратами:

- гидроксихлорохин 200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня, курсы лечения повторяют в течение 1—2 месяцев
- хлорохин 250 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня, курсы лечения повторяют в течение 1—2 месяцев.



## СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ

3. Для купирования зуда назначают один из антигистаминных препаратов 1 поколения, который используют как перорально, так и в инъекционных формах:

- мебгидролин 100 мг перорально 2—3 раза в сутки в течение 7—10 дней
- клемастин 1 мг перорально или внутримышечно 2—3 раза в сутки в течение 7—10 дней.



# НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. При незначительной инфильтрации очагов поражения назначается узкополосная средневолновая фототерапия с длиной волны 311 нм 3—4 раза в неделю в течение 6—12 недель.

2. Пациентам с более выраженной инфильтрацией в очагах поражения показана ПУВА-терапия с пероральным или наружным применением фотосенсибилизатора:

- ПУВА-терапия с применением фотосенсибилизаторов перорально:

метоксален 0,6 мг на кг массы тела

- ПУВА-терапия с наружным применением фотосенсибилизаторов:

метоксален 0,5—1 мг/л на курс от 8 до 23 процедур.



# ЛЕЧЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

1. Препаратами первой линии для лечения больных КПЛ слизистой оболочки полости рта являются топические глюкокортикостероидные препараты:

- бетаметазон, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 8 недель,
- триамцинолон, мазь 3 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель,
- флуоцинолона ацетонид, крем, гель, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4—12 недель
- клобетазол, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4—8 недель.

2. В случае неэффективности топических кортикостероидных препаратов назначают ретиноиды для наружного применения:

изотретиноин, гель 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 8 недель.



# ЛЕЧЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

3. Дополнительно применяют обезболивающие и ранозаживляющие средства :

- алоэ древовидного листья, линимент 2 раза в сутки наружно на очаги поражения;
- лидокаин + ромашки аптечной экстракт цветов, гель : полоску длиной 0,5 см наносят на болезненные или воспаленные участки слизистой оболочки полости рта и втирают легкими массирующими движениями 3 раза в день;
- холина салицилат + цеталкония хлорид, гель стоматологический 1 см для взрослых и 0,5 см для детей выдавливают на чистый палец и втирают легкими массирующими движениями в пораженный участок слизистой оболочки полости рта 2—3 раза в день до или после еды и перед сном.

4. В случае тяжелого КПЛ слизистой оболочки полости рта, резистентного к проводимой терапии, используются системные глюкокортикостероидные препараты:

- преднизолон 0,5—1 мг на кг массы тела в течение 3 недель



# ПСОРИАЗ

- Это системное иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией эпидермоцитов и нарушением их дифференцировки, иммунными реакциями в дерме и синовиальных оболочках, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, хемокинами; частыми патологическими



# ЭТИОЛОГИЯ

- В развитии псориаза важное значение имеют наследственная предрасположенность, нарушения функции иммунной, эндокринной, нервной систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды и др.
- Описан ряд генов (PSORS), наличие которых предрасполагает к развитию заболевания. В частности, у больных псориазом чаще выявляют антигены HLA-Cw6 и HLA-DR7.



# ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- психоэмоциональное
- перенапряжение,
- хронические инфекции (чаще
- стрептококковые),
- злоупотребление алкоголем,
- прием лекарственных средств (соли лития, бета-адреноблокаторы, хлорохин/гидроксихлорохин, пероральные контрацептивы, интерферон и его индукторы и др.)
- сопутствующая патология.



# ВУЛЬГАРНЫЙ (ОБЫКНОВЕННЫЙ) ПСОРИАЗ

- Характеризуется появлением на коже папулезных элементов розово-красного цвета с четкими границами, склонных к слиянию и образованию бляшек различных очертаний и величины, покрытых серебристо-белыми чешуйками.
- Бляшки располагаются преимущественно на волосистой части головы, разгибательной поверхности локтевых, коленных суставов, в области поясницы, крестца, однако могут локализоваться на любых других участках кожного покрова.
- Больных может беспокоить зуд различной степени интенсивности.
- Высыпания характеризуются наличием псориатической



# ПСОРИАТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ

- **стеаринового пятна** (при легком поскабливании папулы наблюдается усиление шелушения, придающего поверхности папул сходство с растертой каплей стеарина);
- **терминальной пленки** (появление после полного удаления чешуек влажной тонкой блестящей просвечивающей поверхности элементов);
- **точечного кровотечения** (появление после осторожного соскабливания терминальной пленки точечных, не сливающихся между



# ЭКССУДАТИВНЫЙ ПСОРИАЗ

- У больных с ожирением, сахарным диабетом, дисфункцией щитовидной железы отмечается повышенная экссудация в очагах поражения, при этом появляются серовато-желтые чешуе-корки, плотно прилегающие к поверхности бляшек, в связи с чем псориазная триада выявляется с трудом.



# СЕБОРЕЙНЫЙ ПСОРИАЗ

- Локализация высыпаний только на себорейных участках кожи (волосистая часть головы, носогубные и заушные складки, грудь и межлопаточная область) диагностируется.
- При себорейном псориазе чешуйки обычно имеют желтоватый оттенок, при этом на голове шелушение может быть очень выраженным, а высыпания могут переходить с волосистой части головы на кожу лба, образуя так называемую псориатическую корону.



# КАПЛЕВИДНЫЙ ПСОРИАЗ

- Является острой формой заболевания, характеризуется появлением на коже многочисленных каплевидных папул ярко-красного цвета с небольшим шелушением и инфильтрацией.
- Часто возникает в детском или подростковом возрасте и развивается после перенесенных инфекционных заболеваний стрептококковой этиологии.
- Каплевидный псориаз может



# ПУСТУЛЕЗНЫЙ ПСОРИАЗ

- Проявляется в виде генерализованных или ограниченных высыпаний, чаще располагающихся в области ладоней и подошв, представленными поверхностными гнойничковыми элементами.
- Возникновению пустулезного псориаза способствуют инфекции, сильные стрессовые ситуации, гормональные нарушения, в том числе вызванные пероральными контрацептивами, быстрая отмена кортикостероидов или других



# ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПСОРИАЗ ЦУМБУША

- Протекает тяжело, с лихорадкой и недомоганием.
- Приступообразно на фоне яркой эритемы появляются мелкие поверхностные стерильные пустулы, сопровождающиеся жжением и болезненностью, расположенные как в зоне типичных псориатических бляшек, так и на ранее неизмененной коже.
- Эритематозные очаги с пустулизацией быстро<sup>40</sup> увеличиваются в размерах, сливаются,



# ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПСОРИАЗ ЦУМБУША

- Слившиеся пустулы отслаивают эпидермис, образуя «гнойные озера».
- Часто отмечаются дистрофические изменения ногтей, поражение суставов, иногда почек.
- В крови определяются лейкоцитоз, повышенная СОЭ.
- После прекращения появления пустул состояние больных улучшается, температура снижается, однако новый приступ



# ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ

- Чаще возникает в результате обострения уже существующего вульгарного псориаза под влиянием раздражающих факторов или нерационального лечения (прием ванн в прогрессирующей стадии, избыточная инсоляция или передозировка ультрафиолетовых лучей, использование высоких концентраций разрешающих мазей при обострении).
- Также эритродермия может развиваться первично у здорового человека при слиянии высыпаний быстро прогрессирующего псориаза.
- Процесс распространяется на все кожные покровы, занимая более 90% кожных покровов.
- Кожа становится ярко красной, отечной, инфильтрированной, <sup>42</sup> местами лихенифицированной, горячей на ощупь, покрывается большим количеством крупных и мелких сухих белых чешуек легко



## ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ

- Больных беспокоят зуд, иногда сильный, жжение и чувство стягивания кожи, болезненность.
- Нарушается общее состояние больного: появляется слабость, недомогание, потеря аппетита, температура тела повышается до 38—39°, увеличиваются лимфатические узлы (в первую очередь паховые и бедренные), снижается потоотделение.
- При длительном существовании подобного состояния могут выпадать волосы и поражаться<sup>43</sup> ногти.



## ИНВЕРСНЫЙ ПСОРИАЗ

- Проявляется типичными для обыкновенного псориаза высыпаниями, его особенностью является преимущественная локализация на сгибательных поверхностях конечностей.



# ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

- Поражение суставов может развиваться одновременно с псориатическими высыпаниями на коже или предшествовать им. В дальнейшем может наблюдаться синхронность в развитии обострений псориатического артрита и поражения кожи.
- Суставной процесс сопровождается покраснением кожи над пораженными суставами, отечностью, болезненностью, ограничением их подвижности, наличием утренней скованности.
- Могут наблюдаться деформации суставов, анкилозы, энтезиты (воспаление сухожилий в области их прикрепления к костям), дактилиты, спондилит.



# АКРОДЕРМАТИТ СТОЙКИЙ ГНОЙНЫЙ АЛЛОПО

- Данная форма псориаза проявляется эритематозно-сквамозными и везикуло-пустулезными высыпаниями на дистальных фалангах пальцев.
- На пораженных участках пальцев отмечаются яркая эритема, отек, множественные пустулы, сливающиеся в «гнойные озера».
- Дистальные фаланги утолщены, ногтевые пластинки дистрофически изменены.



# ПУСТУЛЕЗНЫЙ ПСОРИАЗ ЛАДОНЕЙ И ПОДОШВ БАРБЕРА

- Данная форма псориаза встречается чаще, чем генерализованный псориаз Цумбуша.
- Высыпания располагаются преимущественно в области тенара и гипотенара, а также свода стоп.
- Характерна резкая очерченность эритематозно-сквамозных бляшек, на фоне которых имеются множественные пустулезные высыпания.



# ПОРАЖЕНИЕ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИНОК

- При псориазе очень часто поражаются ногти, при этом наиболее распространенными являются изменения поверхности ногтя в виде точечных углублений, напоминающих поверхность наперстка (симптом «наперстка»).
- Довольно часто под ногтевой пластинкой вблизи околоногтевых валиков или лунки можно увидеть небольшие, несколько миллиметров в диаметре, красноватые и желтовато-буроватые пятна (симптом «масляного пятна»).
- Иногда встречается подногтевой гиперкератоз с развитием онихогрифоза.



В течении псориаза выделяют

три стадии:

- прогрессирующую стадию
- стационарную стадию
- регрессирующую стадию



## ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ СТАДИЯ.

- Для прогрессирующей стадии характерны появление свежих высыпаний, продолжающийся рост уже имеющихся папул и бляшек.
- Окраска элементов яркая, шелушение выражено в центральной части, а по периферии имеется гиперемическая кайма - венчик роста (ободок Пильнова).
- Характерно появление новых элементов на местах мелких травм, расчесов – положительная изоморфная реакция (феномен Кебнера).
- Беспокоит зуд.



## СТАЦИОНАРНАЯ СТАДИЯ.

В стационарной стадии прекращается появление новых элементов и рост старых, окраска элементов приобретает выраженный синюшный оттенок, шелушение распространяется на всю поверхность элементов.



## РЕГРЕССИРУЮЩАЯ СТАДИЯ.

Характеризуется появлением «псевдоатрофического ободка» Воронова (после остановки роста папулы вокруг нее обычно появляется как бы атрофическая зона шириной в несколько миллиметров), постепенным исчезновением клинических симптомов начиная с центра элементов по направлению к их периферии: сначала исчезает шелушение, затем нормализуется окраска, а потом рассасывается сама папула, часто оставляя после себя временную гипопигментацию



# ПАТОМОРФОЛОГИЯ

- Морфологические изменения характеризуются выраженным **акантозом** эпидермиса с характерным колбообразным расширением эпидермальных выростов книзу и истончением эпидермиса над вершущками вытянутых сосочков дермы, нарушением процессов кератинизации в виде **паракератоза** и **исчезновения зернистого слоя**.
- В периоде **прогрессирования** заболевания в роговом слое и в зоне **паракератоза** обнаруживаются **скопления нейтрофильных лейкоцитов** (микроабсцессы Мунро).
- Вокруг извитых полнокровных капилляров сосочковой дермы выявляются воспалительные инфильтраты различной степени интенсивности из лимфоцитов, гистиоцитов, единичных нейтрофильных лейкоцитов.



# ДИАГНОСТИКА

- Обыкновенный псориаз диагностируют на основании папулосквамозных и папулобляшечных высыпаний с положительной триадой псориатических феноменов.
- Постановка диагноза артропатического и пустулезного псориаза несколько упрощается, если выявляют типичные псориатические высыпания.
- Если их нет, то учитывают данные анамнеза, результаты гистологического, рентгенологического, иммунологического и<sup>64</sup> других исследований, включая антигены



- Критерии псориатического артрита считают суставную боль с поражением трех и более периферических суставов, припухлость и болезненность при движении, в суставах, рентгенологические изменения, асимметричность поражения;
- критерии пельвиоспондилита — боль в поясничном отделе позвоночника в течение не менее 3 мес, ограничение движений в нем, боль или скованность в грудном или поясничном отделе, уменьшение экскурсии грудной клетки (менее 2,5 см на вдохе).



# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- парапсориаз,
- вторичный папулезный сифилис,
- красный плоский лишай,
- премикотическая стадия грибовидного микоза,
- болезнь Рейтера  
(уретро-около-синовиальный синдром),
- дискоидная красная волчанка,
- себорейная экзема.



# ЛЕЧЕНИЕ

- При назначении лечения учитывают форму, тип, стадию, распространенность высыпаний, общее состояние больного.
- Особое внимание обращают на факторы, способствовавшие развитию или обострению болезни.
- **Диета:** ограниченное употребление жиров, углеводов, пасленовых овощей (в том числе помидоров, перца, фасоли, гороха, сои), поваренной соли, экстрактивных веществ. Запрещают алкогольные напитки, курение.



# ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА

- В тяжелых случаях можно кратковременно назначить глюкокортикоиды, лучше триамцинолон по 16–20 мг/сут или дипроспан (бетаметазон) по 1 мл внутримышечно 1 раз в 7–10 дней.
- После стабилизации процесса дозу постепенно снижают, затем препарат отменяют (лечение глюкокортикоидами



- При особо тяжелом течении артропатического, пустулезного, эксудативного псориаза или эритродермии могут быть назначены метотрексат, меркаптопурин, азатиоприн.
- Метотрексат назначают внутрь в дозе 2,5–5,0 мг с интервалами 12 ч троекратно или через 8 ч четырехкратно. Цикл повторяют через 1 нед в дозе 7,5–30,0 мг внутрь или 7,5–50,0 мг внутримышечно 1 раз в неделю.

После достижения клинического эффекта препарат отменяют.

- Азатиоприн назначают в суточной дозе 4 мг/кг в 3 приема в течение 18–39 дней, меркаптопурин — по 0,05 г<sub>59</sub> 2 раза в день в течение 3–4 нед.



- В терапии резистентных форм псориаза, включая эритродермию с поражением суставов, обсуждают возможность применения Т-клеточных иммуномодуляторов: ремикейда (инфликсимаба), адалимумаба, алефасепта, эфализумаба, абатасепта.
- Наиболее широкое применение нашел инфликсимаб (моноклональные антитела IgG1 класса) — ингибитор ФНО-α.
- Инфликсимаб вводят внутривенно медленно в течение 2 ч в дозе 5 мг/кг троекратно на 1, 2 и 6-й неделе. Клиническая ремиссия была достигнута в течение 6–12 нед и продолжалась до 6–10 мес



# ПРИ АРТРОПАТИЧЕСКОМ ПСОРИАЗЕ

- Применяют нестероидные

- противовоспалительные препараты:

- метиндол (индометацин),
  - диклофенак (по 0,025–0,050 г 3 раза в сутки);
  - напроксен (по 0,50–0,75 г 2 раза в сутки),
  - мефенамовую кислоту (по 0,5 г 3–4 раза в сутки);
  - фенилбутазон (по 0,10–0,15 г 3–4 раза в сутки);
  - ибупрофен (по 0,2 г 3–4 раза в сутки).
- Длительность лечения составляет 4–6 нед.



# МЕТОДИКА ПУВА-ТЕРАПИЯ

- Это сочетание фотосенсибилизирующих фурокумариновых препаратов из группы псораленов и ультрафиолетовых лучей с длиной волны от 320 до 400 нм. Аммифурин, псоберан, псорален назначают из расчета 0,8 мг/кг, метоксален — 0,6 мг/кг.
- Препараты принимают однократно за 2 ч до облучения.
- При локальной фотохимиотерапии растворы или мази фотосенсибилизатора наносят на очаги поражения за 30–40 мин до облучения<sup>62</sup>.
- Процедуры проводят 3 или 4 раза в неделю.



# МЕТОДИКА ПУВА-ТЕРАПИЯ

- Начальную дозу облучения выбирают в зависимости от указаний в анамнезе на реакцию к солнечным или ультрафиолетовым лучам, типа кожи и результатов определения биодозы.
- Лечение начинают с минимальных субэритемных доз — 1,5–2,0 Дж/см<sup>2</sup>, постепенно увеличивая дозу облучения на 1,5–2,0 Дж/см<sup>2</sup> через каждые 2–3 процедуры до 10–15 Дж/см<sup>2</sup>, что соответствует времени пребывания больного в кабине от 3–5 до 15–20 мин. Курс лечения состоит из 15–20 процедур.
- Повторные курсы проводят при необходимости<sup>3</sup> 1–2 раза в год.



# НЕ ПОКАЗАНА ПУВА-ТЕРАПИЯ

- людям молодого возраста,
- а также больным, которые длительное время принимали препараты, оказывающие канцерогенный эффект (метотрексат),
- при повышенной чувствительности к ультрафиолетовым лучам (рыжеволосым, белокурым),
- наличии в анамнезе опухолей, в том числе опухолей кожи, при семейной онкологической отягощенности,
- нарушении репарации ДНК



# НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА

- Наружное лечение проводят с осторожностью, особенно при выраженном воспалении.
- Чем интенсивнее лечение, тем меньшей должна быть концентрация мазей.
- Назначают 0,5–2% салициловую мазь, 5–10% нафталиновую мазь.
- На ограниченные участки кожи наносят глюкокортикоидные мази, элоком С окклюзионно под повязку на 7–10 дней, а затем дайвобед — 1 мес, дайвонекс — 1 мес. Длительно назначать их при псориазе нецелесообразно во избежание ухудшения течения процесса.
- При поражении волосистой части головы с успехом применяют цинокап в форме аэрозоля.



# НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ И РЕГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИЙ ПСОРИАЗА

- 1–2% салициловая мазь, 5–10% нафталианная мазь,, умеренное солнечное облучение в утренние часы или ультрафиолетовые лучи (зимой).
- При ладонно-подошвенном псориазе 2% борно-дегтярная мазь и мази, содержащие 5–10% нафталианской нефти.
- При повышенной экссудации можно применять глюкокортикоидные мази (1–2<sup>66</sup> раза в неделю).



## ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ

- показаны пентоксифиллин по 0,2 г 3 раза в день в течение 30-40 дней или теоникол по 0,15 г 3 раза в день в течение 35–40 дней;
- компламин по 0,15 г 3 раза в сутки; доксилек или доксихем по 0,5 г 2 раза в день 3–4 нед.