

СОГМА, кафедра дерматовенерологии

# ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ (ПСОРИАЗ)

доц Бетрозов В.Т.

2013

*Псориаз - чешуйчатый лишай, хр. рецидивирующий мульти-факторный дерматоз с генетической предрасположенностью, характеризующийся мономорфной воспалительной эпидермо-дермальной папулёзной сыпью с интенсивным серебристо-белым шелушением, псориатической триадой и изменениями в различных органах и системах. Одновременно с поражением кожи возможно заболевание суставов, слизистых оболочек и ногтей.*

Псориаз известен с давних времён.

Клиническое описание болезни, сходное с псориазом, встречается в Библии, у Гиппократов, Цельса и др.

Классическое описание и указание на важную роль наследственности принадлежит R. Willan (1801).

В 1841 году Гебра выделил псориаз как самостоятельное заболевание.

Его удельный вес в общей структуре заболеваемости составляет от 3-5 до 7-10%, а у госпитализированных кожных б-х - до 20-25%.

Около 3% человечества страдает псориазом. Среди дерматозов детского возраста с длительным течением псориаз занимает второе место после атопического дерматита.

Заболевание широко распространено во всех широтах земного шара, среди населения разных национальностей и рас.

Дерматоз часто возникает в 10-25 лет, однако может впервые проявиться в любом возрасте: описаны случаи псориаза у детей 4-5-7 мес и у взрослых в возрасте 82 лет.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Этиология чешуйчатого лишая недостаточно выяснена.

Этому вопросу посвящено огромное количество исследований, для объяснения этиологии псориаза предложен ряд теорий, но ни одна из них не имеет достаточно научно обоснованных данных.

### 1. Вирусная теория.

Сторонники этой теории основываются на результатах экспериментальных и гистологических исследований. Так, Кирле (Kyrle) и Липшютц, а затем и другие авторы в гистологических срезах из свежих псориазных папул обнаруживали в протоплазме шиповидных клеток своеобразные ацидофильные тельца - включения в виде зёрен, окруженные белковой оболочкой хорошо окрашивающиеся эозином.

Это дало основание предположить, что данные образования представляют собой включения фильтрующегося вируса.

А.Ф. Ухин, много лет работавший над проблемой этиологии псориаза, также обнаруживал аналогичные включения в псориазных папулах и в органах экспериментальных животных (кроликов), получивших прививку от больных псориазом.

А.Ф. Ухину, а затем А. М. Кричевскому удалось изготовить вакцину фильтрующегося вируса псориаза, выращенного на аллантоисе куриного зародыша.

## 2. Неврогенная теория.

Имеется очень много клинических наблюдений, которые свидетельствуют, что псориаз **начинается или рецидивирует после нервно-психических травм**, тяжёлых переживаний.

## 3. Эндокринная теория основывается на клинических наблюдениях, которые свидетельствуют **о связи псориаза с эндокринными нарушениями**.

Так, например, об этом говорит частое начало псориаза в период полового созревания; у некоторых больных рецидивы связаны с дисфункцией половых желез, дисменореей, аменореей. Обострения болезни бывают также в предменструальном и особенно значительное - в климактерическом периодах.

Во время беременности у одних больных заболевание обостряется, у других, напротив, состояние улучшается.

Ряд авторов указывает также на связь псориаза с нарушением функции щитовидной железы, гипофиза, надпочечников, зубной железы.

## 4. Теория нарушения обмена веществ.

Многочисленными исследованиями доказано, что у б-х псориазом нарушен то белковый, то липоидный или белково-липоидный, минеральный или водный обмен. Вместе с тем эти нарушения наблюдаются далеко не у всех б-х.



5. **Инфекционно-аллергическая теория** предполагает, что псориаз представляет собой проявление аллергической тканевой реакция на сложную структуру микробных клеток стафилококков или стрептококков либо на продукты их жизнедеятельности.

Так, общеизвестно возникновение псориаза после хронического тонзиллита, гриппа, ангины, пневмонии, обострения очагов фокальной инфекции.

6. **Наследственная теория.**

Несомненно, что псориаз в 15-20% всех случаев является семейным высоко наследуемым заболеванием. Псориаз - «*генотипический дерматоз*, передающийся по доминантному типу с неполной пенетрантностью и неравномерной проявляемостью».

7. В развитии псориаза **важная роль принадлежит иммунным нарушениям:** повышенной активности Т-хелперов при дефекте Т-супрессоров, увеличенном содержании ЦИК и повышении титров аутоантител к ДНК. Клеточный инфильтрат состоит преимущественно из CD-4 + Т лимфоцитов. Указанные данные дают основание считать псориаз иммуногенетическим заболеванием.

**В настоящее время наиболее обоснованными являются вирусная и наследственная теории.** «*Фильтрующиеся вирусы патогенно влияют на генетический аппарат клеток, что влечёт за собой нарушения контроля биохимических процессов*».

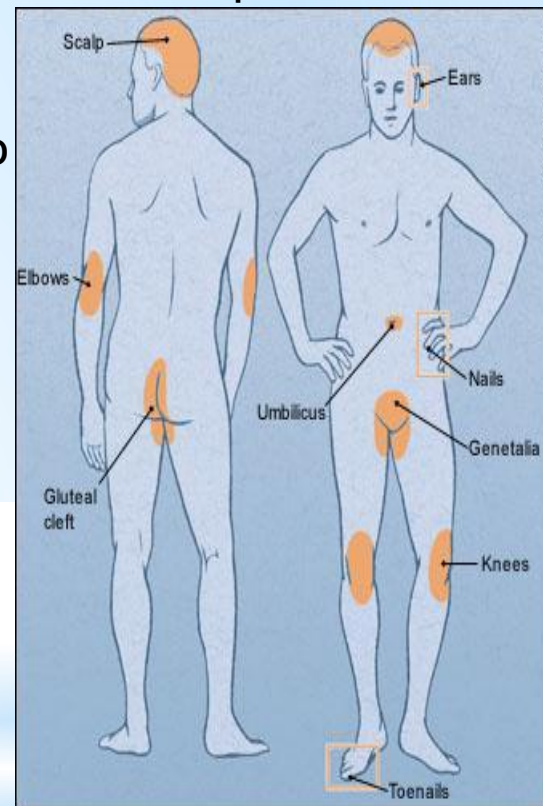
## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСОРИАЗА.

Сыпь при псориазе мономорфная и состоит из *эпидермо-дермальных папул*. Эти узелки в начале болезни имеют *розово-красный цвет различной интенсивности* (симптом Пильнова), величину с точку, просьяное зерно и по плотности мало отличаются от окружающей кожи.

Вскоре папула покрывается рыхлыми, легко снимающимися *серебристыми чешуйками*. Элементы быстро увеличиваются, достигая *размеров чечевицы, монеты и более*. Вследствие слияния папул могут образовываться более *крупные очаги (бляшки)*. Одновременно вокруг старых элементов или в других местах кожного покрова появляются новые, вначале мелкие, а затем постепенно увеличивающиеся папулы.

Нередко приходится наблюдать, что растущие по периферии папулы начинают с центра регрессировать; в результате возникают кольцевидные элементы, при слиянии которых образуются различные фигуры.

Таким образом, у больного псориазом *одновременно можно видеть довольно пёструю картину сыпи, состоящей из элементов различных размеров и очертаний, порой весьма причудливых.*



1. При поскабливании на поверхности псориазических папул очень легко возникает шелушение: появляются серебристые чешуйки, картина напоминает каплю растёртого стеарина

(*феномен «стеаринового пятна»*).

2. При дальнейшем последовательном поскабливании снимается вместе с чешуйками тонкая пленка -

(*феномен «псориазической терминальной пленки»*).

3. Далее, при снятии «плёнки», обнажается влажная, гладкая, как бы полированная розово-красная поверхность, на которой при дальнейшем легком поскабливании появляются точечные несливающиеся капельки крови (*феномен «точечного кровотечения, кровяной росы Полотёбнова или феномен Ауспитца»*).

Псориазические папулы *исчезают обычно бесследно*; иногда, однако, они оставляют депигментированные пятна, которые в дальнейшем тоже исчезают.

Сыпь может многие годы существовать в виде ограниченных бляшек на локтях и коленях. У других больных болезнь периодически обостряется, сыпь распространяется на многие участки и нередко занимает весь кожный покров.



Со временем высыпания либо полностью исчезают, либо остаются в виде ограниченных очагов на локтях и голенях в виде «*дежурных бляшек*».

Есть больные, обычно долго болеющие псориазом, у которых крупные слившиеся псориазные бляшки на ограниченных участках кожного покрова продолжительное время не изменяются. Это так называемая *застарелая форма* псориаза (psoriasis inveterate) и лечение таких больных малоуспешно.

Весьма часто при псориазе наблюдается своеобразное поражение ногтей: на их поверхности появляются точечные ямки (*симптом напёрстка*).

В других случаях ногтевая пластинка становится тусклой, неровной, она приобретает грязно-серую окраску. У некоторых больных указанные изменения ногтей сохраняются даже во время ремиссии.

**Течение псориаза** почти всегда **хроническое, рецидивирующее**. Как правило, раз возникнув, псориаз **протекает длительно, многие годы**, даже десятилетия, периодически обостряясь и регрессируя. У одних больных рецидивы очень часты, возникают почти ежегодно и даже чаще; у других они наблюдаются редко. Самостоятельное исчезновение псориаза возможно, но встречается крайне редко.

Различают **сезонные типы** псориаза: **зимний, летний**. У ряда больных обострение болезни не связано со временем года, такой псориаз рассматривают как **смешанный (внесезонный)**. У большинства больных обострения процесса происходит в осенне-зимнее время. В этом случае говорят об осенне-зимнем псориазе.

В течение псориаза различают **три стадии:**,

- прогрессирующую
- стационарную и
- регрессивную.

**Прогрессирующая стадия** псориаза характеризуется:

- появлением новых мелких папул;
- наличием у старых бляшек периферического красного, сочного, не покрытого чешуйками венчика, (поэтому шелушение папул центральное);
- наличием более или менее выраженного зуда;
- положительной изоморфной реакцией (**феномен Кебнера**):
  - спустя 7-10 дней после травмы кожи, экскораций точно по линии раздражения появляются новые типичные псориазные элементы.

Длительность прогрессирующей стадии индивидуальна и продолжается от 2 недель до нескольких мес.

## **В стационарной стадии:**

- новые эффоресценции (высыпания) не появляются,
- свежих папул нет,
- на крупных элементах отсутствует сочный валик, (венчика роста нет),
- шелушение папул сплошное,
- изоморфная реакция отрицательная и
- зуда кожи нет.

**Регрессивная стадия** характеризуется признаками разрешения элементов сыпи. У некоторых больных разрешение папул начинается **с периферии**, и тогда можно наблюдать кольца просветления по периферии эффоресценции (*псевдоатрофический воротничок Воронова*).

У других больных разрешение папул начинается **с центра**: в центре они освобождаются от чешуек, постепенно восстанавливается нормальный рисунок кожи, а по периферии ещё остается папулезный инфильтрат в виде кольца (*psoriasis annularis*) → Рубцов или атрофии не образуется.

Выделяют **атипичные клинические формы**:

- интертригинозный,
- экссудативный,
- себореинный,
- рупиоидный,
- веррукозный,
- пустулёзный псориаз и
- псориатическая эритродермия.



**Интертригинозный псориаз** развивается у грудных детей, б-х тяжёлым диабетом, ревматизмом, у тучных людей, у пожилых и при повышенной сенсibilизации. Характеризуется атипичной локализацией **на сгибательных поверхностях** конечностей, суставов, на коже паховых и бедренных складок, подмышечных впадин, ладонях, подошвах.

Проявляется обычно нуммулярными, экссудативными бляшками с резкими границами, багрово-красного цвета, незначительным шелушением, влажной и мацерированной поверхностью.

**Экссудативный псориаз**, при нем папулы покрыты серовато-жёлтыми рыхлыми корками в результате пропитывания их экссудатом, при снятии корок наблюдается **даже мокнутие**, особенно на нижних конечностях.

**Себорейный псориаз** развивается у б-х себореей с поражением волосистой части головы, носогубных складок, за ушными раковинами, на груди, межлопаточной области.

**Рупиоидный псориаз** возникает у подростков в виде округлых четко очерченных бляшек, покрытых слоем крупных сухих чешуек.


**Веррукозный (бородавчатый) псориаз** характерен гиперкератозом и бородавчатыми разрастаниями, чаще располагающимися на коже туловища и нижних конечностей.

В подавляющем большинстве случаев псориаз протекает относительно легко, самочувствие больных мало нарушено и спустя 1,5-2 месяца вспышка утихает; сыпь почти вся или полностью исчезает, наступает ремиссия.

\* Доброкачественное течение болезни наблюдается не всегда, и тогда у небольшой части больных появляются все новые элементы, которые относительно быстро распространяются по всему кожному покрову.

Вследствие периферического роста и слияния отдельных бляшек образуются обширные диффузные очаги и, наконец, наступает момент, когда в процесс вовлекается весь кожный покров:

он представляет собой сплошную эритему, которая обильно шелушится крупнопластинчатыми чешуйками.

\* Остаются свободными от высыпания лишь небольшие участки, обычно  лицо и верхняя часть груди.

Так возникает **псориатическая эритродермия**

Общее состояние больных при псориатической эритродермии значительно нарушено, они жалуются на постоянный озноб, температура достигает иногда 38-39°. Это может продолжаться неделями.

Затянувшаяся на длительное время псориатическая эритродермия доводит больных до значительного истощения. У них развивается тяжёлое невротическое состояние, сопровождающееся мучительной бессонницей. Иногда болезнь осложняется обострением бывшего у больного туберкулёза, упорными нарушениями отправления кишечника и т.д.

**Прогноз в таких случаях может быть неблагоприятным.**

Следует помнить, что эритродермия в прогрессирующей стадии иногда развивается вследствие нерациональной раздражающей терапии, как общей (АКТГ, метотрексат), так и наружной.

Такую же роль могут сыграть и другие экзогенные и эндогенные раздражители, в частности грубые погрешности в пищевом режиме (злоупотребление алкоголем и т. п.).

С тяжёлыми общими симптомами протекает **артропатический псориаз**, наблюдаемый у 10-12% б-х чешуйчатым лишаем в виде артропатии по типу артралгий, деформирующего полиартрита, деформации суставов конечностей (псориатический артрит), ригидности позвоночника. R-логически определяются *остеопороз и сужение суставных щелей*.

Эта клиническая форма псориаза **является наиболее тяжёлой**, приводит к **инвалидности** и даже к летальному исходу; у большинства б-х возникает через 3 -5 лет и более после первого появления псориатических высыпаний. Чаще наблюдается у мужчин, длительно болеющих псориазом. Изменения в костях и суставах имеют воспалительный и дистрофический характер, артралгии носят различный характер. Изменения в суставах служат причиной *контрактур и анкилозов*.

Псориатический артрит отличается от ревматического отрицательными ревмо-серологическими тестами, отсутствием острых атак и поражения сердца.



**Пустулёзный псориаз** проявляется гнойными элементами поверхностного характера наподобие вульгарного /стрепто-стафилококкового/ импетиго. Выделяют пустулезный псориаз **диссеминированный** /тип Цумбуша/, **ладоней и подошв** /тип Барбера /. **Содержимое пустул стерильно.**

Тип Цумбуша является тяжёлым общим заболеванием, сопровождается подъёмом температуры, недомоганием, лейкоцитозом. Дерматоз может принимать злокачественное течение и заканчиваться летально.

**Тип Барбера:**

**Поражение слизистых оболочек** рта, конъюнктивы и половых органов является продолжением псориатических высыпаний на коже.

При обычном псориазе слизистая оболочка рта поражается у 1-2% б-х, наиболее часто высыпания локализуются на щёках, губах, языке. Возникают овальной формы слегка выступающие над окружающей слизистой оболочкой резко отграниченные узелки белесоватой или серовато-белой окраски с розовым ободком вокруг.

На определённом этапе развития высыпания могут быть покрыты рыхлым беловато-серым налётом, который легко удаляется шпателем и обнажается ярко-красная поверхность с явлениями точечного или паренхима-тозного кровотечения.

**Клиническими особенностями псориаза у детей** являются поражение волосистой части головы в 70% случаев, кожи лица - 50% случаев, а также в складках и на половых органах; более выражена острота процесса и большая частота экссудативных форм, полиадениты и наличие зуда разной интенсивности в 19% случаев.

У детей тяжёлый псориаз по типу эритродермии и артропатий встречается редко и составляет до 1,9% (среди больных детей).

**Общее состояние** при обычных не осложненных случаях псориаза мало нарушено. Однако у многих из них отмечаются более или менее выраженные нарушения НС (бессонница, невротическое состояние).

Что касается **субъективных ощущений**, то некоторых больных беспокоит зуд, интенсивность которого колеблется в широких пределах.

## Патогистология.

В области псориазических папул эпидермис утолщен, резко выражены **акантоз и паракератоз**, увеличено количество митозов в базальном слое и даже видны фигуры деления ядра в глубоких рядах шиповидного слоя.

При экссудативной форме псориаза имеется значительный **экзоцитоз** с выходом в эпидермис лимфоцитов и лейкоцитов (полинуклеаров). Последние образуют в межклеточных щелях мальпигиева слоя скопления от 3 до 5 клеток («микроабсцессы»).

В дерме в различной степени выражен **папилломатоз**: сосочки внедряются в мальпигиев слой настолько, что местами их верхушки едва прикрываются 1-2 рядами клеток мальпигиева слоя.

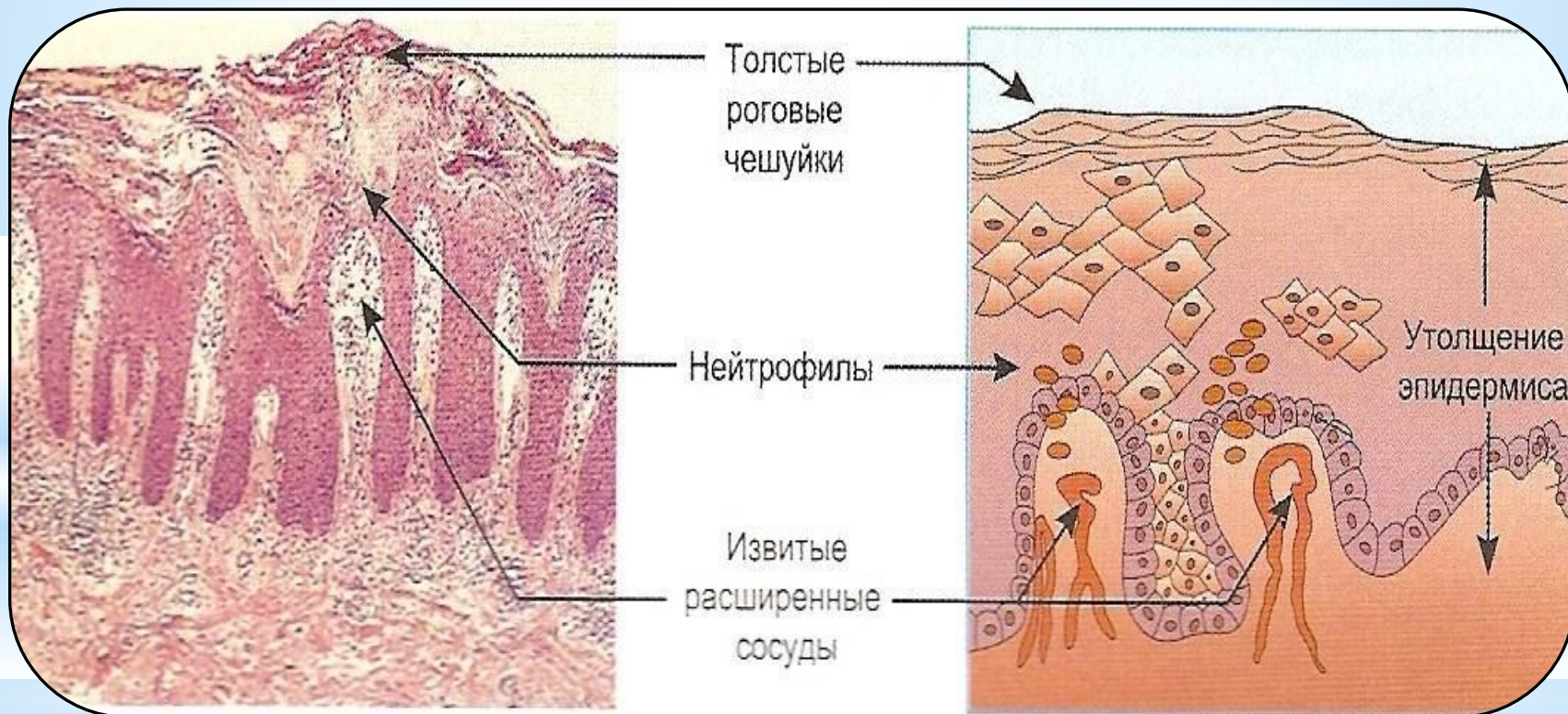
Вследствие отсутствия зернистого и элеидинового слоя верхушки сосочков вместе с заложенными в них капиллярами при поскабливании псориазических папул легко подвергаются травмированию - этим и объясняется феномен "точечного" кровотечения.

Кроме папилломатоза, в дерме заметны **расширение кровеносных сосудов** поверхностной сети и **умеренный околосоудистый инфильтрат**, состоящий преимущественно из лимфоцитов, фибробластов и гистиоцитов.

При экссудативной форме псориаза в инфильтрате встречается небольшое количество полинуклеарных лейкоцитов.



# Патоморфология псориаза





**Диагноз псориаза** в типичных случаях не представляет затруднений.

Правильная диагностика включает в себя:

- 1) *установление формы* псориаза (вульгарный, экссудативный, пустулёзный, артропатический, псориатическая эритродермия),
- 2) *стадии* процесса (прогрессирующая, стационарная или регрессирующая) и
- 3) *сезонности* (летняя, зимняя или внесезонный псориаз).

## **Диф. диагноз псориаза**

При каплевидной и точечной разновидностях псориаза необходимо *дифференцировать с папулёзным сифилидом*, для которого характерны медно-красный цвет, краевой шелушение в виде воротничка Биетта, положительный симптом Ядассона (болезненность при надавливании пуговчатым зондом), резко положительные серореакции на сифилис и обнаружение бледных трепонем в скарификатах высыпаний.

Нередко псориаз приходится дифференцировать *от себорейной экземы*.

В таких случаях большое значение для диагноза псориаза имеет феномен «точечного кровотечения».

При локализации экссудативного псориаза на нижних конечностях клиническая картина *может напоминать микробную экзему*.

Основное значение в подобных случаях имеют феномен точечного кровотечения и то, что при экземе мокнутие - более стойкий и постоянный симптом.

- \* Необходимо также *дифференцировать с: парapsoriasisом, красным плоским лишаем, дискоидной красной волчанкой*.
- \* При локализации псориаза только на волосистой части головы или только на ладонях или подошвах диагноз может вызвать затруднения.
- \* У таких больных иногда удаётся обнаружить изолированную псориатическую папулу, на которой можно получить феномен точечного кровотечения.
- \* Значительные диагностические затруднения могут возникнуть,
- \* когда больной поступает с эритродермией, т.к. не всегда легко установить характер этой эритродермии. В таких случаях большое значение имеют анамнестические данные, указывающие, что до возникновения эритродермии
- \* у больного была сыпь, напоминающая псориаз. Иногда обнаруживают изолированные папулы, на которых можно получить феномен точечного кровотечения.

## ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА.

- При лечении псориаза учитывают форму, стадию, распространённость высыпаний и их характер, общее состояние организма (нарушение обмена, функций нервной, иммунной и др. систем).
- Нецелесообразно проводить интенсивное лечение при ограниченном псориазе, т.к. это нередко ведёт к обострению процесса.
- Особое внимание обращают на факторы, способствующие развитию или обострению болезни.
- Как правило, лечение комплексное.

### ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ вульгарного псориаза.

- **Гипосенсибилизирующие вливания** по 5 - 10 мл ежедневно, № 10:

30% тиосульфат натрия в\в,

10% хлорид кальция в\в, 10% глюконат кальция в\м, в\в,

25% магнезия сульфат в\в (при сопутствующей гипертонии).

- **Антигистаминные полезны:**

1 раз в день фексофенадин 180 мг, лоратадин или эбастин 10 мг.

- При выраженном зуде и нарушениях сна хлорпирамин (имеет ещё седативное действие) по 0,25 г 2-3 раза в день.;

- в тяжёлых случаях - парентерально:

2% хлорпирамин или 0,1% клемастин в\м по 1-2 мл на ночь.

- **Витаминотерапия :**

Аевит - по 1 капс 2 раза в день в течение 3-4 нед,

пиридоксин по 2 мл 5% р-ра в\м, №15; вит В1 по 2 мл 6% р-ра в\м, №15

или цианокобаламин в\м через день, №15.

- **Прерывают обострение:** однократное введение 5-7 мл свежее прокипяченного коровьего молока (лактотерапия), или аминокaproновая к-та по 1-2 г 4-5 раз в день в сочетании с препаратами калия.

- **Гемодез эффективен** - по 300-500 мл через день, всего 4-6 вливаний.

**-КОРТИКОСТЕРОИДЫ при обычном псориазе нецелесообразны!**

в особо тяжёлых случаях, при резко выраженном воспалении, отсутствии эффекта от предшествующего лечения:

триамцинолон по 16-20 мг в сутки

с последующим снижением и отменой.

-**Гипотиазид (дихлотиазид)** - при экссудативном псориазе в небольших дозах 0,025 - 0,05 г в сутки.

**ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ:**

- **Пирогенные :**

Пирогенал начать с 2,5-5 мкг, увеличивают на 2,5-5 мкг через день-два, 1 раз в день, доводят до 100 мкг, №20.

Продигиозан - с 15 мкг постепенно повышают дозу на 25 мкг, 2 раза в неделю, доводят до 100 мкг, 6 инъекций;

при выраженной реакции интервал увеличивают до 7 дней.

-**Тимопептиды** : тималин, тактивин, тимоптин, тимоген

- При нарушении липидного обмена и микроциркуляции, 3 раза в день:

продектин 0,25 1 - 1,5 мес,

мисклерон 0,25 1,5 - 2 мес,

трентал 0,2 30 - 40 дней,

теоникол 0,15 35 - 40 дней,

компламин 0,15 в сочетании с фонофорезом 3-5% компламиновой мази,

фосфаден по 3 мл 2% р-ра ежедневно в\м одновременно с дипромонием 0,1 г

в\м в течение 20-30 дней, затем 0,05 и 0,02 г два и один раз в день

соответственно, в течение месяца.

- При нарушении функционального состояния печени:

сирепар - по 2 мл в\м, ежедневно, на курс 60-80 мл;

также: ЛИВ-52, легалон, дипромоний, фосфаден.

- При нарушении тиосульфидной и аскорбатной системы комплексная терапия:

унитиол по 5 мл 5% р-ра 1 раз\день, № 10-12

липоевая к-та,

метионин,

аскорбиновая к-та.

- При нарушении в системе циклических нуклеотидов:

теофиллин по 0,2 г, целесообразна и 5% теофиллиновая мазь,

эуфиллин - по 0,015г 3 раза в день.

- При заболевании желудочно-кишечного тракта:

бефунгин (экстракт из наростов берёзового гриба - ЧАГИ) - длительно.



## НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА.

**Н а р у ж н о е** лечение в прогрес. стадии следует проводить осторожно:

« чем интенсивнее лечение, тем меньше концентрация мазей».

- Применяются:

м а з и: салициловая 0,5 - 2% (в прогрессирующей стадии min %),  
кортикостероидные - на ограниченные участки,

кратковременно, 1-2 раза в неделю;

п а с т ы: нафталановая 5-10%, Дорохова 2-5% (паста с АСД).

В а н н ы с:

шалфеем,

ромашкой,

сосновым экстрактом,

заваркой чая (25-50 г на ванну),

молочно-масляные

(0,5 л молока + 2 ст. л. оливкового масла).

- Гелиотерапия, УФ-лучи (сильнодействующие УФО не показаны).

- ПУВА-терапия - с большой осторожностью.

**Н а р у ж н о е** лечение в стационарной и регрессирующей стадиях является **основным методом** терапии:

- Мази: салициловая 1-2%,  
нафталановая 5-10%,  
белая ртутная 1-2%.

*для рассасывания ограниченных бляшек:*

белая ртутная мазь 5-10%, ихтиоловая 5-10%.

*для волосистой части головы:*

ртутно-салициловая 2%, белосалик, дипросалик, локоид, латикорт.

*при ладонно-подошвенном псориазе:*

борно-дегтярная 2%,

- Ванны с отваром шалфея, ромашки.
- ПУВА-терапия - 15-20 процедур.

Фотосенсибилизаторы: аммифурин, псоберан, псорален, пувален.

Повторные курсы проводят при необходимости 1-2 раза в год.

**Для уменьшения побочных явлений и снижения дозы УФ-лучей**

предложены:

- **комбинации с:** аевитом, ретинолом, ретиноидами, теониколом, этимизолом, эссенциале, пиридоксальфосфатом и оксикобаламином, гипербарической оксигенацией, тренталом, карсилем и комплексом витаминов;

- умеренное солнечное облучение в утренние часы;
- УФ-лучи при зимней форме.

-Лазерное излучение: лазерная акупунктура, лазерное излучение в комбинации с постоянным магнитным полем, селективной фототерапией.

## При тяжелом артропатическом, пустулезном псориазе, эритродермии лечение проводят в стационаре:

### •Цитостатики

М е т о т р е к с а т, варианты:

- Внутрь 2,5-5,0 мг трехкратно с интервалом 12 часов или четырехкратно через 8 часов. Цикл повторяют через 1 нед.
- В дозе 7,5-30 мг внутрь или 7,5-50 мг в\м 1 раз в нед.
- Доза в 10-25 мг, разделенная на 3 равные дозы, внутрь через 12 час или однократно 1 раз в нед.
- По 10-50 мг в\м однократно с недельными интервалами.

А з а т и о п р и н - в суточной дозе 4 мг\кг в 3 приема в течение 18-39 дней,

6-М е р к а п т о п у р и н - по 0,05г 2 раза в день, 3-4 нед.

Ц и к л о с п о р и н А (сандиммун) при резистентных формах к другим методам лечения.

Применяют с большой осторожностью, в стационаре, желательно под контролем его концентрации в крови.

- Доказана высокая терапевтическая эффективность после 3-х кратного введения (каждые 6-8 нед) **И н ф л и к с и м а б а** при псориатическом артрите в виде купирования болей в суставах и позвоночнике, устранения утренней скованности, подтверждаемых стабилизацией R-снимков, а также в виде возникновения 12-месячной ремиссии.

- Трансфузии аутокрови, облученной УФ-лучами через 1-2 дня, № 8-12
- Плазмаферез, Гемосорбция.

## **Псориазическая эритродермия** (тактика лечения та же, что при прогрессирующем распространенном псориазе), особенности:

- Санация очагов хронической инфекции.
- Коррекция питания с ограничением углеводов.
- Исключение заведомых аллергенов.
- Подсолнечное масло, облученное УФ-лучами.
- При летнем типе ранней весной и летом повторные курсы лечения:  
    никотиновой к-той (никотинамид) и  
    + резорцин по 0,25-0,3 г в капсулах 2-3 раза в день после еды.
- Длинноволновые УФ-лучи процесс, как правило, не обостряют.
- ПУВА-терапия и Селективная фототерапия успешные.
- Ферменты: фестал, панзинорм форте и др.



# Артропатический псориаз:

- **Нестероидные** противовоспалительные:

Индометацин (метиндол),

Вольтарен - 0,025-0,05 г 3 раза в день,

Напросин - 0,5-0,75г два раза,

Мефенамовая к-та - 0,5 г 3-4 раза.

Начальные дозы более высокие, при наступлении улучшения (во 2-ой половине курса) дозы снижают, курс 4 - 6 нед.

- **Массаж, гимнастика.**

- **Физиотерапия:**

-Грязелечение,

-Диатермия,

-Индуктотермия.

-**Лазерное излучение:** лазерная акупунктура, лазерное излучение в комбинации с постоянным магнитным полем, селективной фототерапией.

-Магнитотерапия,

-УВЧ,

-Ультразвук.

Комбинация ПУВА-терапии и: Ренгазил, Неотигазон,  
«Гепарин - фибринолизин - эл.форез» на пораженные суставы, 20 процедур.

Комплексная терапия одновременно проводимая месяц:

Кортикостероиды - внутрь 1-2 т в сутки,  
эстрадиол бензоат- инъекции,  
тестостерона-пропионата - масляный р-р,  
хлористый кальций - п\к по 2 мл 0,25%,  
теоникол.

Хинолиновые препараты в ранней стадии псориатического артрита  
(осторожно, т.к. они могут вызвать воспаление):

- Делагил,
- Плаквенил.

## Средства базисной терапии:

-Кризанол (иммуносупрессор) - первая доза 1 мл 5% р-ра, через 1 нед.

(при отсутствии изменений в моче, формуле крови, аллергических реакций) препарат вводят по 2 мл 5% р-ра с недельным интервалом в течение 1,5-2 мес и более, после чего (при достижении клинического улучшения) интервалы между инъекциями удлиняют до 10 дней, а затем до 3-4 нед.

После каждой инъекции делают общий анализ крови и мочи, при изменениях - делают перерыв.

После нормализации показателей лечение можно продолжить, но препарат вводят в меньших дозах и с большими интервалами.

Если в течение 3-4 мес эффекта не наблюдается, лечение продолжать не следует.

- Ауранофин (аналог кризанола) - для взрослых 6 мг\сутки в 1-2 приема.

При недостаточном эффекте и хорошей переносимости через 4-6 мес дозу можно увеличить до 9 мг в сутки.

На ограниченное время можно назначить указанные цитостатики в сочетании с кортикостероидами (16-20 мг триамцинолона).

- Фторафур-(противоопухолевый, производное фторурацила)  
по 10 мл 4% р-ра в\в 1 раз в сутки, на курс 10-12 вливаний.

## Пустулёзный псориаз: *Кортикостероиды следует избегать!*

Назначают:

- противовоспалительные,
- дезинтоксикационные препараты,
- антибиотики - при бактериальном осложнении.
- Метотрексат - при тяжёлом течении.
- *Ретиноиды - лучшее средство.*

При применении ацитретина быстро исчезают пустулёзные элементы, происходит эпителизация, нормализуется температура тела и улучшается общее состояние.

## **Санаторно-курортное лечение.**

Не следует направлять на курорты больных прогрессирующей стадией псориаза. Помимо традиционных курортов (Сочи-Мацеста), следует шире использовать местные.

## **Диспансерное наблюдение.**

При этом решаются вопросы лабораторного обследования, консультации терапевта, эндокринолога, психоневролога и др. специалистов, стационарного, курортного и особенно противорецидивного лечения, в первую очередь направленного на устранение факторов, провоцирующих развитие псориаза, применение витаминов и препаратов из трав, пирогенных средств, адаптогенов, комплекса реабилитационных мероприятий.

Им не следует рекомендовать профессии, связанные с травматизацией кожи, воздействием алергизирующих факторов, нервно-психических перегрузок.

Диспансерное наблюдение желательно и за родственниками больных первой степени родства. Во время обследования следует обращать внимание на такие признаки, как очаговое серебристо-белое шелушение на волосистой части головы и изменения ногтей.

**Прогноз в подавляющем большинстве случаев благоприятный**, он менее благоприятен при переходе псориаза в эритродермию и неблагоприятен для здоровья при артропатической форме псориаза, когда заболевание может закончиться инвалидностью.



\* СОГМА, кафедра дерматовенерологии

# **КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ** **(LICHEN RUBER PLANUS)**

доц Бетрозов В.Т.

2013

- \* **Красный плоский лишай (лишай Вильсона, Кпл ) - хр. зудящий распространённый дерматоз, характеризующийся мономорфным высыпанием плоских полигональных воспалительных папул с восковидным блеском, поражением слизистых оболочек полости рта, красной каймы губ и наружных половых органов.**

Кпл описал в 1869 г ERASM WILSON, он дал подробную характеристику первичных элементов заболевания, описал их локали-зацию.

В настоящее время уровень заболе-ваемости Кпл составляет около 1 % от всех кожных заболеваний; частота его за последние 30 лет увеличилась приближите-льно в 2 раза. Среди б-х преобладают лица в возрасте 30-60 лет, мужчины болеют чаще в молодом возрасте, а женщины -

в возрасте старше 50 лет.

Дети и старики болеют редко.

- \* Слизистая оболочка чаще поражается у женщин от 40 до 60 лет.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

1. Существует несколько теорий, наиболее обоснованной является **неврогенная теория**, в пользу которой приводят следующие данные:

- 1) заболевание красным плоским лишаем чаще наблюдается у лиц, имеющих значительные функциональные нарушения НС.
- 2) хороший результат лечения этой болезни гипнозом (даже без применения других методов);
- 3) успешное применение косвенной R-терапии сегментов спинного мозга;
- 4) расположение сыпи, хотя и довольно редко, по ходу нервов.

2. Сторонники **вирусной этиологии** КПЛ основываются на гистологических данных- обнаружении, как и при псориазе, включений в клетках шиповидного слоя.

3. В развитии изолированного Кпл на слизистой оболочке рта большое значение имеет **токсико-аллергический вариант** на некоторые медикаментозные и химические раздражители (ПАСК, препараты золота, парафенилендиамин и др.).

**4. Наследственная** - установлено семейное предрасположение с аутосомно-доминантным наследованием.

5. Анализируя данные отечественной и зарубежной литературы о механизмах Кпл, можно прийти к заключению, что в основе возникновения этого дерматоза лежит взаимодействие сложных **нейрогуморальных и иммунно-аллергических изменений**.

Благоприятной почвой для развития иммунологических реакций в коже, как известно, являются стрессовые ситуации, которые служат пусковым механизмом в возникновении вегетативных, нейро-эндокринных и гуморальных нарушений.

Иммунологическая природа Кпл не только не противоречит, но и предполагает комплексное участие инфекционных (вирусных), нервных, гуморальных, интоксикационных, наследственных и др. факторов в патогенезе данного дерматоза.

*КЛИНИКА*



**Кпл имеет ряд клинических форм.**

*Типичная форма:* характеризуется высыпанием плоских полигональных дермо-эпидермальных папул с восковидным блеском и пупкообразным вдавлением в центре (последнее не на каждой папуле).

Высыпание начинается с маленьких папул размером с булавочную головку и меньше, по цвету почти не отличающихся от окружающей кожи, но с самого начала имеющих восковидный блеск и полигональные очертания.

По мере периферического роста папулы приобретают красноватый, а затем и ясно выраженный красный цвет с лиловатым, синюшным оттенком. Периферический рост папул слабо выражен, они обычно достигают размеров чечевицы, горошины, редко бывают крупнее. Поверхность молодых элементов гладкая, блестящая; более старые папулы слегка шелушатся.

На поверхности папул (особенно крупных, при их смазывании растительным маслом) видны белесовато-опалового цвета точки и пересекающиеся линии в виде сетки (*сетка Уикхема*), что объясняется неравномерным утолщением зернистого слоя (гранулёзом).

Наиболее частая локализация сыпи - область лучезапястья, сгибательная поверхность предплечий, голени, область наружных половых органов (особенно у мужчин), слизистые оболочки полости рта.

- \* *При прогрессировании* болезни реактивность организма настолько изменена, что нанесение царапины на клинически нормальной коже ведёт к появлению на этом месте через 8-9 дней папул Кпл (*изоморфная реакция Кебнера*, подобная феномену при псориазе).
- \* В регрессивной стадии папулы красного плоского лишая усиленно шелушатся и пигментируются, приобретая своеобразный коричневатый цвет. Обычно папулы без лечения разрешаются очень медленно в течение нескольких недель; одновременно могут появляться новые высыпания.
- \* Без лечения сыпь держится месяцами.
- \* Заболевание сопровождается *зудом различной интенсивности* от незначительного до резко выраженного, лишающего больного сна.
- \* Наряду с этим у больных наблюдаются значительные функциональные нарушения НС, бессонница.

Сыпь иногда распространяется на значительные участки кожи; в редких случаях развивается эритродермия, т.е. диффузное генерализованное поражение всего кожного покрова.

Из клинических разновидностей красного плоского лишая наиболее часто встречаются:

**Остроконечный Кпл** (*lichen ruber acuminatum*) характеризуется тем, что папулы наряду с полигональными имеют коническую форму, правильные округлые очертания.

**Lichen gibber obtusus** (усечённый) локализуется преимущественно на туловище. Для него характерно необильное высыпание полушаровидных папул с гладкой блестящей поверхностью, не имеющих тенденции к периферическому росту.

**Бородавчатый Кпл** (*lichen gibber verrucosus*) локализуется преимущественно на голенях. Сыпь состоит из плотных веррукозных папул, значительно возвышающихся над окружающей кожей. Цвет эффоресценций серовато-бурый -красноватый с синюшным или лиловым оттенком; поверхность их неровная, бородавчатая.

Однако наряду с диффузными очагами поражения часто вблизи основной бляшки видны единичные типичные изолированные папулы. Заболевание сопровождается то умеренным, то сильным зудом.

Сыпь держится продолжительное время (несколько месяцев) без существенных изменений.

**Кольцевидный Кпл** (lichen gibber annularis) обычно локализуется, как уже было упомянуто, в области головки полового члена, мошонки, препуциального мешка. Кольцевидный элемент состоит из периферического кольца, состоящего из мелких папул размером с булавочную головку, с гладкой пигментированной, слегка атрофичной поверхностью в центральной части.

Кольцевидные эффоресценции на половых органах могут сочетаться с обычными высыпаниями красного лишая на других участках кожного покрова.



**Атрофическая и склеротическая** (lichen planus atrophicus et lichen planus sclerosus) При разрешении папул могут наступать атрофические или склеротические изменения часто локализующиеся **на шее, запястьях, груди, животе и волосистой части головы** (типа псевдопеллады Брока).

**Монилиформный Кпл** (lichen ruber moniliformis) характеризуется крупными, размером **с вишневую косточку, высыпаниями, нанизанными в виде ожерелья** (четкообразно, в виде бус).

**Пемфигоидная, пузырьчатая,** (lichen ruber pemphigoides) - редкая экссудативная форма. Характерно образование **пузырьков с серозным или серозно-кровянистым содержимым величиной с горошину или вишню**, которые образуются на поверхности папул или на видимо **непораженной коже** на фоне типичных элементов Кпл.

**Пигментная форма** (lichen ruber pigmentosus) эта форма заболевания особо часто встречается в странах Востока, где она составляет **20-30% случаев** Кпл. Клинической особенностью является развитие **резко выраженной пигментации**, которая предшествует формированию в дальнейшем лихеноидных папул.

**Эритематозная форма** (lichen ruber eritematosus) на коже туловища и конечностей появляются диффузные очаги **яркой эритемы, отёчности, затем инфильтрация, шелушение** и потом мелкие элементы Кпл.

**При поражении ротовой полости** и красной каймы губ высыпания Кпл локализуются наиболее часто на слизистой щёк и языка, а губы, небо и десны поражаются реже; при этом выделяют несколько клинических форм Кпл.

**Типичная форма** - характеризуется мелкими узелками, сливающимися в причудливый рисунок (кружева листьев папоротника ) или в бляшки/, покрытые серовато-белым налётом.

### **Буллёзная форма КПЛ**

На слизистой пузыри размером до 0.8 см с плотной крышкой, серозно-геморрагическим содержимым.

Существуют 1-2 суток, эрозии склонные к самостоятельной эпителизации. Возможно наличие на слизистой типичных миллиарных папул белого цвета.

### **Эрозивно-язвенная форма КПЛ**

Самая тяжёлая форма.

Плохо эпителизирующиеся эрозии и язвы с фибринозным налётом.

Острый воспалительный процесс.

Кровоточивость.

Резкая болезненность.

Вокруг располагаются белесоватые папулы.

# Атрофическая форма КПЛ

Встречается в 2—10% случаев.

Атрофические изменения не выступают над уровнем слизистой.

Они напоминают пятна округлой формы с характерной **лиловой или насыщенно-розовой окраской**.

Могут наблюдаться более тёмные вкрапления в центре и перламутровые линии на поверхности.

**Длительность болезни на слизистой рта неопределённая:** заболевание может длиться неделями, годами, особенно при эрозивно-язвенной форме.

У некоторых б-х (5-15%) отмечается **изменение ногтей** с выраженной продольной исчерченностью, иногда в виде гребешков, гиперемией ногтевого ложа, с очаговым помутнением ногтевых пластинок кистей и стоп.

Поражение ногтей как единственное проявление Кпл отмечено у 2,7% больных.

## ПАТОГИСТОЛОГИЯ.

В эпидермисе наблюдается умеренный *акантоз*, неравномерное утолщение зернистого слоя (*гранулёз*), *гиперкератоз* зернистый слой утолщается преимущественно под разросшимися эпителиальными межсосочковыми выступами, а над сосочками нормальное число рядов клеток зернистого слоя.

*В дерме находится вначале околососудистый, а затем диффузный инфильтрат, состоящий преимущественно из лимфоцитов;*

в периферической зоне инфильтрата и по ходу сосудов встречается также значительное количество фибробластов и гистиоцитов. Нижняя граница инфильтрата резко очерчена, верхняя извилиста соответственно ходу эпидермо-дермальной линии.

*Сосочки колбовидно расширены и инфильтрированы.*

В инфильтрате содержится *значительное количество пигмента.*

На высоте развития папулы значительное количество клеточного инфильтрата проникает в эпидермис.

Под воздействием инфильтрата межсосочковые эпителиальные выступы разрушаются, а эпидермис в целом истончается. В таких случаях извилистая линия, разграничивающая эпидермис от дермы, приближается к прямой.

*Коллагеновые и эластические волокна в очагах диффузного скопления инфильтрата значительно дегенерированы, а некоторые из них полностью разрушены.*

## ДИАГНОЗ.

В типичных случаях диагноз не вызывает затруднений.

Нередко приходится *дифференцировать от ограниченного нейродермита.*

Установлению диагноза Кпл помогают следующие признаки: нередко по периферии очага поражения можно обнаружить изолированные папулёзные элементы своеобразного красновато-синюшного цвета с белесоватым перламутровым оттенком.

Следует внимательно искать также сетку Уикхема; нередко можно видеть элементы в регрессивной стадии со своеобразной коричневатой пигментацией, характерной для Кпл.

В сомнительных случаях можно прибегнуть к гистологическому исследованию.

Очаг поражения *при красной волчанке* гиперемирован, инфильтрирован, гиперкератоз имеется только в пределах очага воспаления в виде нежных точек, коротких полосок, иногда по краю очага сливающихся в виде полос и дуг; в центре очага - атрофия, чего не бывает при Кпл.



При локализации высыпаний красного плоского лишая на половых органах необходимо помнить о возможности наличия у больного *орбикулярного папулёзного сифилида* .

При этом следует обращать внимание на структур у папулезного кольца: при Кпл оно тонкое (не толще 1 мм) и состоит из близко расположенных, но сохраняющих фокусность мелких папул со своеобразной пигментацией в центре кольца; при сифилисе кольцо более грубое, папулезная инфильтрация более резко выражена, зуд отсутствует.

В случае диагностического затруднения прибегают к серореакциям на сифилис.

При локализации красного плоского лишая только на слизистой рта дифференцировать необходимо *от папулёзного сифилида и лейкоплакии*. Сифилитические папулы на слизистой имеют белесовато-опаловый цвет, правильные округлые очертания, резко отграничены от окружающей слизистой. Высыпания Кпл не имеют таких правильных очертаний и резких границ; кроме того, на их поверхности можно наблюдать сетку Уикхема. Диагностике помогут серореакции на сифилис.

**Лейкоплакия** (изменение слизистой неясной этиологии) локализуется обычно на языке и слизистой щёк в местах смыкания зубов. Белесовато-опаловые бляшки лейкоплакии постепенно переходят в нормальную слизистую; на поверхности их не видно сетки Уикхема (как при Кпл).

## ЛЕЧЕНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Приступая к лечению больных Кпл, необходимо установить:

- **форму** заболевания,
- оценить **распространённость** патологического процесса,
- выяснить **локализацию** очагов, имея в виду прежде всего высыпаний на слизистых оболочках полости рта и половых органов.
- Для проведения патогенетической терапии больные, особенно с изолированным поражением слизистой оболочки рта, подлежат тщательному обследованию на **наличие соматических заболеваний**.

В первую очередь исследуют желудочно-кишечный тракт, определяют показатели сахара крови, измеряют АД, обращают внимание на нервно-психический статус больного.

- Рекомендуют **исключить из рациона кофе, пряности, алкоголь**.

## **ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОЖИ:**

### **ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ:**

- пенициллинотерапия - 2 млн. Ед/сутки примерно 2 недели (или препараты тетрациклина),
- седативные - препараты брома, валерианы, пустырника иногда - нейролептики.

### **-Антигистаминные:**

гистаглобулин: по 2 мл п/к 2 раза в неделю, на курс 8-10 инъекций; повторные курсы с 2-х месячными перерывами.

Или используют эбастин, лоратадин по таб/день (или хифенадин, клемастин по 2-3 таб/день).

- Гипосенсибилизирующие (глюконат кальция, тиосульфат натрия, др.).
- Витамины - А, С, РР, В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>.

Аевит по 1 капсуле 2 раза, 3-4 недели.

### **- Ароматические ретиноиды:**

*неотизазон* по 25-30 мг (0,5 мг/кг сут ) 1 раз в день, во время еды (не применять при беременности, заболеваниях печени и почек, совместно с вит. А, тетрациклином и метатрескатом).

### **-Антималарийные синтетические (хлорохин по 250 мг 2 раза/сут циклами по 5 дней с 2-дневным перерывом в течение 4-6 нед).**

- преднизолон 20-30 мг/сутки в упорных и тяжёлых случаях до 40-50 мг, 2 недели, приём через день,

- ПУВА-терапия 25-30 сеансов, (реПУВА-терапия).

- индуктотермия поясничной области, гипнотерапия, электросон.

## НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- стероидные мази: элоком, дипрогент, дермовейт, бетаметазон, флуокортолон, флуоцинона ацетонид и др. (эффективно последующее заклеивание лейкопластырем).
- Обкалывание веррукозных очагов хингамином или дипроспаном.
- **Ментолкарболовый спирт.**

*Если поражены ногти, то на фоне общего лечения часто эффективны:*

- *компрессные повязки :*
  - с концентратом ретинола (вит А),*
  - гидрокортизона в 40% растворе димексида,*
- *электрофорез цинка, глюкокортикоидных мазей.*

## *ПРИ ПОРАЖЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ.*

### **ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ:**

- седативная терапия,
- витамины длительно - особенно группы В.
- Ретинол ацетат,
- концентрат вит. А (по 10 капель 3 раза в день),  
циклами по 2 мес с 2 месячными перерывами,
  - тигазон - 20-30-40 мг/сутки в сочетании с гелиокадмиевым лазером, дает хорошие результаты.
- Никотиновая к-та - по 0,05 г 3 раза в день после еды или  
ксантинола никотинат (компламин, теоникол) по 1 таб 3 раза\день  
(или в/м), в течение 1,5 мес.
- Кортикостероиды - преднизолон по 20-25 мг через день, затем  
каждые 7-10 дней уменьшать на 5 мг,
- триамцинолон 16-20 мг\сутки,
- дексаметазон по 3-3,5 мг\сутки.
- Хингамин- /или хлорохин, делагил/ по 0,25 г 1-2 раза в день, 4-6 недель,



## ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТЫХ:

- Тщательная санация полости рта с заменой амальгамовых пломб, удаляют разнообразные металлы, производят рациональное протезирование,
- Диета с исключением горячей, грубой, острой и пряной пищи,

### Наружно (на фоне общей терапии):

- Дибуноловая 1% мазь.
  - Полоскания настоем шалфея, ромашки, эвкалипта.
  - Кортикостероидные мази.
  - Орошение 0,4% гидрокортизоном в 40% растворе димексида;
  - адгезивная (прилипающая) дентальная паста, содержащая солкосерил и поверхностный анестетик.
  - Аппликации концентрата вит. А.
  - Обкалывание очагов:
    - суспензией гидрокортизона,
    - р-ром преднизолона,
    - 5-10% р-ром хингамина: инъекции 1 раз в 3 дня по 1,5 мл на эрозию.
- Курс 8-12 инъекций, повторные курсы через 3-4 мес.
- Хирургия и криодеструкция при длительных, ограниченных эрозиях.

**ПРОГНОЗ благоприятный, течение доброкачественное,**  
заболевание нередко самопроизвольно разрешается спустя  
2-3 мес после возникновения.

**НЕРЕДКО БЫВАЮТ РЕЦИДИВЫ, для профилактики которых важны:**

- санация очагов фокальной инфекции,
- своевременное лечение выявленных сопутствующих заболеваний,
- предотвращение приёма лекарств, провоцирующих болезнь,
- закаливание организма,
- предупреждение нервного перенапряжения,
- лечение психоневрологических расстройств,
- санаторно-курортное лечение.