

**Псориаз – хроническое  
заболевание с  
преимущественным поражением  
кожи, связанным с нарушением  
процессов кератинизации,  
развитием воспалительных  
изменений в суставах и  
внутренних органах.**

# ОСНОВНЫЕ ГИПОТЕЗЫ РАЗВИТИЯ ПСОРИАЗА

- Вирусная
- Инфекционно-аллергическая
- Иммунная
- Нейроэндокринная
- Обменная
- Наследственная

# ЭТИОЛОГИЯ

- **Вирусная теория** основана на обнаружении элементарных внутриклеточных включений, предположительно **ретровирусов**. Однако непосредственный возбудитель не идентифицирован, а обнаруженные тельца образуются, вероятно, за счет дистрофически измененных кератиноцитов и их ядер.
- **Генетическая теория**. Заболевание наследуется. Если один родитель болен псориазом, то риск заболеть у ребёнка 25%. Если оба – 50-60%. Наследуется через гены HLA 1 класса – HLA-DR, HLA-B13, HLA-B17, HLA-B21.

**Инфекционно-аллергическая.** Это реакция на суперантиген стафило- или стрептококковой природы. У части больных обостряется в весенне-осенний период при обострении хронических инфекций.

**Нейрогенная теория.** Заболевание может быть спровоцировано стрессом.

**Обменная теория.** Больных псориазом достаточно часто выявляются нарушения обмена холестерина, липопротеидов, углеводов, белков.

**Аутоиммунная теория.** В последние годы является приоритетной точкой зрения, что при псориазе первичным является вовлечение в процесс системы Т-лимфоцитов и вторично – активация пролиферации кератиноцитов. Но что является антигенным фактором, запускающим механизм Т-клеточной активации, пока не выяснено.

# Патогенез

- ▣ Патогенез заболевания сложен. Ключевой точкой патогенеза являются клетки Лангерганса (белый отростчатый эпидермоцит). Они вместе с клетками базального слоя образуют эпидермальную пролиферативную единицу и регулируют пролиферацию клеток базального слоя. При стрессе или при контакте с суперантигеном клетки Лангерганса продуцируют ИЛ-1.

В ответ из лимфоузлов выходят Т-клетки памяти. Они взаимодействуют с клетками Лангерганса с помощью рецепторов ICAM-1 и LFA-3.

Клетки памяти запоминают воспалительную реакцию и мигрируют обратно в лимфоузлы. Посредством Т-клеток памяти из лимфоузлов выходят Т-хелперы класса CD4, взаимодействуют с клетками Лангерганса и запускают воспалительную реакцию:

- происходит гиперпролиферация клеток мальпигиевого слоя, возникает **акантоз, папилломатоз;**

- резко нарушается дифференцировка – **паракератоз** (в роговом слое появляются клетки с ядрами).
- Возникает блокировка апоптоза.
- Повышается количество ФНО- $\alpha$ , поддерживающего воспалительную реакцию и стимулирующего пролиферацию кератиноцитов.
- И создается порочный круг неконтролируемой пролиферации кератиноцитов.

# Провоцирующие факторы

- ▣ Механическая травма
- ▣ Физические и химические факторы
- ▣ Инфекции
- ▣ Интеркуррентные заболевания
- ▣ Прием лекарственных препаратов
- ▣ Беременность
- ▣ Алкоголь
- ▣ Стресс

# Гистологические признаки псориаза

- ▣ Паракератоз
- ▣ Гиперкератоз
- ▣ Межсосочковый акантоз
- ▣ Папилломатоз
- ▣ Микроабсцессы Мунро
- ▣ Спонгиозформные микропустулы  
Когоя

# Классификация псориаза

- ▣ **тип 1 (ранний, в возрасте до 40 лет), ассоциирующийся с антигенами HLA Cw6, B57, Dr7 и семейным наследованием заболевания;**
- ▣ **тип 2 (поздний, с началом в возрасте старше 40 лет), характеризующийся слабой связью с антигенами системы HLA, отсутствием семейного риска развития заболевания и большей предрасположенностью к поражению суставов и ногтевых пластинок.**

# Клинические формы вульгарного псориаза

- ❑ Вульгарный псориаз;
- ❑ Экссудативный псориаз;
- ❑ Себорейный псориаз;
- ❑ Ладонно-подошвенный псориаз;
- ❑ Псориаз ногтей

# Атипичные формы псориаза

- Артропатический псориаз;
- Псориатическая эритродермия;
- Пустулезный псориаз:
  - генерализованный пустулезный тип  
Цумбуша,
  - ладонно-подошвенный пустулезный тип  
Барбера;
- Каплевидный псориаз;
- Инверсионный псориаз.

# Стадии клинического процесса

- ▣ **Прогрессирующая** –
  - появление мономорфной папулезной сыпи, склонной к периферическому росту и формированию бляшек,
  - положительная псориатическая триада,
  - положительный феномен Кебнера,
  - определяемый ободок Пильнова;
- ▣ **Стационарная** –
  - прекращение появления новых элементов,
  - уплощение бляшек, отсутствие феномена Кебнера
- ▣ **Регрессирующая** – рассасывание бляшек, возникновение ободка Воронова.

Псориаз имеет 3 стадии течения: прогрессирующая, стационарная и регрессивная.

Характерным первичным морфологическим элементом сыпи является папула; вторичные – чешуйки, пигментация. 2/3 пациентов отмечают начало псориаза на волосистой части головы с появления перхоти, шелушения. Затем появляются папулы или бляшки розово-красного цвета. Высыпания локализуются на разгибательных поверхностях конечностей. Очертания папул – округлые, Д – от 1-2 мм до 1-2 см, розово-красного цвета.

Форма элементов – плоская. Очень быстро поверхность папул покрывается сухими, серебристо-белыми, рыхло расположенными чешуйками. В области повреждения проникает кислород, запускает апоптоз, гибнут верхние слои эпидермиса. Из-за взаимодействия с кислородом чешуйки имеют серебристо-белый цвет.

В прогрессирующую стадию отмечается зуд. Характерно появление новых элементов. Одним из признаков прогрессирующей стадии является **симптом Пильнова** – венчик эритемы вокруг элементов.

Существующие папулы увеличиваются в размерах, соседние элементы сливаются с образованием бляшек.

Имеется положительный **феномен Кёбнера** (изоморфная реакция) – развитие псориатических высыпаний на участках, подвергающихся механическому или химическому воздействию.

Определяется **феномен «псориатической триады»** – при поскабливании последовательно возникает 3 симптома.

# Псориазическая триада

- ❑ **Феномен стеаринового пятна;**
- ❑ **Феномен терминальной пленки;**
- ❑ **Феномен точечного кровотечения или «кровавой росы» Полотебнова, или симптом Ауспица.**

В стационарную стадию новые элементы не появляются.

Отмечается прекращение роста папул.

Имеется обильное шелушение на всей поверхности элементов.

Феномен Кёбнера отрицательный.

Длительность периода различна.

В регрессирующую стадию бляшки уплощаются. Характерен **псевдоатрофический ободок Воронова** – белесоватая окантовка элемента.

Происходит разрешение элементов.

# Поражение ногтей при псориазе

1. **Симптом напёрстка** – мелкие точечные углубления.
2. **Симптом масляного пятна** – жёлтые пятна на ногте.
3. Диффузное утолщение, подногтевой гиперкератоз, свободный край обламывается. Поражаются все ногти. Волосы не поражаются.
4. При тяжёлом течении псориаза может быть отторжение ногтевой пластинки – **ОНИХОЛИЗИС**.

# Атипичные формы псориаза

# Псориатическая эритродермия.

Универсальное поражение кожных покровов более 85%. Это неспецифическая токсико-аллергическая реакция, спровоцированная различными раздражающими факторами. Может быть лихорадка, повышение температуры до 39°C, резкая болезненность при пальпации элементов. Эритема распространенная, занимает порой весь кожный покров. Затем элементы приподнимаются над уровнем кожи, поверхность покрывается отрубевидными чешуйками. Беспокоит сильный зуд, усиливаются невротические реакции, развивается водно-электролитный дисбаланс, гипопротеинемия, что может привести к сердечной недостаточности.

# Каплевидный псориаз

Обычно наблюдается у молодых людей и связано со стрептококковой инфекцией в миндалинах. Остро возникает распространенная папулезная сыпь больше на коже туловища, конечностей, реже – на волосистой части головы, за исключением ладоней и подошв. Папулы появляются диаметром 2-5 мм, достигают лентикулярных размеров и на этом прогрессирование процесса заканчивается.

**Псориатический артрит** – поражаются мелкие суставы кистей и стоп, подвздошно-крестцовые сочленения. Начинается с артралгии. По окончании прогрессирующей стадии боли прекращаются. Далее поражается один сустав. Кожа над ним краснеет, сустав опухает. Движения затруднены и резко болезненны. Под влиянием лечения эти явления исчезают. После лечения может оставаться болезненность, ограничение движения и деформация суставов, анкилоз и контрактура. Это имеет необратимый характер. Могут поражаться суставы кистей и стоп. Помимо поражения суставов имеются и кожные проявления.

На R-г : остеопороз, сужение суставной щели, остеофиты.



**Пустулёзный псориаз.** Встречается в 2 формах.

***Ладонно-подошвенный (тип Барбера)***

– на фоне бляшек появляются асептические пустулы, содержимое которых представлено нейтрофилами. Окраска белого цвета.

***Генерализованный (тип Цумбуша)*** –

повышается температура, появляются красные пятна, на фоне них пустулы, которые могут сливаться в «гнойные озёра» диаметром более 1 см. Поражается весь кожный покров.

# Лечение

- ▣ Лечение псориаза чаще всего является комплексным и включает общую, местную терапию и физиотерапевтические процедуры, нередко такие методы лечения, как фотохимиотерапия или селективная фототерапия, могут быть в виде монотерапии. При назначении того или иного метода лечения учитываются стадия (прогрессирующая, стационарная, регрессивная), клиническая форма (вульгарная, экссудативная, пустулезная, артропатическая, эритродермическая), тип заболевания (летний, зимний), распространенность процесса, сопутствующие болезни и возраст.

# Системное лечение

- Десенсибилизирующие – препараты кальция, тиосульфат натрия, магнезия;
- Гепатопротекторы;
- Витамины – гр. В ( В1, В6, В12);
- Витамины гр. А, ароматизированные ретиноиды (синтетические производные витамина А) ;
- антитела к ФНО-а – инфликсимаб;
- Системные гормональные препараты (в расчете на преднизолон 60-90 мг в сут);
- цитостатики

# Физиолечение

- Фотохимиотерапия - кванты длинноволнового УФ-излучения нарушают целостность нуклеиновых кислот, свободные радикалы которых вступают в ковалентную связь с препаратами псораленового ряда. Образующиеся соединения значительно тормозят репликацию ДНК и, следовательно, пролиферацию эпидермальных клеток.
- (ПУВА) – сочетание длинноволнового ультрафиолетового облучения и фотосенсибилизатора внутрь, с пиком эмиссии на длине волны 311 нм.

**Ре-ПУВА - сочетание ПУВА -терапии с приемом ретиноидов (ацетритин);**

**ме – ПУВА – сочетание с цитостатиками (метотрексат);**

**магнитотерапия на область надпочечников.**

# МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Кальципотриол- синтетический аналог витамина Д.(дайвонекс –гель, крем, мазь).

Взаимодействуя со специфическими рецепторами в кератиноцитах, он тормозит их пролиферацию, уменьшает их повышенное созревание и блокирует медиатор интерлейкин–1 в моноцитах и макрофагах, отвечающий за регулирование пролиферативных процессов в эпидермисе при псориазе.

- Дайвобет ( кальципотриол с бетаметазоном)

**Выбор средств для наружной терапии псориаза обширен и зависит от стадии и клинической формы заболевания.**

**Наряду с традиционными мазями, содержащими салициловую кислоту, серу, деготь, нафталан, ихтиол, мочевины, которые остаются востребованными больными, активно применяются кортикостероидные препараты**

Все кортикостероидные средства выпускаются в виде мазей, кремов и лосьонов, что позволяет их применять в разных стадиях псориаза и при различной локализации. Среди этих средств наиболее часто назначают комбинированные препараты, содержащие высокоактивный кортикостероид и салициловую кислоту с ее кератолитическим действием – **б-метазона дипропионат** или негалогенизированные препараты: метилпреднизолона ацетонат, мометазона фуорат, алклометазона дипропионат. (**элоком, элоком-С, дипросалик, белосалик**).

При всей высокой эффективности наружных кортикостероидных препаратов они имеют ряд нежелательных побочных проявлений при длительном применении (атрофия кожи, гипертрихоз, телеангиэктазии, стероидные акне, подавление функции надпочечников), хотя отсутствие фтора и хлора в негалогенизированных лекарственных формах значительно снизило риск их возникновения.





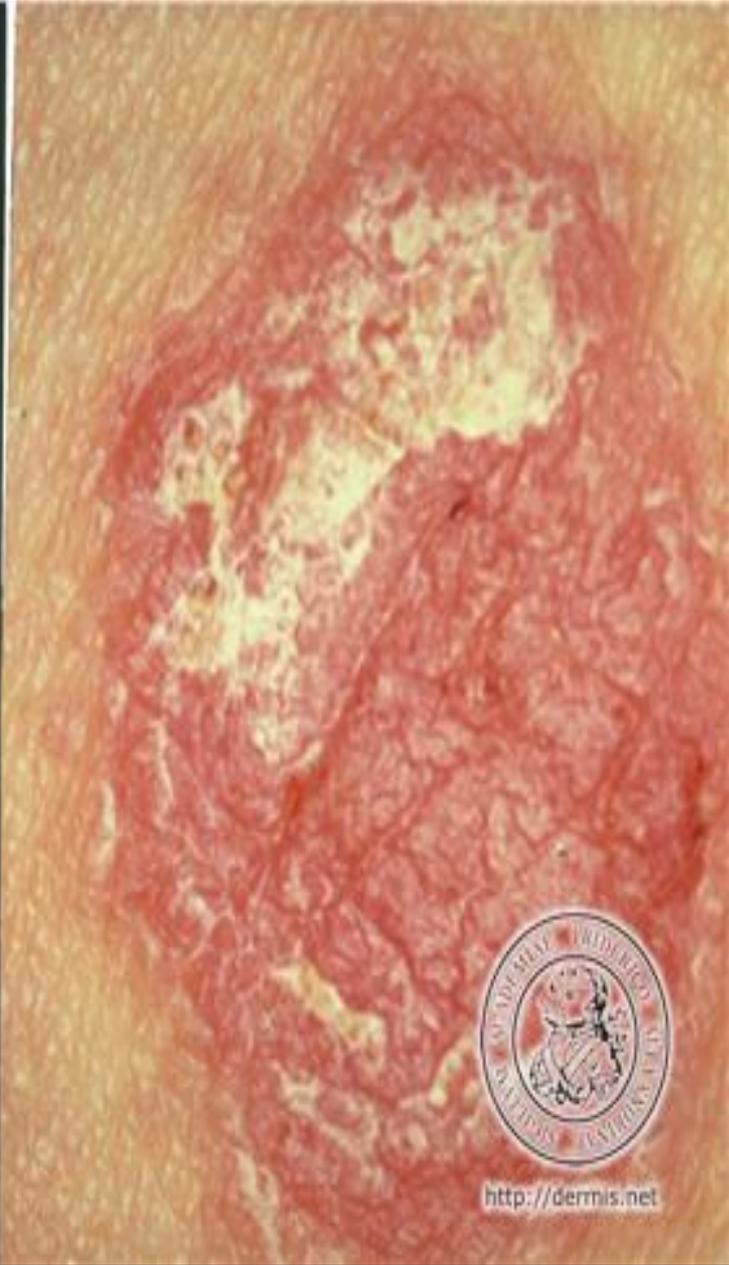








<http://dermis.net>



<http://dermis.net>







<http://dermis.net>





<http://dermis.net>



<http://dermis.net>



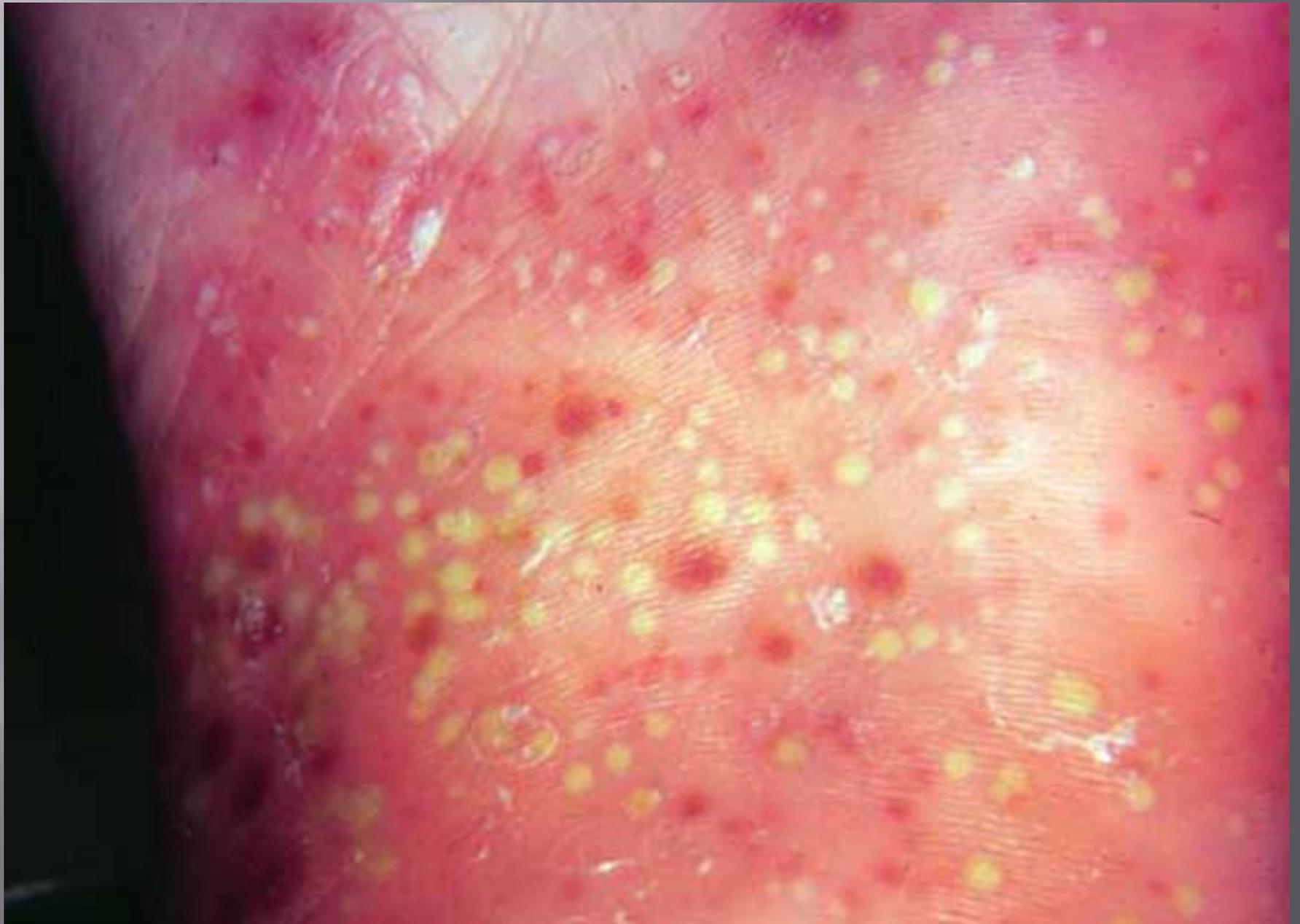
<http://dermis.net>



# Генерализованный псориаз тип Цумбуша и Барбера









© Олег Васильевич Терлецкий, 2012



© Олег Васильевич Терлецкий, 2012



© Олег Васильевич Терлецкий, 2012



# Псориазическая эритродермия









<http://dermis.net>



CLINIQUE DERMATOLOGIQUE  
Fax 52-2 40 84 21 17



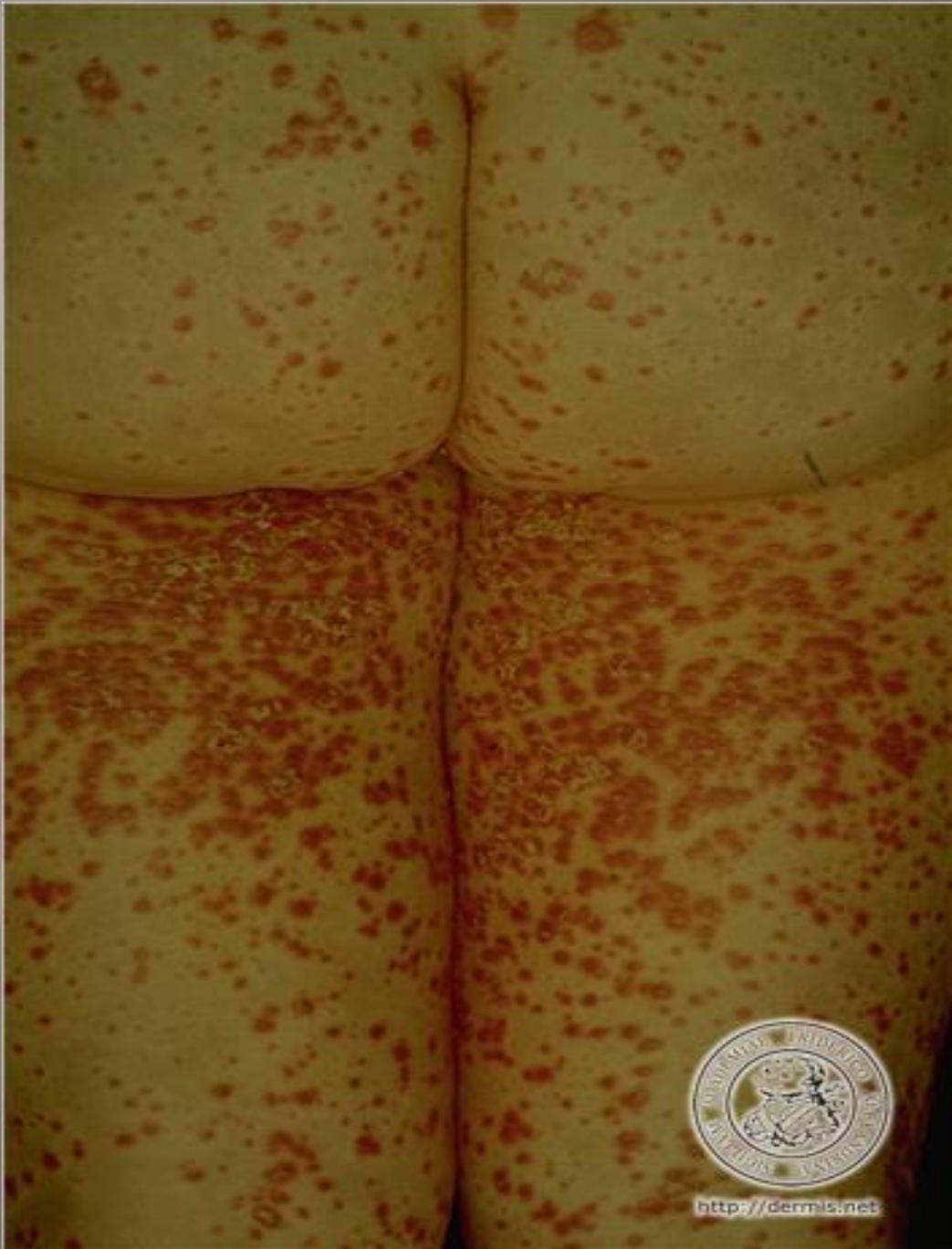
CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

© Clinique Dermatologique - CHU NANTES

# Каплевидный псориаз







<http://dermis.net>





НИЦ "Клиника дерматологии"  
Наблюдение Бурцевой Г.Н.











# Инверсионный псориаз

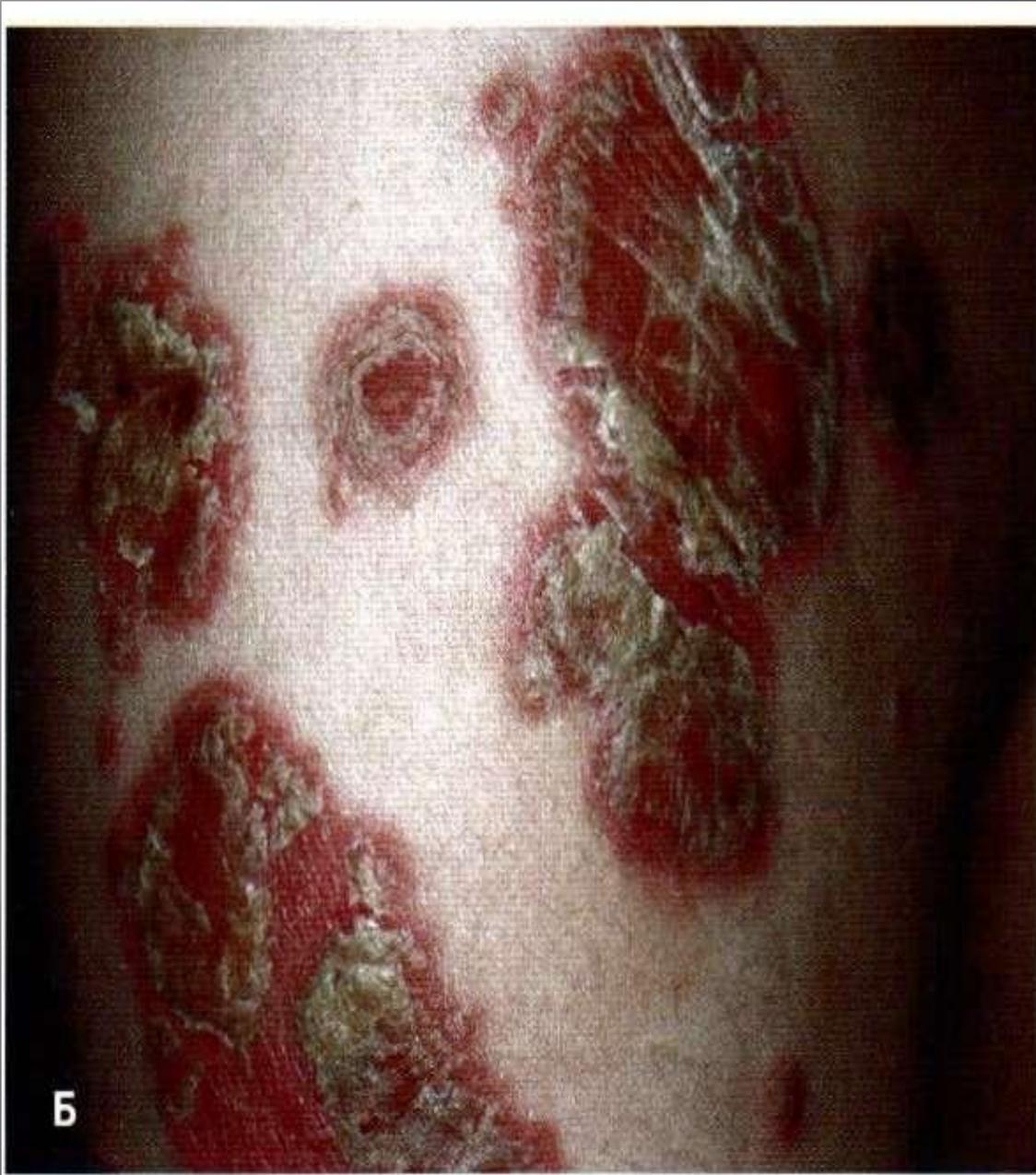






# Экссудативный псориаз





Б



A



# Герпес









© 2009 Logical Images, Inc.









# Опоясывающий лишай















SKINMASTER.RU



1398

© 2008-2010 SkinMaster.ru

# Контагиозный моллюск



CLINIQUE DERMATOLOGIQUE  
Fax 33-2 40 68 31 17



CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

© Clinique Dermatologique - CHU NANTES

# Отрубевидный лишай

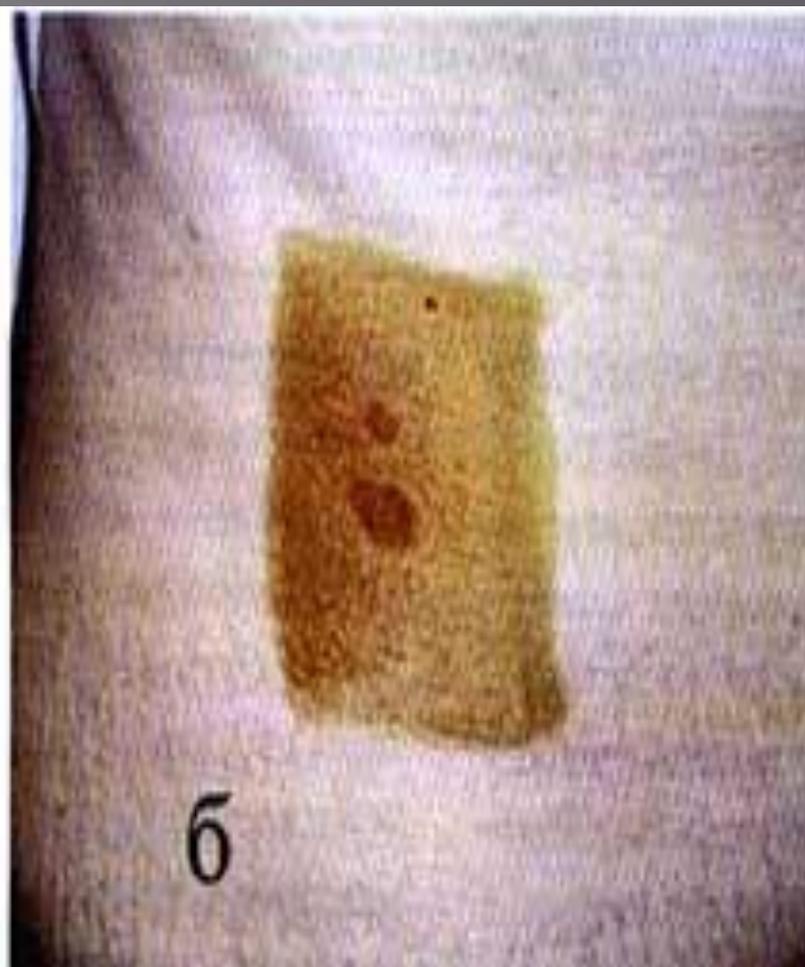








SKINMASTER.RU





© Олег Васильевич Терлецкий, 2012

# МИКОЗЫ











