



**ПСОРИАЗ.
КРАСНЫЙ
ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ.**

Псориаз

- Псориаз («чешуйчатый лишай») - одно из наиболее распространённых кожных заболеваний.
- В настоящее время он занимает примерно 15% в структуре всех кожных заболеваний. Около 3% населения планеты больны псориазом.
- Чаще псориаз отмечается в регионах с прохладным и влажным климатом.
- Псориаз - хронический дерматоз мультифакториальной природы с доминирующим значением генетических факторов.



Этиология и патогенез

- **Этиология** заболевания до сих пор не известна.
- На роль наследственности приходится 60-70%, на роль внешней среды - 30-40%. Наследуется предрасположенность к псориазу, выражающаяся в нарушении клеточного метаболизма, что создает условия для ускоренной пролиферации эпидермоцитов, нарушения их дифференцировки, иммунных нарушений в дерме.
- В основе кожных проявлений псориаза лежит патологически усиленная пролиферация кератиноцитов, сопровождающаяся нарушением процесса их ороговения, гистологически проявляющаяся паракератозом. При псориазе время клеточного цикла меньше нормы в 8 раз. Гиперпролиферация обусловлена укорочением времени клеточного цикла.
- В последние годы выявлена важная роль цитокинов (интерлейкины, хемокины, интерфероны, факторы супрессии, факторы некроза опухолей (TNF) и др.) в патогенезе псориаза.

провоцирующие факторы:

- Инфекционные заболевания (в-гемолитические стрептококки, вирусы)
- Стрессы
- Применение ряда лекарственных средств (в-блокаторы, препараты лития и мышьяка, антималярийные средства, комбинированные оральные контрацептивы и др.)
- Злоупотребление алкоголем
- Травмы кожи

Патогистология при псориазе:

- Паракератоз
- Межсосочковый акантоз
- Агранулез
- Микроабсцессы Мунро
- Неравномерный папилломатоз

Клиническая картина псориаза

Первичный элемент - плоская воспалительная папула, которая имеет следующие характеристики:

- Розовая окраска различной интенсивности
- Поверхность плоская, покрытая серебристо-белыми, мелкопластинчатыми чешуйками
- На свежих элементах чешуйки располагаются в центре, оставляя свободным узкий яркий край.

Типичная локализация высыпаний при псориазе.

- Разгибательные поверхности конечностей (особенно в области локтевого и коленного суставов)
- Область крестца
- Волосистая часть головы особенно по краю роста волос («псориатическая корона»)

ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ТРИАДА

Ряд феноменов, последовательно появляющихся при поскабливании папулы.

- **Феномен стеаринового пятна** - при поскабливании папулы чешуйки снимаются «стружкой», напоминающей стеарин. Патогистологической основой феномена является паракератоз, скопление пузырьков воздуха в роговом слое кожи и увеличение содержания липидов, что способствует ослаблению межклеточных связей.
- **Феномен терминальной плёнки** - появление после удаления чешуек влажной поблёскивающей поверхности, напоминающей полиэтиленовую плёнку. Терминальная пленка - последняя пленка, уходящая с поверхности кожи, после чего дальнейшее поскабливание вызывает капельное кровотечение (следующий феномен). Патогистологическая основа - агранулез (отсутствие зернистого слоя)
- **Феномен точечного кровотечения** («кровяной росы») - капельное кровотечение, возникающее при дальнейшем поскабливании. При поскабливании в результате неравномерного папилломатоза легко травмируется поверхностная сосудистая сеть капилляров. В связи с увеличением расстояния между сосочками (межсосочковый акантоз) наблюдается точечное кровотечение.

классификация псориаза

- Вульгарный (простой) псориаз
- Себорейный псориаз
- Инверсный псориаз
- Ладонно-подошвенный псориаз
- Экссудативный псориаз
- Пустулезный псориаз
- Псориатический артрит
- Псориатическая эритродермия



- **Инверсный псориаз** - характеризуется атипичной локализацией высыпаний (область крупных кожных складок, сгибаемые поверхности конечностей, гениталии) и наблюдается обычно при эндокринных патологиях (нарушение функции щитовидной железы, сахарный диабет, ожирение и тд.)



- **Себорейный псориаз** - развивается у больных себореей и имеет ряд клинических особенностей:
 - Чешуйки склеиваются кожным салом, в результате чего они фиксируются на поверхности кожи, приобретают желтый цвет
 - Высыпные элементы мало инфильтрированы, больше напоминают пятна
 - Псориатическая триада может не выявляться



Ладонно-подошвенный псориаз может иметь два варианта течения:

- С типичной клинической картиной - проявляется обычными псориатическими папулами и бляшками
- Массивные гиперкератозы на коже ладоней и подошв, сопровождающиеся в ряде случаев глубокими трещинами .

поражение ногтевых пластинок

- По типу **онихомикоза**

Дифференциальный диагноз позволяет поставить наличие зоны гиперемии на ногте (симптом масляного пятна), которая представляет собой псориагическую папулу, просвечивающую сквозь прозрачный участок ногтевой пластинки.

- По типу «**наперстка**»

В ногтевых пластинках образуются точечные углубления, характерные для рабочей поверхности наперстка.

По распространенности псориатическое поражение может быть:

- **Ограниченным - занимает менее 20 % поверхности кожи**
- **Распространенным - более 20 % кожи**
- **Универсальным - весь или почти весь кожный покров**

Течение псориаза.

- прогрессирующую
- стационарную
- регрессирующую стадии

Признаки прогрессирующей стадии псориаза:

- Появление новых милиарных папул
- Периферический рост уже существующих папул (проявляется в виде гиперемической каймы вокруг папул).
- Положительная изоморфная реакция - появление новых папул на месте раздражения кожи (царапина, укол иглой, солнечный ожог, втирание раздражающих мазей) - симптом Кебнера.
- Обильное шелушение элементов за исключением зоны роста папул

Для стационарной стадии псориаза характерно

- Отсутствие новых милиарных папул
- Отсутствие периферического роста уже существующих папул
- Умеренное шелушение по всей поверхности папул
- Нежная складчатость рогового слоя вокруг папул (псевдоатрофический ободок Воронова) - является признаком перехода стационарной стадии в регрессирующую

Регрессирующая стадия псориаза:

- Уменьшение или исчезновение шелушения
- Разрешение псориатических элементов с развитием гипо-, реже гиперпигментации



Течение

Для псориаза характерно длительное хроническое течение с частыми рецидивами (обычно несколько раз в год).

варианты:

1. Зимнее течение псориаза - обострения зимой и осенью
2. Летнее течение псориаза - рецидивы при действии солнечной радиации
3. Несезонное течение псориаза - наиболее тяжелый вариант, нет четкой связи между рецидивами и временем года, практически отсутствуют периоды ремиссии.

Описаны единичные длительные клинические ремиссии (до 15-20 лет).

Тяжелые формы псориаза.

К тяжелым формам псориаза относят:

1. Экссудативный псориаз
2. Пустулезный псориаз
3. Псориатический артрит
4. Псориатическая эритродермия



- Псориатический артрит выявляется у 10-20% больных псориазом. Жалобы со стороны суставов выявляются обычно через 3-4 года после появления кожных высыпаний, реже - одновременной с ними, крайне редко - предшествуют кожным изменениям.

Лечение псориаза.

Наружная терапия псориаза определяется стадией заболевания.

- В прогрессирующей стадии применяют:
- Смягчающие средства с добавлением кератопластических препаратов в небольших концентрациях (1-2 % салициловая мазь)
- Мази, кремы, лосьоны, содержащие глюкокортикоиды, а также сочетание кортикостероидов и кератопластических средств
- Препараты, содержащие активированный цинк-пиритионат
- В стационарной и регрессирующей стадии:
- Мази, содержащие синтетические аналоги витамина Д₃ (псоркутан и др.)
- Разрешающие средства - мази, содержащие деготь, нафталан, гидроксиантроны

Системная терапия

- Гипосенсибилизирующая и детоксицирующая терапия (препараты кальция, тиосульфат натрия, гемодез)
- Реокорригирующая терапия - пентоксифиллин (трентал), дипиридамол, гепарин, солкосерил и др.
- Супрессивная терапия

Медикаментозная

- Цитостатики (метотрексат, сандимун) - обладают выраженным эффектом, особенно сандимун. Последний, однако, имеет большое количество побочных эффектов, прежде всего поражение почек
- Синтетические ретиноиды - ацитретин. (Следует иметь в виду, что ацитретин наряду с большим количеством побочных эффектом имеет один наиболее серьезный - тератогенное действие, В связи с этим препарат не назначается женщинам детородного возраста. Нежелательно также применение препарата у детей.)
- *Глюкокортикоиды* - при неэффективности других препаратов

Немедикаментозная:

системная фотохимиотерапия - ультрафиолетовое облучение с длиной волны 320-400 нм на фоне приема фотосенсибилизаторов.

Красный плоский лишай

- Красный плоский лишай - заболевание, характеризующееся длительным постоянно рецидивирующим течением. Чаще болеют женщины в возрасте 35-55 лет.



Этиопатогенез.

- Этиология заболевания точно не установлена. К основным патогенетическим факторам относятся:
- Инфекционный (вирусы)
- Нейроэндокринный
- Наследственный
- Иммунный
- Токсико-аллергический
 - Медикаментозный (тетрациклины, соли тяжелых металлов)
 - Аутоинтоксикационный - при заболеваниях печени (наиболее часто гепатит С), нарушении функции желудочно-кишечного тракта, сахарном диабете, стойкой гипертензии.

Клиническая картина красного плоского лишая.

- Для типичной формы красного плоского лишая характерно:
- Высыпной элемент - плоские полигональные (многоугольные) папулы, не склонные к периферическому росту, незначительно возвышающиеся над уровнем здоровой кожи.
- Цвет папул - красновато-розовый с фиолетовым оттенком (сиреневый).
- В центре папулы имеется пупкообразное вдавление.
- Своеобразный блеск поверхности папул, хорошо заметный при боковом освещении.
- Сетка Уикхема на поверхности узелков - серовато-белый сетчатый рисунок, особенно четко проявляющийся после смазывания папул растительным маслом (вследствие неравномерного утолщения зернистого слоя).
- Склонность папул к группированию в бляшки, покрытые чешуйками.
- Одновременно с высыпаниями на коже часто появляются высыпания на слизистой полости рта.

Типичная локализация высыпаний при красном плоском лишае:

- Сгибательные поверхности лучезапястных суставов и предплечий
- Передняя поверхность голени
- Область крестца
- Половые органы (чаще у мужчин)
- Слизистая полости рта



На слизистой полости рта папулы имеют некоторые особенности:

- Белесоватый цвет (в связи с мацерацией)
- Отсутствие характерного блеска (в связи с мацерацией)
- Практически не возвышаются
- Группируются, образуя причудливый рисунок на слизистой оболочке щек («лист папоротника», «налет мороза на стекле» и т.д.)



Атипичные формы красного плоского лишая:

- **Бородавчатая (веррукозная, гипертрофическая)** - бляшки фиолетового цвета, покрытые массивными роговыми наслоениями, плохо поддаются лечению, склерозируются
- **Кольцевидная** - отдельные бляшки, подвергаясь разрешению с центра, образуют небольшие колечки, центральная часть которых окрашена в коричневый цвет. Чаще на мужских половых органах.
- **Атрофическая** - атрофические изменения на месте разрешившихся бляшек.
- **Пемфигоидная** - в начале заболевания наряду с высыпанием папул наблюдается высыпание пузырей с серозным или серозно-геморрагическим содержимым (на видимо непораженной коже или на поверхности папул и бляшек)
- **Фолликулярная (остроконечная)** - высыпание конусовидных узелков с роговым шипиком в центре, располагающихся фолликулярно
- Для всех клинических форм характерен *сильный зуд*.

Принципы терапии красного плоского лишая:

- Антималарийные препараты (акрихин, хиноцид и т.д.)
- Ароматические ретиноиды (ацитретин - обычно по 1 капсуле 10 мг 3 раза в день во время еды)
- Антидепрессанты и транквилизаторы (у больных обычно наблюдается аутизм, склонность к депрессивным состояниям и т.д.)
- Кратковременная кортикостероидная терапия - при генерализованных острых формах
- Наружная терапия - симптоматическая (противозудная болтушка, гормональные мази и т.д.)
- Особой наружной терапии требует бородавчатая форма красного плоского лишая. Применяется удаление излучением лазера, криодеструкция бородавок, электрокоагуляция, обкалывание кортикостероидами и др.

Спасибо за внимание

