

ПСОРИАЗ, КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ



ПСОРИАЗ (ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ)

- *Psoriasis vulgaris* – хронический рецидивирующий дерматоз, характеризующийся :
 - 📌 гиперпролиферацией эпидермальных клеток,
 - 📌 нарушением процесса кератинизации
 - 📌 воспалительной реакцией в дерме,
 - 📌 изменениями в различных органах и системах.

- Клиническое описание болезни, сходное с псориазом, в литературе встречается с древних времен (в Библии, у Гиппократов, Цельса).

В 1841 году Гебра выделил псориаз как самостоятельное заболевание.

- *Этиология заболевания* – неизвестна
- *Патогенез* – существует несколько теорий:

- 1. **наследственная** – псориаз на современном уровне можно определить как генотипический дерматоз, передающийся по доминантному типу с неполной пенетрантностью и неравномерной проявляемостью
- 2. **неврогенная** – стресс как провоцирующий фактор

- 3. **обменная** –

общепризнано, что псориаз представляет собой системный процесс, формирующийся у больных с выраженными функциональными и морфологическими изменениями ряда органов и систем: нарушение функции ЦНС, ВНС, эндокринных желез, метаболические изменения.

- 4. **Инфекционно-вирусная** –
- Прослеживается связь развития псориаза и действия микробного фактора у одних больных и генетически обусловленная недостаточность противоинфекционной защиты у других. Прослеживается связь тонзиллэктомии с ремиссией псориаза, известно также, что острому каплевидному псориазу предшествует развитие стрепто- и стафилококковой инфекции верхних дыхательных путей.

Клинические проявления –

- **мономорфная сыпь,**
- **симметричная на разгибательных поверхностях конечностей, волосистой части головы и других участках кожного покрова,**
- **эпидермодермальная папула розово-красного цвета с серебристо-белыми чешуйками на поверхности. Форма папул – плоская, округлая.**
- **зуд не характерен.**

Течение:

- **прогрессирующая стадия** –
- - по периферии папул- ободок гиперемии
 - симптом Кебнера (положительная изоморфная реакция) – возникновение высыпаний через 7-9 дней после повреждения кожи. (Характерен для трех заболеваний – КПЛ, псориаз, плоские бородавки).

Псориатическая триада (связана с гистологической сущностью) –

- феномен «стеаринового пятна»,
- терминальной или псориатической пленки,
- «капельного кровотечения» (Ауспитца) или «кровавой росы» (Полотебнов)

- - стаационарная стадия – стабилизация процесса
- - регрессирующая стадия – обратное развитие, по периферии образуется ободок Воронова, регресс папул с образованием гипер- или гипопигментированных пятен. Пятна исчезают бесследно, наступает ремиссия.

- Псориаз
Типичная
клиническая
картина



- Псориаз
Симптом Кебнера



- Псориаз.
Стационарная стадия

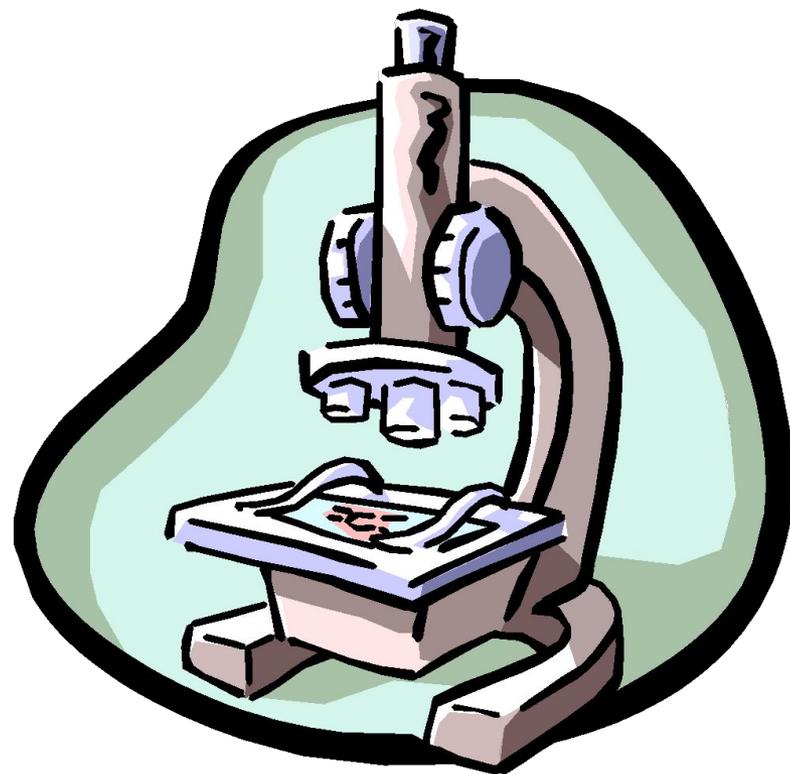


Течение хроническое.

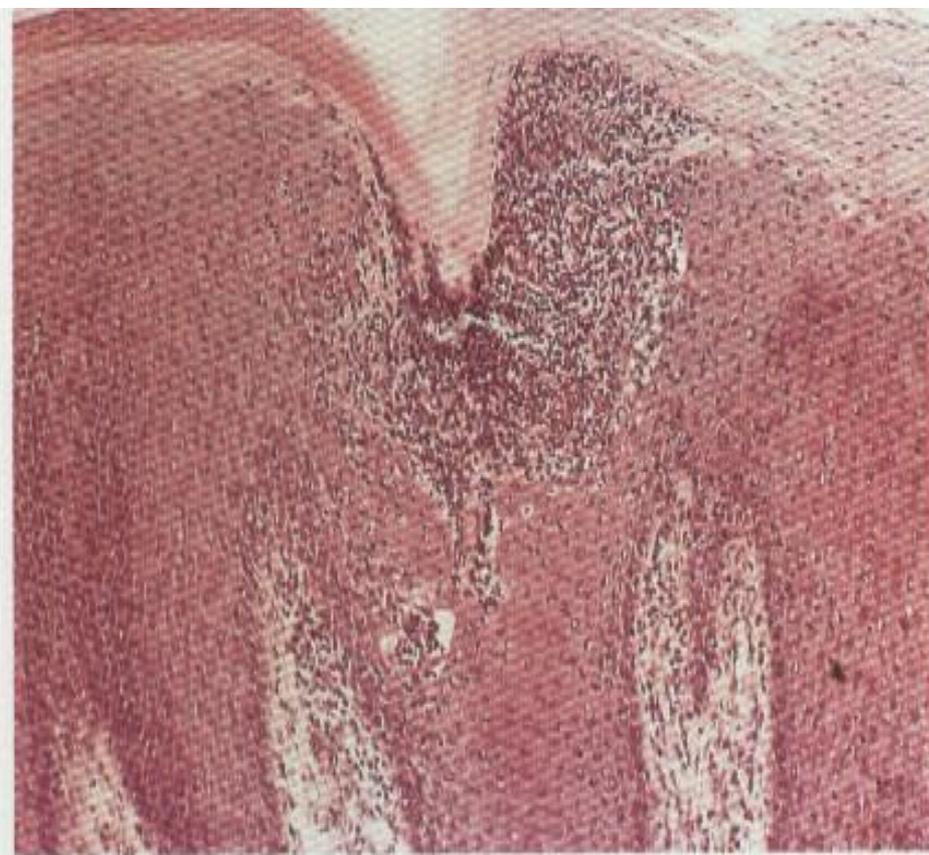
Рецидивы наступают после действия провоцирующих факторов –

- переохлаждение,
- психотравма,
- инфекционные заболевания (ангины).

- Гистологически –
- 1. Гиперкератоз – утолщение рогового слоя
- 2. Паракератоз – нарушение процессов ороговения, исчезновение зернистого
- 3. Акантоз – утолщение и увеличение числа рядов шиповатого слоя
- 4. Микроабсцессы Мунро – скопление нейтрофилов в роговом слое



- Патогистологические изменения при псориазе



Классификация

В зависимости от размера и формы высыпаний:

- 1. точечный, милиарный (папулы размером с просяное зерно) - *ps.punctata*
- 2. каплевидный (чечевичное зерно, булабочная головка)- *ps.lenticularis*
- 3. монетовидный 1-3-5 см – *ps.nummularis*
- 4. кольцевидный – *ps.annularis*
- 5. в виде дуг и гирлянд – *ps.gyrata*
- 6. географический – *ps.figurata*

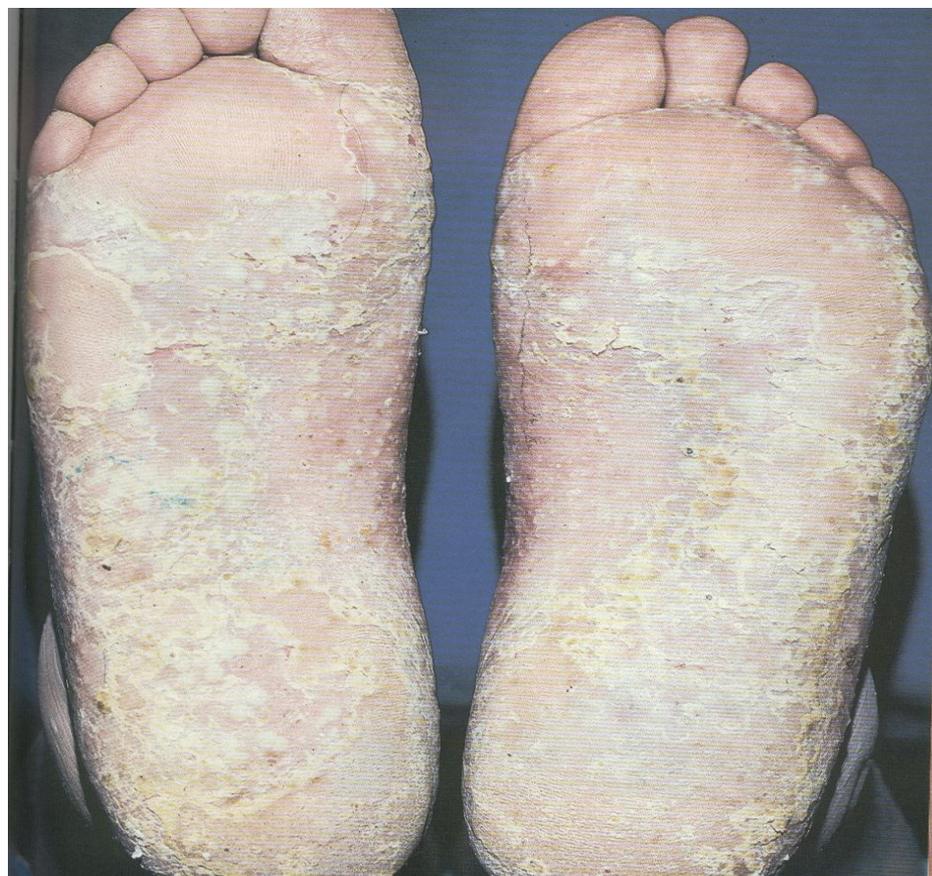
По клиническим формам:

- 1. Типичная
- 2. Атипичная
- - себорейный –
- - экссудативный (инвертный, интертригинозный) –
- - псориаз ладоней и подошв
- - бородавчатый (веррукозный) – выраженный гиперкератоз
- - рупиоидный (элементы напоминают устрицу) – слоистые корки
- - фолликулярный
- - пустулезный – (тип Цумбуша – генерал., с повышением температуры, лейкоцитозом, тип Барбера – более легкое течение)
- - псориатическая эритродермия (универсальный тип)

- Псориаз .
Экссудативная форма



- Псориаз. Ладонно-подошвенная форма



- Псориаз. Пустулезная форма



По сезонам:

- - летний
- - зимний
- - недифференцированный
- - смешанный

По стадиям:

- - прогрессирующая
- - стационарная
- - регрессирующая

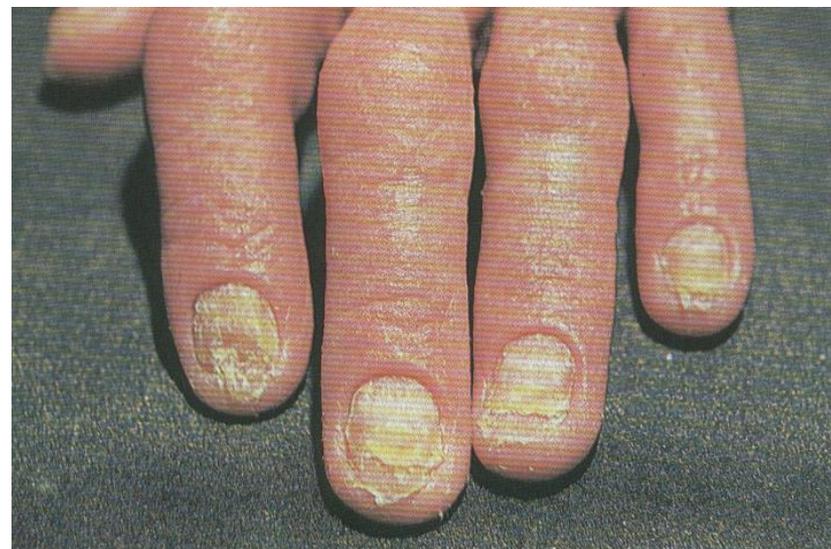
У 25 % больных поражаются ногти:

- 1. Точечная ониходистрофия (симптом «наперстка»)
- 2. Онихогрифоз («птичий клюв»)
- 3. Онихолизис (атрофическая ониходистрофия)

- Псориаз. Поражение ногтей



- Псориаз. Поражение ногтей



У 10-12% больных - артропатии:

Для атропатического псориаза характерны

- 1. Припухлость суставов
- 2. Деформация суставов
- 3. Ограничение объема движений в суставах
- 4. Рентгенологические изменения в суставах

- Псориаз.
Артропатическая
форма. Поражение
ногтей



Диагностика псориаза:

- 1) Характерная клиническая картина
- 2) Симптом Кебнера
- 3) Псориатическая триада
- 4) Гистологический метод

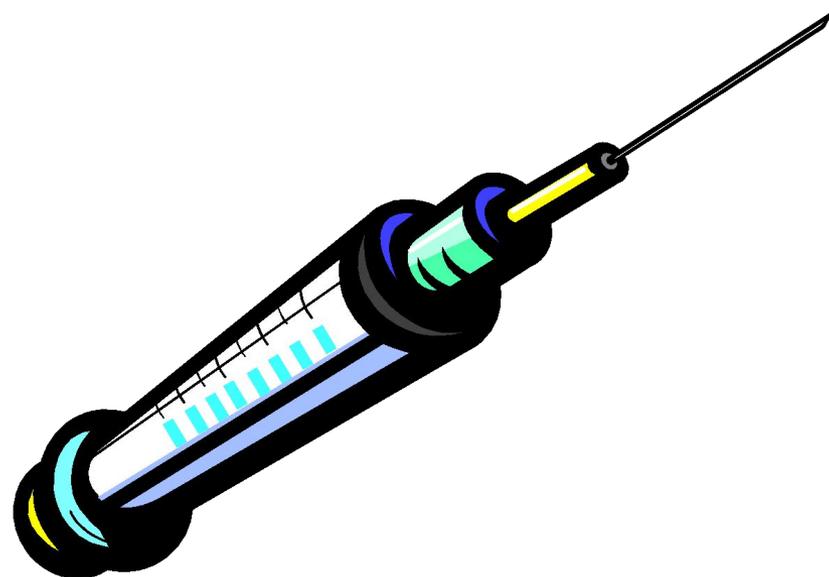
Дифференциальная диагностика

- - сифилис
- - красный плоский лишай
- - себорейная экзема (себорейный псориаз)
- - каплевидный и бляшечный парапсориаз
- - первичный ретикулез кожи
- - грибовидный микоз
- - кератодермии (ладонно-подошвенный псориаз)

- *Лечение псориаза – актуальная и сложная терапевтическая проблема.*

Метод терапии зависит от

1. клинических проявлений,
2. наличия сопутствующей патологии,
3. состояния нервно-психического статуса



- Применяемые в настоящее время методы терапии:
 1. Дезинтоксикационные
 2. Седативные
 3. Витамины
 4. Иммунотерапия
 5. Цитостатики
 6. ПУВА-терапия
 7. Ретиноиды
 8. Физиотерапия
 9. Наружные средства

- ПУВА-терапия – предложена в США и Европе в 1974 году.
 - прием фотосенсибилизирующих препаратов (5-, 8- метоксипсорален)
 - облучение длинноволновыми УФ-лучами

- Показания:



Экссудативная форма псориаза



Распространенный бляшечный псориаз



Эритродермический псориаз



Пустулезный псориаз



Ладонно-подошвенный псориаз

- Новое в лечении псориаза:
- - инфликсимаб (ремикейд) -
- Анти-ФНО- α средство
- Полагают, что фактор некроза опухоли альфа ФНО- α играет роль в патогенезе псориаза.

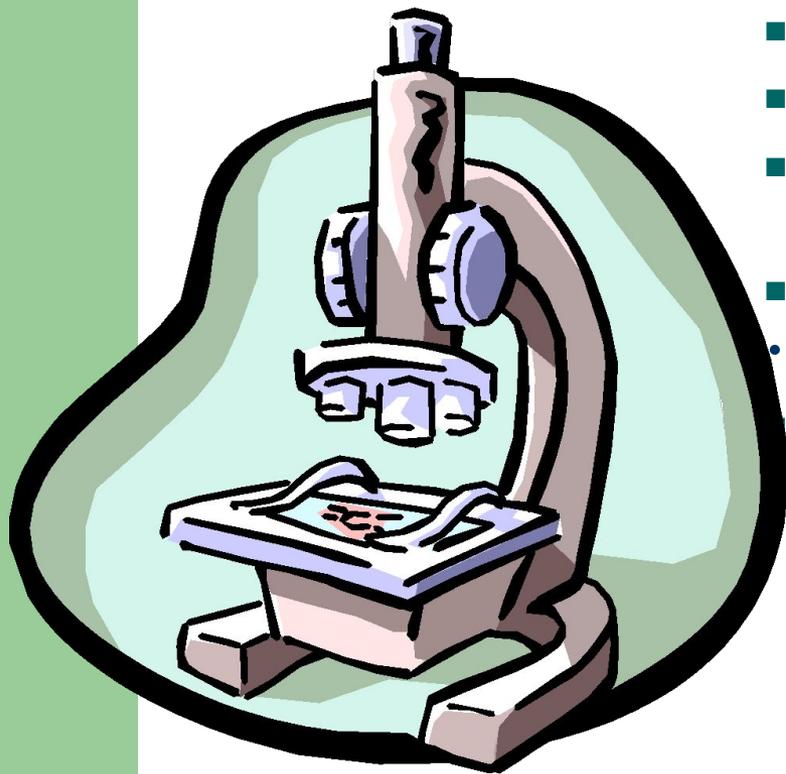
Бальнеотерапия

- *Лечебное действие*
- *Профилактическое действие*
- **Сульфидные ванны** – *Горячий Ключ, Сергиевские Минеральные Воды, Немиров, Кемери*
- **Радоновые ванны** – *Белокуриха, Белая Церковь*
- **Йодно-бромные ванны**– *Нальчик*
- **Лечебные грязи** – *Евпатория*
- **Нафталанская нефть** - *Нафталан*

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся высыпанием гладких, плоских, полигональных папул. • Чаще болеют женщины в возрасте от 35 до 55 лет.
- • В общей структуре дерматологической заболеваемости этот дерматоз составляет до 1,5%, среди болезней слизистой оболочке полости рта – 35%.
- • Число больных этим дерматозом неуклонно растет.
- • Чаще стали болеть дети.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ



- Гистологически при КПЛ выявляют
- • гиперкератоз,
- • неравномерное утолщение зернистого слоя (очаговый гранулез),
- • акантоз
- вакуольную дистрофию базального слоя.
- диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем отделе дермы вплотную примыкает к эпидермису, нижняя граница его «размыта» клетками инфильтрата, состоящего из лимфоцитов и гистиоцитов

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- Типичная форма КПЛ
- 1-гиперкератоз
- 2-гранулез
- 3-акантоз
- 4-полосовидный инфильтрат



КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- Клинически типичная форма красного плоского лишая характеризуется
- • мноморфной сыпью в виде мелких плоских, блестящих (особенно при боковом освещении), многоугольных (полигональных) папул, не склонных к периферическому росту.
- • Элементы имеют красновато-розовую окраску с характерным сиреневатым или фиолетовым оттенком.
- • В центре папул, как правило, небольшое пупкообразное вдавление.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- На поверхности сформировавшихся относительно крупных (0,5 мм в диаметре) узелков можно обнаружить патогномоничную для заболевания сетку Уикхема (rete Wickham), характеризующуюся опаловидными белыми или сероватыми точками или полосками. Сетка становится более заметной, если смочить поверхность папул водой или маслом, ее формирование объясняют неравномерным гранулезом.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- В прогрессирующей стадии заболевания интенсивный зуд, а также отмечается положительный феномен Кебнера (появление высыпаний в зоне даже незначительной травматизации кожи).
- При регрессировании процесса папулы обычно оставляют после себя вторичную гиперпигментацию.
- Как правило, высыпания красного плоского лишая локализуются на сгибательных поверхностях лучезапястных суставов и предплечий, передних поверхностях голеней, в области крестца, у мужчин – на половом члене. Сыпь может быть весьма распространенной вплоть до эритродермии.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- КПЛ. Клиническая картина



- Типичная форма КПЛ.
Клиническая картина

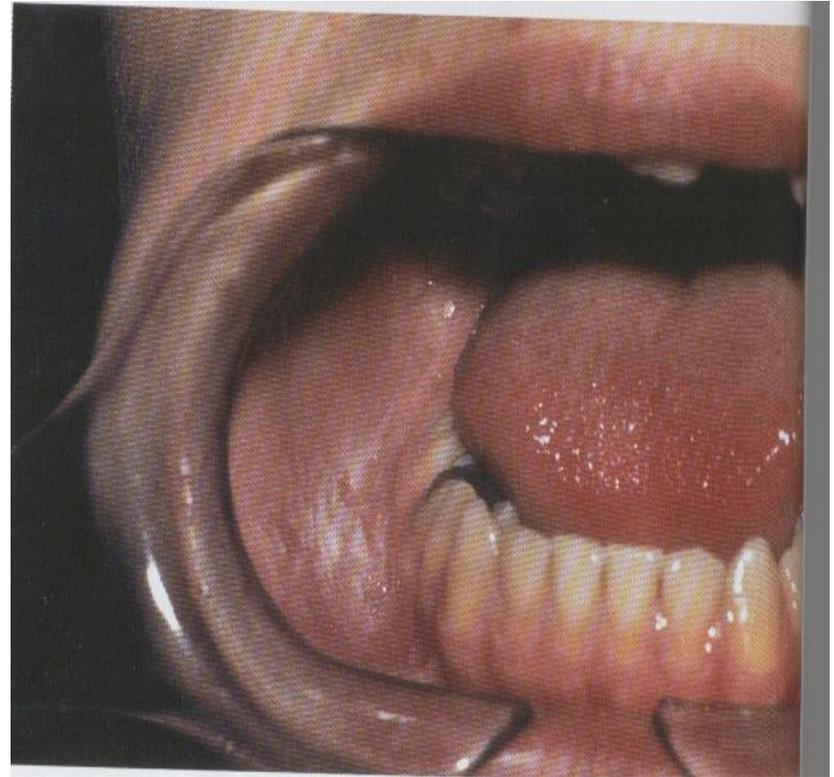


КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- В 25-30% случаев поражаются слизистые оболочки, чаще всего рта (внутренняя поверхность щек, язык, десны, небо, миндалины), реже – половых органов. Вначале появляются мелкие (милиарные) папулы, хорошо выделяющиеся на розовом фоне слизистой оболочки серовато-белым цветом, которые затем образуют бляшки. Вследствии постоянной мацерации в полости рта бляшки имеют не восковидный, а белесоватый или серо-белый цвет.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- Типичная форма КПЛ.
Клиническая картина
- Поражение слизистой оболочки полости рта



КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- Типичная форма КПЛ.
Клиническая картина
- Поражение слизистой оболочки полости рта



КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- К атипичным формам заболевания относятся:
 - кольцевидный,
 - эритематозный,
 - бородавчатый,
 - пемфигоидный,
 - атрофический,
 - эрозивно-язвенный.
 - везикулезный
 - пигментный
 - линейный (зостериформный)
 - фолликулярный

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ



- Зостериформная форма КПЛ. Клиническая картина

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ



- Анулярная (кольцевидная) форма КПЛ. Клиническая картина

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ



- Гипертрофическая форма КПЛ.
- Клиническая картина

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- Дифференциальный диагноз проводят с
 - псориазом,
 - токсидермией,
 - нейродермитом,
 - плоскими бородавками,
 - папулезным сифилидом. КПЛ слизистой полости рта дифференцируют с
 - лейкоплакией
 - красной волчанкой
 - сифилитическими папулами

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

■ ЛЕЧЕНИЕ

Для проведения патогенетической терапии больные, особенно с изолированным поражением слизистой оболочки полости рта, подлежат тщательному обследованию для выявления у них соматической патологии.

Особое значение имеет (как один из факторов лечения) рациональное протезирование, которое необходимо проводить с лекарственной терапией.

Больным КПЛ слизистой полости рта рекомендуется диета, исключая прием горячей, острой, пряной и грубой пищи.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Применяемые в настоящее время методы терапии:

1. Дезинтоксикационные
2. Седативные
3. Снотворные
4. Витамины
5. Иммунотерапия
6. Антибиотикотерапию (при выявление у больных очагов хронической инфекции)
7. Препараты хинолинового ряда
8. Психотерапия
9. Наружные средства

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- Благоприятный эффект оказывают витамины: А, Д, Е. Ретиноиды – дериваты витамина А (тигазон, неотигазон, этретионат) уменьшают интенсивность воспалительной реакции, влияют на состояние клеточных мембран и нормализуют процессы пролиферации. Более эффективны ретиноиды при поражении слизистой оболочки рта и красной каймы губ. В последние годы с успехом применяются аналоги витамина А – каротиноиды, особенно при атипичных формах, в частности эрозивно-язвенной, а также при поражении слизистой рта и половых органов.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- Кортикостероидная терапия проводится лишь при острых и распространенных формах заболевания. Витамин Е (α -токоферола ацетат), используемый как антиоксидант и ингибитор системы цитохрома Р-450, позволяет при комплексном лечении кортикостероидами снизить суточную дозу и сократить сроки кортикостероидной терапии.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- Применяют фонофорез с седативными и противовоспалительными средствами, криомассаж и криодеструкцию (особенно при веррукозной форме).

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- Наружно назначают охлаждающие и зудоутоляющие взбалтываемые взвеси с ментолом и анестезином, кортикостероидные кремы (в том числе под окклюзионную повязку), обкалывания крупных и веррукозных очагов хингамином, кортикостероидами, новокаином, лазеротерапию.
- Гипертрофические очаги разрушают путем криодеструкции или электрокоагуляции. Эрозивно-язвенные очаги подлежат местной терапии эпителизирующими средствами, в их числе солкосерил адгезивная дентальная паста, облепиховое масло, масло шиповника, а также криодеструкции.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

- ПРОГНОЗ –
- - *Заболевание протекает доброкачественно.*
- - *Эрозивно-язвенная форма озлокачивается примерно в 1% случаев.*

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

