

ПСОРИАЗ

Кодирование по МКБ 10

XII Болезни кожи и подкожной клетчатки

(L00-L99)

- L40.0 Псориаз обыкновенный (вульгарный, бляшечный)
 - L40.1 Генерализованный пустулезный псориаз
 - L40.2 Акродерматит стойкий Аллопо
 - Генерализованный пустулезный псориаз
 - Цумбуша
 - L40.3 Пустулез ладонный и подошвенный
 - L40.4 Псориаз каплевидный
 - L40.5+ Псориаз артропатический (M07.0-M07.3*, M09.0*)
 - L40.8 Другой псориаз
 - Сгибательный инверсный псориаз
 - Себорейный псориаз
 - Экссудативный псориаз
 - Псориатическая эритродермия

Определение

- **Псориаз** (psoriasis), чешуйчатый лишай - хроническое рецидивирующее заболевание кожи мультифакториальной природы с доминирующим значением генетических факторов в его развитии, характеризующееся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, изменениями в различных органах и тканях (псориатическая болезнь).

Эпидемиология

- Заболеваемость не зависит от пола.
- Псориазом страдают 2—4 % от общей численности населения.
- В России этот показатель также варьирует в зависимости от территории — от 0,72 до 11,8 %.
- Заболевание может начаться в любом возрасте, но чаще всего бляшки появляются в период 15—25 лет.
- Каждый третий пациент указывает на первые симптомы до 20-летнего возраста.
- Наиболее высокая распространённость псориаза отмечается в Западной Европе и Скандинавии.
- Гораздо реже болезнь встречается среди представителей негроидной и монголоидной рас.

Этиология и патогенез

Различают 2 типа псориаза.

- Псориаз 1-го типа чаще ассоциирован с мультифакториальным типом наследования с неполной пенетрантностью генов. Для него типично:
 - раннее проявление заболевания, пик заболеваемости - в 16-21 год,
 - большая площадь поражения,
 - торпидность течения и частые рецидивы.
- Выявлена связь заболевания с антигенами тканевой совместимости HLA-B13, HLA-B17, HLA-Bw57, HLA-Cw6.
- Псориаз 2-го типа не связан с системой HLA, характерны поздние проявления болезни, пик приходится на 50 лет. Связь с наследственностью выявлена в 1%.

Этиология и патогенез

- Псориаз имеет аутоиммунную природу заболевания с первичным вовлечением в процесс Т-лимфоцитов и вторичной активацией и пролиферацией кератиноцитов (их деление ускорено в 10 раз).
- Активация CD4-лимфоцитов индуцирует ряд иммунологических реакций, в том числе повышение активности макрофагов, синтезирующих широкий спектр провоспалительных медиаторов, прежде всего цитокинов (ФНО- α), ИЛ-1.

Провоцирующие факторы

- хронические очаги инфекции (тонзиллит, гайморит и др.),
- механические повреждения кожи,
- прием лекарственных препаратов (особенно тетрациклинов, бета-адреноблокаторов),
- психоэмоциональное перенапряжение,
- злоупотребление алкоголем.

По частоте рецидивов различают *зимнюю* (наиболее частая), *летнюю* и *внесезонную* формы псориаза.

Клиническая картина

- Псориаз характеризуется мономорфной папулезной сыпью, обычно расположенной симметрично, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей и туловище.
- Однако псориаз может поражать любой участок кожи.
- Часто поражаются ногти и опорно-двигательный аппарат.

Клиническая картина

- Первичным элементом является эпидермодермальная папула.
- Папула имеет розовую окраску различной интенсивности: свежие элементы более яркого цвета вплоть до красного, длительно существующие более бледные.
- Форма папул плоская, поверхность шероховатая, покрыта серебристо-белыми отрубевидными или мелкопластинчатыми чешуйками, которые при поскабливании легко снимаются.
- На свежих папулах чешуйки располагаются в центре, по их периферии остается узкий яркий ободок.
- Затем шелушение усиливается, занимая всю поверхность элемента.
- Вначале папулы имеют правильные округлые очертания, диаметр 1-2 мм, на 0,1-0,5 мм возвышаясь над уровнем здоровой кожи.
- По мере прогрессирования процесса папулы распространяются по периферии, увеличиваются, образуют бляшки имеющие причудливые очертания

Клиническая картина

Различают 3 стадии течения псориаза:

- прогрессирующую,
- стационарную и
- регрессирующую.
- В прогрессирующую стадию появляются новые папулы, иногда каплевидные, увеличивающиеся в диаметре, покрытые серебристо-белого цвета чешуйками в центре. Происходит периферический рост старых элементов.
- По периферии выявляют ярко-красный ободок роста (*ободок Пильнова*).
- Возможен зуд, особенно при локализации высыпаний на волосистой части головы,
- При повреждении или раздражении кожи в прогрессирующей стадии псориаза на месте травмы появляются свежие высыпания (*изоморфная реакция или положительный феномен Кёбнера*) - наблюдается также при красном плоском лишае, дерматите Дюринга и др..

Клиническая картина

- В стационарную стадию свежие элементы не образуются, прежние не растут по периферии, чешуйки покрывают всю поверхность папул. Феномен Кебнера отрицательный.
- В регрессирующую стадию прекращается шелушение, папулы бледнеют и уплощаются. Вокруг папул появляется *псевдоатрофический* ободок Воронова шириной 4-7 мм с нежной складчатостью рогового слоя. Наступает разрешение папул, которое начинается с периферии или центральной части и заканчивается образованием депигментированных (реже гиперпигментированных) пятен.
- В случаях исчезновения псориатических высыпаний говорят о ремиссии, что чаще

Клиническая картина

Для псориаза характерна **псориатическая триада**, отчетливо представленная в прогрессирующей стадии:

- феномен **«стеаринового пятна»** - обильное шелушение серебристо-белыми чешуйками при поскабливании папул;
- феномен **терминальной пленки** - появление после удаления чешуек влажной, розово-красной, «полированной» поверхности;
- феномен **точечного кровотечения** (симптом АУСПИТЦА-ПОЛОТЕБНОВА) возникает при дальнейшем поскабливании поверхности папулы.

Клинические формы псориаза

В зависимости от размеров и характера сыпи различают псориаз:

- точечный, папулы размером до булавочной головки или просяного зерна;
- каплевидный – папулы размером с чечевичное зерно;
- монетовидный – папулы в размере 3-5 см;
- лихеноидный, проявляющийся лихеноидными папулами;
- веррукозный, при котором образуются папилломатозно разрастающиеся очаги;
- кольцевидный, когда высыпания располагаются в виде дуг и гирлянд;
- фигурный или географический, когда очертания очагов напоминают географическую карту;
- себорейный, при локализации высыпаний на характерных для себореи местах в виде мелких розоватых шелушащихся пятен;
- «застарелый» или экзематизированный и др.

Клиника псориаза

- Примерно у 80% больных наблюдается поражение волосистой части головы, у четверти из них заболевание ограничивается лишь этой областью.
- На волосистой части головы могут возникать диффузное шелушение или резко ограниченные наслоения чешуек, часто захватывающие и окружающую гладкую кожу.
- Часто поражение волосистой части головы имеет очаговый характер, располагаясь на затылке, висках, темени в виде четко возвышающихся бляшек.
- При этом волосы никогда не поражаются.

Клиническая картина

У больных псориазом возможно поражение ногтевых пластинок по типу:

- *«наперстка»*,
- *«масляного пятна»* - скопление паракератозных клеток и серозной жидкости под ногтевой пластинкой создает желтовато-коричневое пятно,
- *подногтевого гиперкератоза*,
- деформации ногтевых пластинок:
 - *псориатический онихолизис* (отделение ногтей от ногтевого ложа),
 - *псориатический онихогрифоз* (ногтевая пластинка утолщается, становится неровной, испещренной небольшими гребешками серовато-желтого цвета, пораженный ноготь приобретает вид когтя или клюва хищной птицы, приподнятого над ложем в результате подногтевого

Клиническая картина

- Псориатические высыпания на слизистых оболочках встречаются крайне редко.
- Поражение слизистой оболочки полости рта является следствием изоморфной реакции (кариес зубов и т.п.).
- Очаги на слизистой оболочке рта имеют вид крупных овальных или неправильных очертаний пятен серовато-матового цвета с розовато-красным венчиком в окружности, иногда слегка возвышающиеся над общим уровнем слизистой оболочки.

Клиническая картина

- У 10-12% больных псориазом к кожным высыпаниям присоединяются прогрессирующие изменения суставов: артралгии по типу деформирующего полиартрита, деформации суставов конечностей (псориатический артрит), ригидность позвоночника.
- Такая форма течения псориаза приводит к инвалидности и даже к летальному исходу.
- Чаще поражение суставов происходит через 3-5 лет и более после первого появления кожных высыпаний.
- Реже артрит развивается одновременно с высыпаниями на коже или предшествует им.
- Изменения в суставах имеют воспалительный и дистрофический характер.
- Характерно симметричное множественное поражение мелких периферических суставов кистей и стоп (остеопороз в области эпифизов и сужение суставных щелей) с постепенным вовлечением в процесс крупных суставов, иногда позвоночника.
- При тяжелых формах наблюдаются рассасывание конечных фаланг кистей и стоп, появление экзостозов (остеофитов).
- Изменения суставов становятся причиной подвывихов, вывихов, контрактур и анкилозов.

Атипичные формы псориаза

- интертригинозный;
- пустулезный;
- экссудативный;
- псоритическая эритродермия.

Интертригинозный псориаз

- Развивается у грудных детей, больных тяжелым диабетом, ревматизмом, у лиц, страдающих тучностью, у пожилых и при повышенной сенсibiliзации.
- Характеризуется атипичной локализацией на сгибательных поверхностях конечностей, суставов, на коже паховых и бедренных складок, подмышечных впадин, ладонях и подошвах.
- Проявляется обычно нуммулярными, эксудативными бляшками с резкими границами, багрово-красного цвета, незначительным шелушением, влажной и мацерированной поверхностью, часто сопровождается зудом и жжением.

Пустулезный псориаз

Пустулезный псориаз Барбера

- Патологический процесс представляет собой локализованную форму болезни.
- Пустулезные элементы располагаются на коже ладоней и подошв, поэтому другое название недуга — [ладонно-подошвенный псориаз](#).
- На эритематозном фоне развиваются пустулезные и псориазиформные очаги вначале небольшой величины, симметрично расположенные.
- Содержимое пустул стерильно.
- С развитием шелушения кожные элементы образуют корку.
- Кожа становится более грубой с множеством трещин.
- Течение патологии достаточно упорное.
- Болезнь трудно поддается медикаментозному лечению.
- Иногда возможна генерализация процесса.

Пустулезный псориаз

Цумбуша

- Может возникать первично без предшествующей типичной картины заболевания, но чаще развивается вторично в результате трансформации вульгарного или интертригинозного псориаза.
- Это тяжелое общее заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, недомоганием, интенсивным зудом, лимфаденопатией, лейкоцитозом.
- Вначале появляются множественные диссеминированные эритематозные, эритематозно-отечные очаги, которые быстро распространяясь по всему кожному покрову, образуют различные фигуры и диффузные ярко-красные очаги.
- На этом фоне располагаются диссеминированные пустулы, ссыхающиеся в желто-коричневые корки и корко-чешуйки.
- Процесс может принимать злокачественное течение и заканчиваться летально.

Экссудативная форма

- На неизменённой коже без первоначальной гиперемии и папул возникают мелкие ярко-розовые бляшки, которые, сливаясь, образуют очаги воспаления значительных размеров (до 10-20 см в диаметре) с чёткими границами.
- Инфильтрация в очагах экссудативного псориаза отсутствует, кожа горячая на ощупь.
- Шелушения, характерного для других разновидностей псориаза, нет.
- За счёт превалирующего экссудативного компонента воспаления очаг отекает, элементы пропитываются жидкостью, вместо тонких чешуек, состоящих из роговых клеток поверхностного слоя эпидермиса, бляшки в очаге покрываются толстыми чешуйко-корками грязно-серого или грязно-жёлтого цвета.
- При попытке снятия чешуйко-корки с поверхности бляшки обнажается мокнущая поверхность и возникает точечное кровотечение.
- На этом этапе к экссудативному псориазу часто присоединяется вторичная инфекция.

Экссудативная форма

- Подсохшие корки наплывают друг на друга, на них появляются трещины, их неровные края задевают одежду, доставляя пациентам значительный дискомфорт, особенно, если процесс локализуется на коже кистей.
- Присоединившееся ощущение жжения, зуд вызывают [бессонницу](#) и [неврозы](#).
- Локализоваться патологический процесс может на любом участке кожного покрова, но чаще всего экссудативный псориаз располагается в складках кожи и на нижних конечностях, сопровождая [варикоз](#).
- Если очаг патологического процесса травмируется, заживление идёт очень медленно.
- Связано это с тем, что экссудативный псориаз активен на протяжении всей жизни пациентов, его течение характеризуется рецидивами и обострениями, но даже в период ремиссии в коже продолжается латентно текущее воспаление.
- В период обострений усиливаются проявления сопутствующих соматических заболеваний.

Псориазическая эритродермия

- Псориазическая эритродермия развивается под влиянием нерациональной наружной терапии, избыточной инсоляции и других факторов, постепенно занимая весь кожный покров.
- Кожа ярко-красного цвета, покрыта крупными и мелкими белыми легко отделяющимися чешуйками.
- Кожа лица, ушных раковин и волосистой части головы создает впечатление посыпанной мукой.
- Кожа инфильтрирована, отечна, горячая на ощупь.
- Больные испытывают выраженный зуд и чувство стягивания кожи.
- В начале развития эритродермии общее состояние больного нарушено: температура тела повышается до 38-39 °С, озноб, нередко увеличиваются лимфатические узлы (паховые, бедренные и др.), выпадают волосы, происходит деструкция ногтей, возникают гнойные

Редкие формы псориаза

- Себорейный псориаз
 - Рупиоидный псориаз
 - Веррукозный (бородавчатый) псориаз
- Себорейный псориаз развивается у больных себореей с поражением волосистой части головы, носогубных складок, за ушными раковинами, на груди, лопаточной области спины.

От обычного псориаза себорейная форма заболевания отличается:
 - формой высыпаний. На лице и волосистой части головы элементы сыпи похожи на плоские пятна (в связи со слабой инфильтрацией),
 - отсутствием псориатической триады в 80% случаев (почесывание бляшки **не приводит** к усилению шелушения, при отделении чешуек **не образуется** блестящая пленка на поверхности кожи, **не появляются** капельки крови при дальнейшем почесывании места поражения),
 - реагированием на смену погоды или шампуня, на стрижку (при густых и длинных волосах заболевание протекает тяжелее, чем при короткой стрижке),
 - длительностью сохранения бляшек (редко регрессируют,

Редкие формы псориаза

- Рупиоидный псориаз (РУПИЯ — слоистая конической формы кровянисто-гнойная корка, напоминающая устричную раковину).
- Рупия образуется в результате поверхностного гнойного расплавления ограниченного воспалительного инфильтрата или ссыхания экссудата глубокой пустулы), возникает у подростков в виде округлых бляшек, покрытых слоем крупных сухих чешуек устрицеобразного вида, четко очерченных и плотно инфильтрированных.
- Веррукозный или бородавчатый псориаз характеризуется выраженной инфильтрацией с гиперкератозом и бородавчатыми разрастаниями, чаще располагающимися на коже туловища и нижних конечностей

Диагностика

- При диагностике учитывают клиническую картину, псориатическую триаду.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику псориаза проводят с:

- папулезными высыпаниями при сифилисе,
- красным плоским лишаем,
- себорейной экземой,
- атопическим дерматитом,
- розовым лишаем,
- парапсориазом,
- пситириазом красным волосяным отрубевидным.

Гистопатология

- В эпидермисе наблюдается паракератоз, акантоз в межсосочковых участках мальпигиева слоя и истончение его надсосочковых участков, внутриклеточный отек и спонгиоз, скопление в межклеточных промежутках проникающих из дермы нейтрофилов (микроабсцессы Мунро).
- Над папулой роговой слой утолщен, разрыхлен, состоит преимущественно из паракератотических клеток с вытянутыми, палочкообразными ядрами.
- Между чешуйками многочисленные щели, наполненные воздухом, за счет которого чешуйки имеют серебристый вид.
- В старых элементах гиперкератоз более выражен, чем паракератоз; ядра в роговом слое встречаются независимо от давности папулы.
- Зернистый слой исчезает или сохраняется прерывающийся один ряд его клеток.
- В острых случаях отсутствует и блестящий слой.
- Мальпигиев слой над сосочками истончен, удлинены эпидермальные выросты.
- В шиповидном слое между сосочками резко выражен акантоз.
- Капилляры сосочкового слоя расширены, сильно извиты, переполнены кровью.
- В сосочках и подсосочковом слое вокруг сосудов имеется воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов и гистиоцитов.

Лечение

Цели лечения:

- ослабление клинических проявлений заболевания;
- уменьшение частоты рецидивов заболевания;
- устранение отрицательных субъективных ощущений;
- улучшение качества жизни больного;
- снижение риска развития коморбидных заболеваний.

Лечение

При ограниченных проявлениях псориаза применяют:

- топические глюкокортикостероидные препараты (А) в разных формах, различной степени активности в зависимости от остроты и распространенности процесса, а также клинической формы – 1-2 раза в день на пораженные участки в течение 3-4 недель;
- средства, содержащие синтетические аналоги витамина D3 (А)(кальцитриол – Дайвонекс, Псоркутан и др.) – 1-2 раза в день 4-6-8 недель,
- ретиноиды – производные витамина А (тигазон, неотигазон),
- активированный цинк пиритион (скин-кап аэрозоль, крем, шампунь 2 раза в день до 1,5 мес. и др.),
- мази, содержащие салициловую кислоту, нафталиновую нефть, ихтиол, деготь березовый

Лечение

В период прогрессирования заболевания рекомендована противовоспалительная и гипосенсибилизирующая терапия:

- 10% раствор глюконата кальция внутримышечно курсом 10-15 инъекций,
- 30% раствор тиосульфата натрия внутривенно 5-10 мл, 10-15 инъекций,
- гемодез в/в,
- антигистаминные препараты в/м и per os.

Лечение

- При тяжелых, торпидных формах показано назначение системных глюкокортикоидов (преднизолон, дексаметазон, дипроспан), цитостатиков (метотрексат, азатиоприн).
- Эффективны фототерапия с УФ-В (средневолновая), **ПУВА**-терапия (Psoralens + UltraViolet A - волны длиной от 315 до 400 нм + Therapy) - сочетанное воздействие длинноволнового УФО и фотосенсибилизатора пувалена) и ре-ПУВА-терапия (в сочетании с приемом ретиноидов).
- Современные препараты (иммунодепрессанты) при распространенной тяжелой форме псориаза – инфликсимаб (Ремикейд), адалимумаб (Хумира), устекинумаб (Стелара) и др.
- В стационарную и регрессирующую стадии заболевания, а также в период ремиссии рекомендуется санаторно-курортное лечение.

Лечение

Госпитализация показана в следующих случаях:

- наличие тяжелых и распространенных форм, в том числе эритродермии и пустулезного псориаза;
- необходимость назначения препаратов, требующих постоянного клинико-лабораторного наблюдения;
- наличие сопутствующей патологии, требующей постоянного контроля на фоне системной терапии псориаза.
- В стационар дневного пребывания больные госпитализируются в случаях необходимости проведения инфузионной терапии (введения биологических генно-инженерных препаратов).

Псориаз



Псориаз



Псориаз на лице



Псориаз на лице



Псориаз волосистой части ГОЛОВЫ



Псориаз

Симптом наперстка



Псориаз Подногтевой гиперкератоз



Псориаз ногтей



Псориазический артрит



Пустулезный псориаз Барбера



Пустулезный псориаз



Генерализованный пустулезный псориаз Цумбуша

Экссудативная форма



Экссудативная форма



Псориазическая эритродермия

