ПСОРИАЗ

О.Л. Иванов, А.Н. Львов
«Справочник дерматолога»

ПСОРИАЗ (син. лишай чешуйчатый) - одно из самых распространенных хронических заболеваний кожи. Характеризуется мономорфной сыпью, состоящей из плоских папул различных размеров, имеющих тенденцию к слиянию в крупные бляшки розово-красного цвета, быстро покрывающиеся рыхлыми серебристо-белыми чешуйками.

Этиология и патогенез не ясны. Существует несколько концепций происхождения псориаза. Основные из них:

- вирусная (протоонкогенетическая) теория,
- генетическая (генетические механизмы повышенной способности клеток к размножению),
- нейрогенная (нейрогуморальный механизм предрасположенности),
- гипотеза врожденной нестабильности лизосом и врожденных дефектов капилляров кожи, первичных нарушений кератинизации и обмена липидов.

Гистологически выявляют акантоз, паракератоз, гиперкератоз; почти полное отсутствие зернистого слоя. В шиповатом слое - отек, экзоцитоз с образованием очаговых скоплений нейтрофильных гранулоцитов, которые, мигрируя под роговой стой, образуют так называемые микроабсцессы Мунро. В базальном слое - фигуры митоза.

Псориаз обычный (вульгарный) характеризуется мономорфной сыпью в виде плоских папул розово-красного цвета величиной от булавочной головки до мелкой монеты, плотноватой консистенции, несколько возвышающихся над уровнем здоровой кожи. Почти с момента возникновения папулы покрыты мелкими, рыхлыми чешуйками серебристо-белого цвета, которые легко отпадают при поскабливании и даже при снятии одежды. В дальнейшем в плате продолжающегося периферического роста и слияния соседних папул происходит формирование бляшек, размеры которых могут быть с ладонь взрослого человека и больше. Псориатическая сыпь, как правило, состоит из различных по величине элементов, которые могут располагаться по всему кожному покрову.

Излюбленная локализация псориатических высыпанй - разгибательные поверхности верхних и нижних конечностей (особенно локти и колени), волосистая часть головы, область поясницы.

В *течении псориаза* выделяют три стадии:

1. прогрессирующую,
2. стационарную
3. регрессирующую.

Для *прогрессирующей стадии псориаза* характерны появление свежих точечных высыпаний, продолжающийся рост уже имевшихся папул и бляшек. Окраска элементов

яркая, шелушение особенно выражено в центральной части, а по периферии имеется гиперемическая кайма - венчик роста (ободок Пильнова). Часто новые элементы возникают на местах мелких травм, расчесов - положительная изоморфная реакция (феномен Кебнера).

В *стационарной стадии псориаза* прекращаются появление новых элементов и рост старых, окраска их приобретает выраженный синюшный оттенок, шелушение распространяется на всю поверхность элементов, а по периферии после остановки роста папул появляется "псевдоатрофический ободок" Воронова.

Регрессирующая стадия псориаза характеризуется постепенным исчезновением клинических симптомов начиная с центра элементов по направлению к их периферии: сначала исчезает шелушение, затем нормализуется окраска, а потом рассасывается инфильтрат, часто оставляя временную гипопигментацию (псориа-тическая лейкодерма).

Для высыпаний псориаза характерны следующие диагностические феномены - *псориатическая триада*:

1. *феномен стеаринового пятна:* усиление "шелушения при поскабливании даже гладких папул, при этом появляется некоторое сходство со стеариновым пятном;
2. *феномен псориатической пленки;* после полного удаления чешуек дальнейшим поскабливанием отслаивается тончайшая нежная просвечивающая пленка, покрывающая весь элемент;
3. *феномен кровяной росы Полотебнова* (феномен Ауспитца): при дальнейшем поскабливании после отторжения терминальной пленки на обнажившейся влажной поверхности возникает точечное (капельное) кровотечение.

Субъективные ощущения при псориазе, как правило, отсутствуют или бывают выражены в незначительной степени (зуд - в прогрессирующей стадии).

Псориаз экссудативный нередко развивается у больных с ожирением, сахарным диабетом или гипофункцией щитовидной железы. Характерно наличие на псориатических высыпаниях серовато-желтых рыхлых чешуйко-корок, образующихся в результате пропитывания чешуек экссудатом. В крупных складках поверхность псориатических элементов резко гиперемирована, иногда определяется мокнутие. Субъективно часто отмечаются зуд и жжение.

Псориаз себорейный отличается излюбленной локализацией на себорейных участках. Так, на волосистой части головы имеется большое количество перхоти, маскирующее основную псориатическую сыпь, которая в ряде случаев может переходить с волосистой части головы на кожу лба в виде короны ("псориатическая корона").

Псориаз ладоней и подошв чаще встречается у лиц 30-50 лет, занимающихся физическим трудом. Нередко при этой разновидности заболевания встречаются типичные псориатические высыпания на других участках кожного покрова.

Псориаз пустулезный проявляется поверхностными гнойничковыми элементами типа импетиго.

Выделяют следующие клинические формы: **псориаз пустулезный Цумбуша**, который подразделяется в свою очередь на первичный (идиопатичсский), имеющий тяжелое течение, вторичный, с доброкачественным течением.

При идиопатической разновидности пустулёзного псориаза первичным элементом является пузырек, который быстро трансформируется в пустулу, вскрывается и засыхает в корку. Впоследствии на этих местах могут появиться типичные псориатические высыпания.

При доброкачественном течении пустулезного псориаза гнойничковые высыпания появляются на типичных псориатических бляшках, как правило, в результате воздействия раздражающих медикаментов.

Псориаз пустулезный Барбера ограничивается ладонями и подошвами. При этом на других участках кожи могут располагаться типичные псориатические элементы. На гиперемированных инфильтрированных участках кожи появляются внутриэпидермальные мелкие пустулы, некоторые из которых сливаются, образуя "гнойные озёра". Такие поверхностные пустулы не вскрываются, а подсыхают в коричневые корочки. Процесс отличается симметричностью и частым поражением ногтевых пластинок.

Ряд авторов относят также к пустулезному псориазу акродерматит пустулезный стойкий Аллопо и бактерид пустулезный Эндрюса.

Псориаз ногтей проявляется в трех формах.

1. Наиболее часто встречаются изменения поверхности ногтя *по типу наперстка*: на ногтевой пластинке появляются точечные углубления, нередко располагающиеся рядами.
2. Вторая форма - *пятнистая*: под ногтевой пластинкой появляются небольшие, несколько миллиметров в диаметре, красноватые пятна, чаще располагающиеся вблизи околоногтевых валиков или лунки.
3. *Псориатический онихогрифоз* - третья форма псориаза ногтей.

Выделяют также:

- псориаз рупиоидный,
- псориаз экзематоидный,
- псориаз бородавчатый и папилломатозиый,
- псориаз фолликулярный,
- псориаз слизистой оболочки

Эритродермия псориатическая чаще возникает в результате обострения уже существующего псориаза под влиянием различных раздражающих факторов, но может начаться и первично у здорового до этого человека. Эритродермия распространяется на весь или почти весь (частичная эритродермия) кожный покров. Кожа становится ярко-красной, покрыта большим количеством крупных и мелких сухих белых чешуек, которые на ней едва держатся и отпадают даже при снятии одежды. Кожа инфильтрирована, отечна, трячая на ощупь, местами лихенифицирована. Беспокоят зуд и жжение различной интенсивности, чувство стягивания кожи.

Эритродермия, особенно на начальных этапах, нарушает общее состояние больного. При длительном существований подобного состояния могут выпадать волосы и ногти.

Псориаз артропатический - одна из тяжелых форм псориаза. Поражение суставов при псориазе может иметь различные формы: от легких артралгий без анатомических изменений в суставном аппарате до тяжелых, деформирующих, завершающихся

анкилозами. Псориатический артрит чаще возникает параллельное кожными высыпаниями или несколько позже, но может также задолго предшествовать кожным изменениям.

Поражение обычно начинается с дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, постепенно в процесс вовлекаются средние и крупные сочленения, включая позвоночник, с развитием анкилозирующего сиондилоартрита.

К рентгенологическим признакам артропатического псориаза относятся остеопороз, равномерное сужение суставных щелей, очаги деструкции. Нередко процесс приводит к инвалидизации больного.

Псориатическая болезнь, помимо кожных высыпаний, может проявляться вегетодистоническими и нейроэндокринными расстройствами, лихорадочным синдромом, лимфаденопатией, прогрессирующим астеническим состоянием вплоть до кахексии, миалгиями, атрофией мышц кистей, предплечий, голеней, недостаточностью функции печени, почек, иммунодефицитными состояниями, сердечно-сосудистой патологией. В прогрессирующей стадии висцеральные нарушения обычно более выражены.

Течение псориаза характеризуется сезонностью. Наиболее часто встречается "зимняя" форма псориаза с обострениями в холодное время года, редко наблюдается "летняя" форма. В настоящее время все чаще диагностируют так называемые "смешанные" формы, рецидивирующие в любое время года.

Псориаз может начаться почти незаметно для больного с появления нескольких папул, которые затем постепенно увеличиваются в размерах и количестве. В других случаях сыпь появляется быстро и рассеивается по всему кожному покрову. У отдельных больных могут существовать лишь "дежурные элементы" с излюбленной локализацией на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов или волосистой части головы.

Диагноз псориаза основывается на клинических данных, существенную роль среди которых играют диагностические феномены (псориатическая триада). При атипичной клинической картине проводят патогистологическое исследование.

Дифференциальный диагноз проводят с:

- папулезным сифилидом,
- красным плоским лишаем,
- себорейной экземой,
- атопическим дерматитом,
- розовым лишаем,
- парапсориазом.

Лечение псориаза должно быть комплексным. Оно включает общую и местную терапию, физиотерапию, соблюдение режима и диеты. Необходимо учитывать стадию процесса, клиническую разновидность, сезонность.

Общее лечение:

- седативные препараты,
- антигистаминные,

- диуретики (при экссудативной разновидности псориаза),
- нестероидные противовоспалительные средства (при артропатическом псориазе),
- иммуномодуляторы
- пирогенные препараты.
- Ароматические ретиноиды (тигазон, неотигазон) назначают при тяжелых формах псориаза (эритродермический вариант, пустулезный псориаз, псориаз ногтей и др.) в дозе 0,5-1 мг/кг сроком от 1 месяца с очень хорошим эффектом.
- Использование системной коркостероидной терапии при псориазе целесообразно лишь при эритродермии, "псориатических кризах". Наиболее эффективно применение препаратов пролонгированного действия (дипроспан), а также внутривенное введение кортикостероидов непосредственно вслед за сеансом плазмафереза. При артропатическом псориазе используют внутрисуставное введение кеналога, дипроспана.
- При тяжелых упорных формах заболевания эффективны цитостатики:
    - метотрексат (по 25-50 мг внутримышечно 1 раз в неделю),
    - сандимун (циклоспорин А; в дозах от 0,5 до 5 мг/кг в день в течение 3-12 мес).
- Экстракорпоральные методы лечения (гемосорбция, плазмаферез) особенно эффективны при экссудативном псориазе, эритродермии.
- Широко применяются физиотерапевтические методы лечения:
    - УФ-облучение,
    - парафиновые аппликации,
    - ПУВА-терапия,
    - а также сочетание ее с ароматическими ретиноидами (реПУВА) и цитостатиками (меПУВА).

Местно для лечения псориаза применяют:

- противовоспалительные (при прогрессировании процесса),
- кератолитические (в стационарной стадии)
    - 1-2% салициловый крем или мазь,
    - 1% серно-салициловая мазь (при локализации поражения на коже волосистой части головы).
    - Увеличение концентрации салициловой кислоты до 2-5% оказывает выраженный кератолитический эффект
- редуцирующие (в регрессивной стадии) средства. Редуцирующие препараты начинают использовать с небольших концентраций, постепенно увеличивая концентрацию действующего вещества.
    - 2-5% серно-дегтярная мазь,
    - 5% ихтиоловая,
    - 5-10% нафталановая
- На всех стадиях заболевания возможно применение кортикостероидных мазей, кремов.
- «Цигнодерм» - мазь, содержащая 0,1%, 0,5%, 1% и 2% дитранола, снижающего активность клеточного деления;
- аэрозоль и шампунь «Скин-кап»,
- шампуни серии «Фридерм» («Деготь», «Цинк», «pH-баланс»).
- Перспективным высокоэффективным препаратом является кальципотриол («Дайвонекс»), модулирующий пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов через внутриклеточные рецепторы, специфические для витамина D.
- Широко используется санаторно-курортное лечение
    - сульфидные

    - родоновые источники.
- Существенное значение имеет правильный режим.

Профилактическое лечение псориаза включает

- седативную терапию,
- витаминотерапию,
- коррекцию имеющихся соматических и нервно-психических заболеваний,
- физиотерапевтические процедуры,
- повторные курсы санаторно-курортного лечения и др.

Рациональное, нераздражающее местное лечение в прогрессирующей стадии заболевания является профилактикой псориатической эритродермии. Необходимо диспансерное наблюдение за всеми больными псориазом.