

Карагандинский государственный медицинский университет  
Курс дерматовенерологии

СРС

На тему: Псориаз: алгоритм диагностики в  
условиях СВА.

Выполнил: врач-интерн 733 группы специальности  
«Лечебное дело»  
Кабидоллаулы Е

КАРАГАНДА 2012

# План

- Псориаз
- Клиническая классификация
- Клиническая картина
- Градация псориаза по степени тяжести
- Этиология и патогенез псориаза
- Диагностика псориаза
- Лечение

- Псориаз — хроническое неинфекционное заболевание, дерматоз, поражающий в основном кожу. В настоящее время предполагается аутоиммунная природа этого заболевания. Обычно псориаз вызывает образование чрезмерно сухих, красных, приподнятых над поверхностью кожи пятен.

- Вызванные псориазом пятна называются псориатическими бляшками. Эти пятна являются по своей природе участками хронического воспаления и избыточной пролиферации лимфоцитов, макрофагов и кератиноцитов кожи, а также избыточного ангиогенеза (образования новых мелких капилляров) в подлежащем слое кожи.



# Клиническая классификация

- Непустулёзный псориаз
- Обыкновенный, или вульгарный, простой псориаз (хронический стабильный псориаз, бляшковидный псориаз);
- Псориатическая эритродермия (Эритродермический псориаз);
- Пустулёзный псориаз
- Генерализованный пустулёзный псориаз (Пустулёзный псориаз фон Цумбуша);
- Пальмоплантарный псориаз (хронический персистирующий пальмоплантарный пустулёз, пустулёзный псориаз Барбера, пустулёзный псориаз конечностей);

# Вульгарный псориаз



# Псориазическая эритродермия



- Аннулярный пустулёзный псориаз, или аннулярный пустулёз;
- Хронический персистирующий акродерматит (ладонно-подошвенный псориаз, псориаз ладоней и подошв);
- Герпетиформное псориатическое импетиго.
- Выделяемые рядом авторов дополнительные формы или типы псориаза включают:
  - Лекарственно-индуцированный псориаз;
  - Псориаз сгибательных поверхностей и кожных складок, или «обратный псориаз»;
  - Псориаз Напкина;
  - Себорейноподобный (себореиформный) псориаз.



# Ладонно-подошвенный псориаз





# Пустулезный псориаз.



# Псориазический артрит.



# Клиническая картина

Избыточная пролиферация кератиноцитов в псориатических бляшках и инфильтрация кожи лимфоцитами и макрофагами быстро приводит к утолщению кожи в местах поражения, её приподнятию над поверхностью здоровой кожи и к формированию характерных бледных, серых или серебристых пятен, напоминающих застывший воск или парафин («парафиновые озёрца»). Псориатические бляшки чаще всего впервые появляются на подвергающихся трению и давлению местах — поверхностях локтевых и коленных сгибов, на ягодицах. Однако псориатические бляшки могут возникать и располагаться в любом месте кожи, включая кожу волосистой части головы (скальпа), ладонную поверхность кистей, подошвенную поверхность стоп, наружные половые органы. В противоположность высыпаниям при экземе, чаще поражающим внутреннюю сгибательную поверхность коленного и локтевого суставов, псориатические бляшки чаще располагаются на внешней, разгибательной поверхности суставов.

# Симптомы псориаза



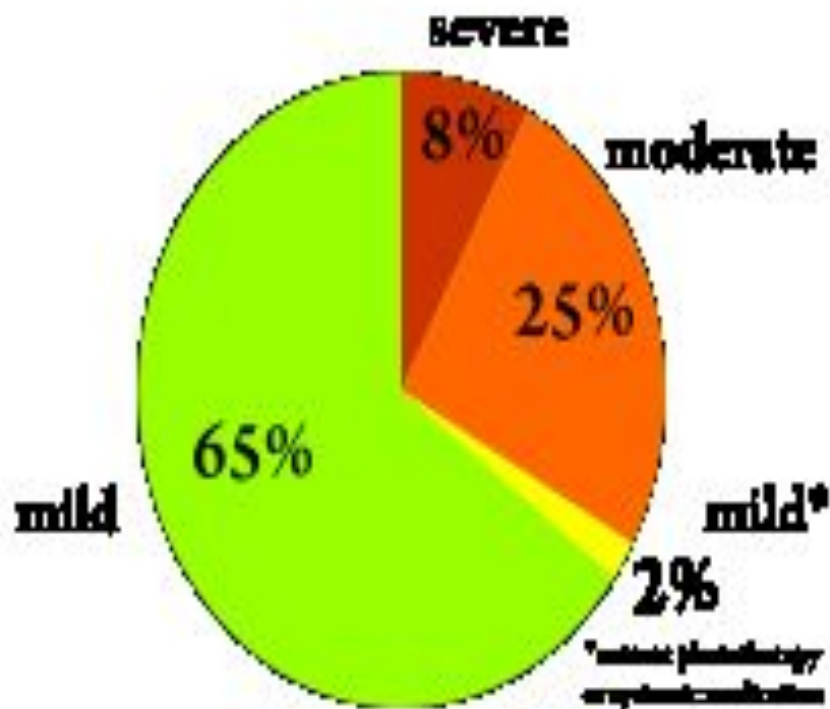


# Градация псориаза по степени тяжести

Псориаз обычно классифицируют по степени тяжести на лёгкий (с поражением менее 3 % поверхности кожи), средней тяжести (с поражением от 3 до 10 процентов поверхности кожи) и тяжёлый (с вовлечением более 10 процентов поверхности кожи). Псориатическое поражение суставов расценивается как тяжёлая форма псориаза, вне зависимости от площади поражения кожи. Существует несколько шкал для оценки степени тяжести псориаза. Оценка степени тяжести заболевания в целом базируется на оценке следующих факторов: площадь поражения (процент поверхности тела, вовлечённый в процесс), степень активности заболевания (степень красноты, отечности, гиперемии псориатических бляшек или пустул, степень выраженности кожного зуда, степень утолщения кожи, степень шелушения, наличие кровоточивости или экссудации, вторичного инфицирования бляшек, степень припухлости и болезненности суставов), наличие общих симптомов активности процесса (таких, как повышенная утомляемость, повышенная СОЭ, повышенный уровень мочевой кислоты в анализах крови и т. п.), ответ больного на предшествующие попытки лечения, влияние заболевания на общее состояние и повседневную жизнь больного, на его социальное функционирование.



## Distribution of psoriasis severity



Source: National Psoriasis Foundation (median sample of 2731 adults with psoriasis)

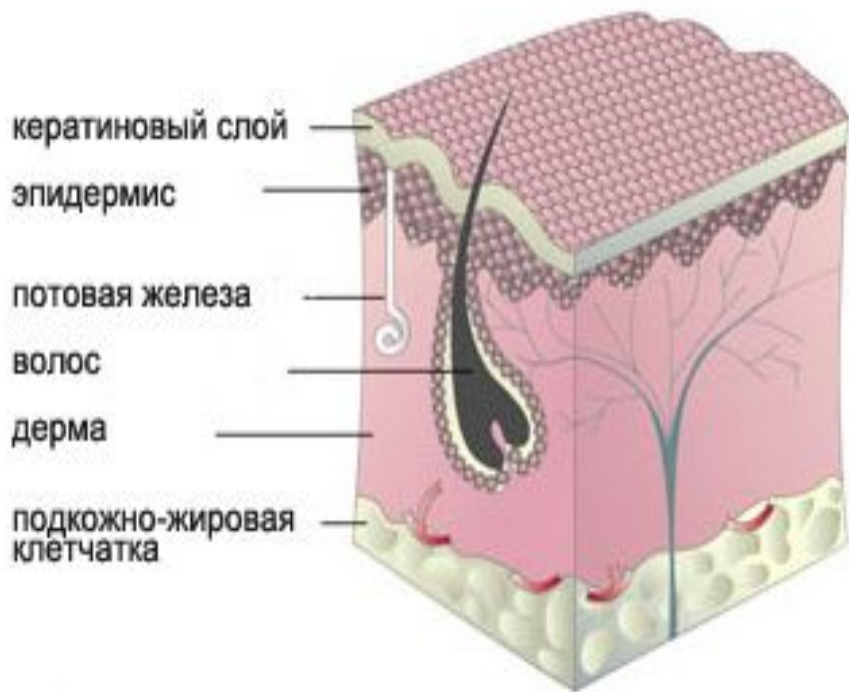
Круговая диаграмма,  
показывающая  
процентное  
распределение больных с  
разной степенью тяжести  
псориаза

# Этиология и патогенез псориаза

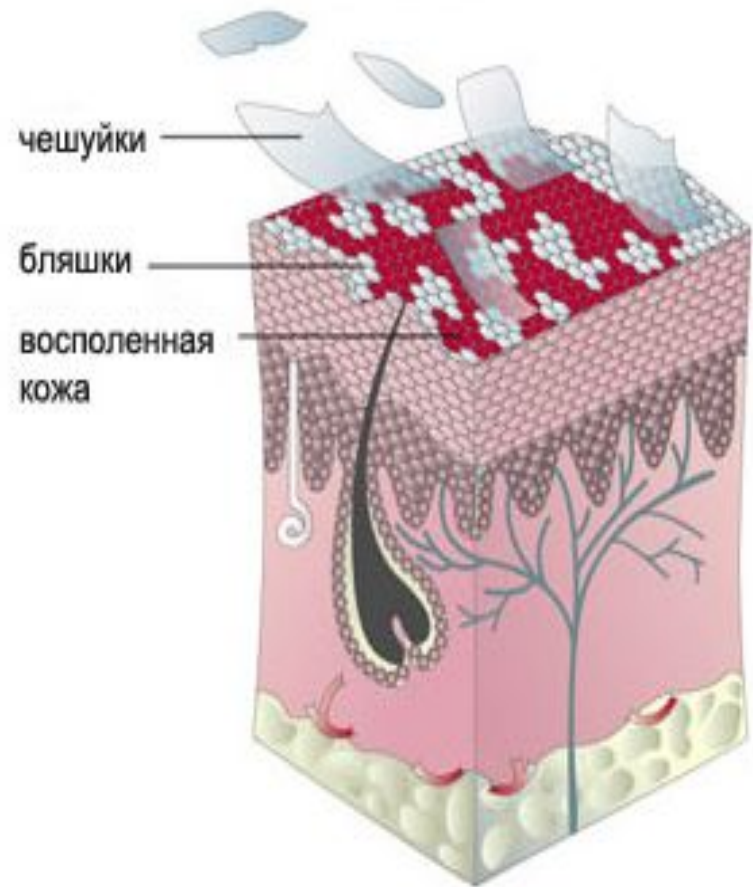
Этиология и патогенез псориаза в настоящее время окончательно ещё не выяснены. На данный момент существуют две основные гипотезы относительно характера процесса, который приводит к развитию этого заболевания. Согласно первой гипотезе, псориаз является первичным заболеванием кожи, при котором нарушается нормальный процесс созревания и дифференцировки клеток кожи, и наблюдается избыточный рост и размножение (пролиферация) ЭТИХ КЛЕТОК

- Генетические факторы
- Иммунопатологические факторы
- Эндокринные и метаболические факторы

## Здоровая кожа



## Псориаз



# Диагностика псориаза

Диагноз псориаза обычно несложен и основывается на характерном внешнем виде кожи. Не существует каких-либо специфичных для псориаза диагностических процедур или анализов крови. Тем не менее, при активном, прогрессирующем псориазе или тяжёлом его течении могут быть обнаружены отклонения в анализах крови, подтверждающие наличие активного воспалительного, аутоиммунного, ревматического процесса (повышение титров ревматоидного фактора, белков острой фазы, лейкоцитоз, повышенная СОЭ и т. п.), а также эндокринные и биохимические нарушения. Иногда бывает необходима биопсия кожи для исключения других заболеваний кожи и гистологического подтверждения (верификации) диагноза псориаза.

При биопсии кожи больного псориазом обнаруживаются скопления так называемых телец Рете, утолщение слоя кератиноцитов, их гистологическая незрелость, массивная инфильтрация кожи Т-лимфоцитами, макрофагами и дендритными клетками, признаки повышенной пролиферации кератиноцитов и иммунокомпетентных клеток, ускоренный ангиогенез в слое кожи под бляшками. Другим характерным признаком псориаза являются точечные кровоизлияния и легкость возникновения кровотечения из кожи под бляшкой при её соскабливании, что связано как с ускорением ангиогенеза, так и с патологически повышенной проницаемостью и ломкостью сосудов кожи в местах поражения (симптом Аушпицца).

# Лечение

- Диета с ограничением животных жиров и углеводов, исключение острых блюд, алкоголя. В прогрессирующей стадии псориаза — антигистаминные (супрастин, тавегил, фенкарол) и гипосенсибилизирующие препараты (глюконат и хлорид кальция, гипосульфит натрия, сульфат магния в инъекциях), витамины (В6, В12, А, С), кокарбоксилаза, седативная терапия (препараты брома, валерианы, элениум и др.). Наружно - крем Унны, 2% салициловая мазь, на отдельные участки - «Флуцинар», «Фторокорт», «Лоринден-А» и другие кортикостероидные мази. В стационарной стадии, особенно при торпидном течении, показаны аутогемотерапия, пирогенал, инъекции стафилококкового анатоксина или антифагина (при наличии очагов хронической инфекции), ультрафиолетовое облучение.

- Наружно: кератопластические мази: 5-10% ихтиоловая, 2-5% серно-дегтярная, 10-20% нафталановая с добавлением кортикостероидов. Показано курортное лечение - сероводородные и радоновые источники (Мацеста, Цхалтубо и др.), солнечные ванны и морские купания. При тяжелых формах псориаза применяют кортикостероидные гормоны внутрь, цитотоксические иммунодепрессанты (биосупрессин, метотрексат и др.). В последние годы для лечения псориаза широко используют фотохимиотерапию, гемосорбцию, плазмаферез.



# Литература

- Псориаз: В. К. Сливин — Санкт-Петербург, Феникс, 2006 г.- 96 с.
- Псориаз: В. П. Адаскевич, Н. П. Базеко — Москва, Медицинская литература, 2007
- Псориаз. Лучшие методы лечения: Е. М. Савельева — Санкт-Петербург, Вектор, 2008 г.- 128 с.
- Псориаз. Современный взгляд на лечение и профилактику: М. М. Бубличенко — Москва, ИГ "Весь", 2008 г.- 160 с.