

* Псориаз

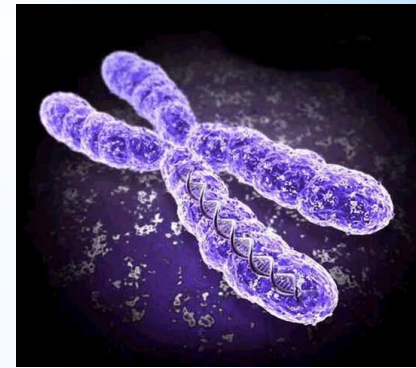


* **Псориаз** - хроническое заболевание кожи, характеризуется мономорфной сыпью, состоящей из плоских папул имеющих тенденцию к слиянию в крупные бляшки красно-розового цвета, быстро покрывающиеся рыхлыми серебристо-белыми чешуйками.



* Этиология

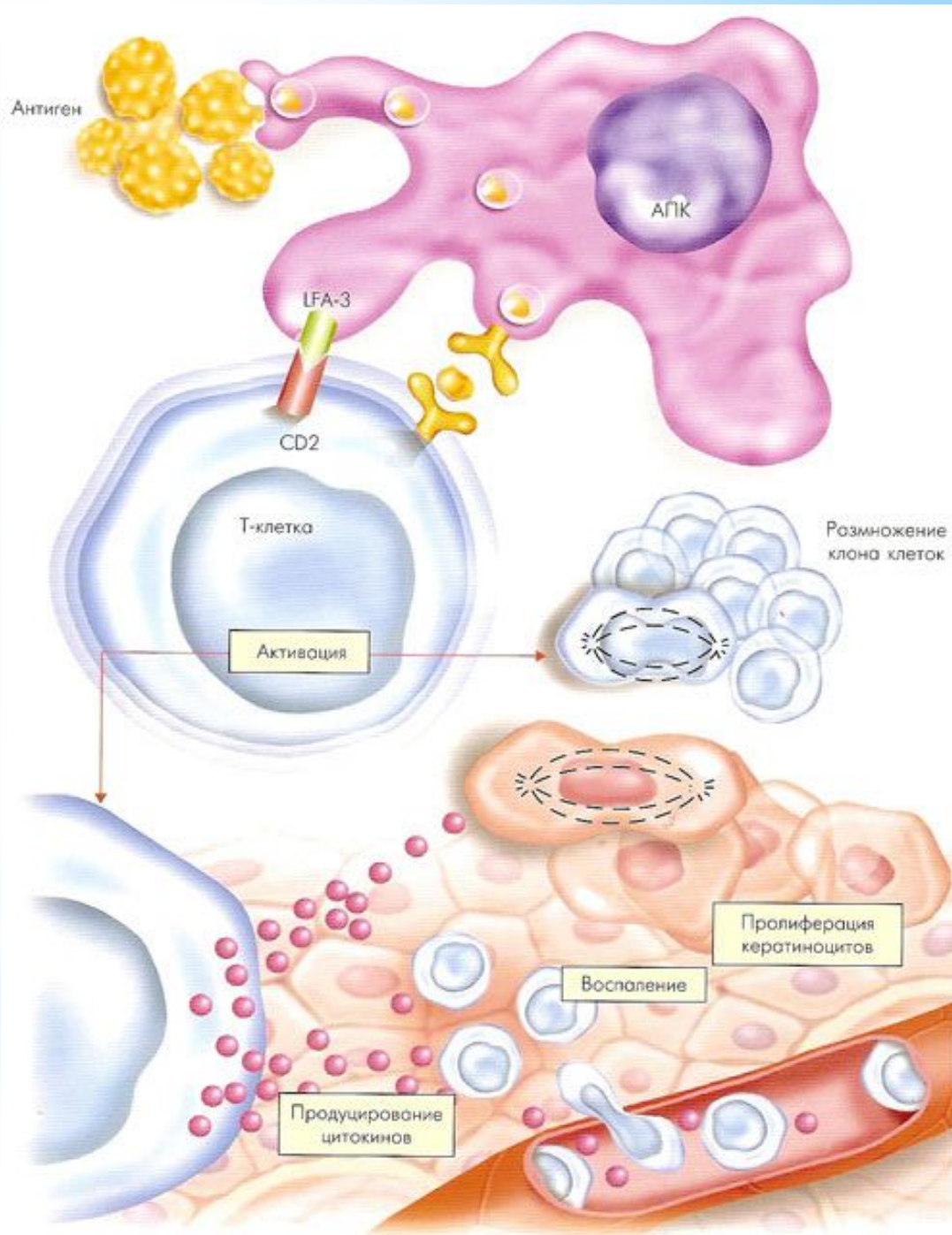
- * Вирусная теория
- * Нейрогенная теория
- * Гипотезы врожденной нестабильности лизосом и дефектов капилляров кожи, нарушение обмена липидов
- * Генетическая теория - ведущую роль играет наследственный фактор, у родственников пациентов, а также у монозиготных близнецов со степенью конкордантности более 60% наблюдается более высокая частота возникновения этого заболевания. Однако описано много случаев, при которых не наблюдалось семейной заболеваемости, что может свидетельствовать в пользу возникновения спонтанных мутаций.



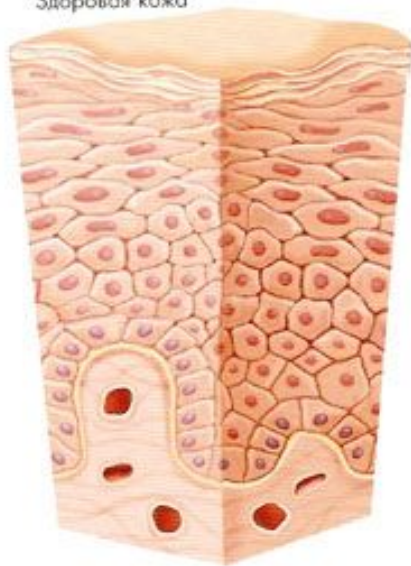
* Патогенез

* В настоящее время имеются все основания для того, чтобы предполагать, что иммунная система задействована как в патогенезе возникновения псориаза, так и в поддержании активности процесса. Так, в возникновении и развитии данного заболевания активное участие принимают CD8- и CD4-лимфоциты, дендриты, моноциты, макрофаги, а также NK-клетки. Кератиноциты являются клетками, реагирующими на лейкоцитарную инфильтрацию и на действие цитокинов.

* Кроме того, псориаз может представлять собой форму Т-клеточноопосредованного аутоиммунного заболевания, генез которого сходен с генезом сахарного диабета или рассеянного склероза, когда происходит антигенспецифическая активация и пролиферация CD4- и CD8-Т-лимфоцитов.



Здоровая кожа

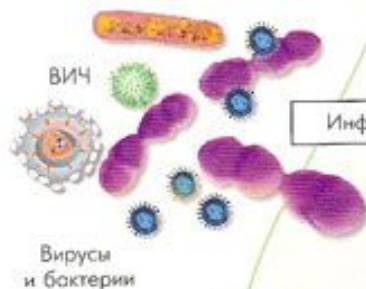


Холод

Травмы



Инфекции



Вirusы и бактерии

Стресс

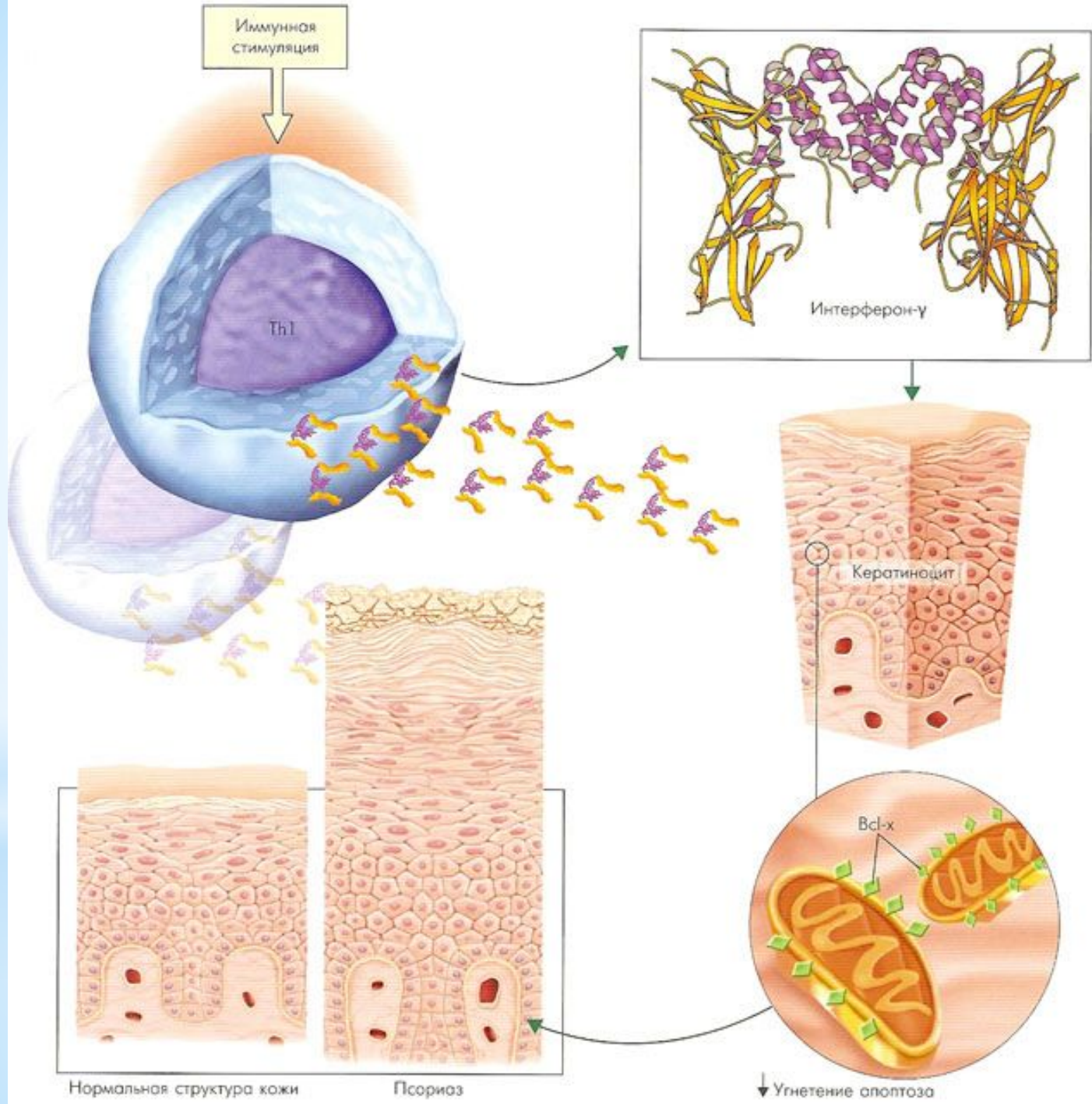


Псориаз



Определенные факторы окружающей среды (климат, травмы, инфекции, эмоциональный стресс и др.) могут способствовать как возникновению первичной заболеваемости, так и развитию обострений псориаза или ухудшению клинического течения заболевания

- * Доказано влияние цитокинов на развитие псориатического процесса. Цитокины Th 1-клеток являются провоспалительными, тогда как их аналоги, вырабатываемые Th2-клетками, напротив, обладают противовоспалительной активностью. При анализе строения T-клеток, полученных из псориатических бляшек, отмечается повышенная экспрессия рецептора к ИЛ-2, цитокину Th1-клеток ; и наоборот, содержание Th2-цитокинов, в частности ИЛ-10, существенно снижено.
- * Ряд исследований показал, что благодаря этому также увеличиваются концентрации гамма-интерферона, стимулирующего синтез Vcl-x - белка, обладающего свойством ингибировать апоптоз кератиноцитов и индуцировать высвобождение огромного количества других воспалительных цитокинов, включая **фактор некроза опухолей (ФНО-α)**, который обнаруживается в высоких концентрациях в псориатических бляшках и синовиальной жидкости у пациентов с явлениями псориатического артрита.



* Клиника

- * Обыкновенный псориаз
- * Экссудативный псориаз
- * Себорейный псориаз
- * Ладонно-подошвенный псориаз
- * Пустулезный псориаз
- * Артропатический псориаз
- * Псориатическая эритродермия

* Вульгарный псориаз

- * обычно проявляется папулами разного размера красного цвета, возвышающимися над поверхностью кожи, с большим количеством серебристо белых чешуек. Кожное поражение располагается чаще над локтевыми, коленными суставами. Субъективные ощущения либо отсутствуют, либо отмечается незначительный зуд.



* Псориазная триада

1. Феномен «стеаринового пятна»
усиление шелушения при поскабливании
2. Феномен псориазной пленки
3. Феномен кровавой росы

* Стадии развития

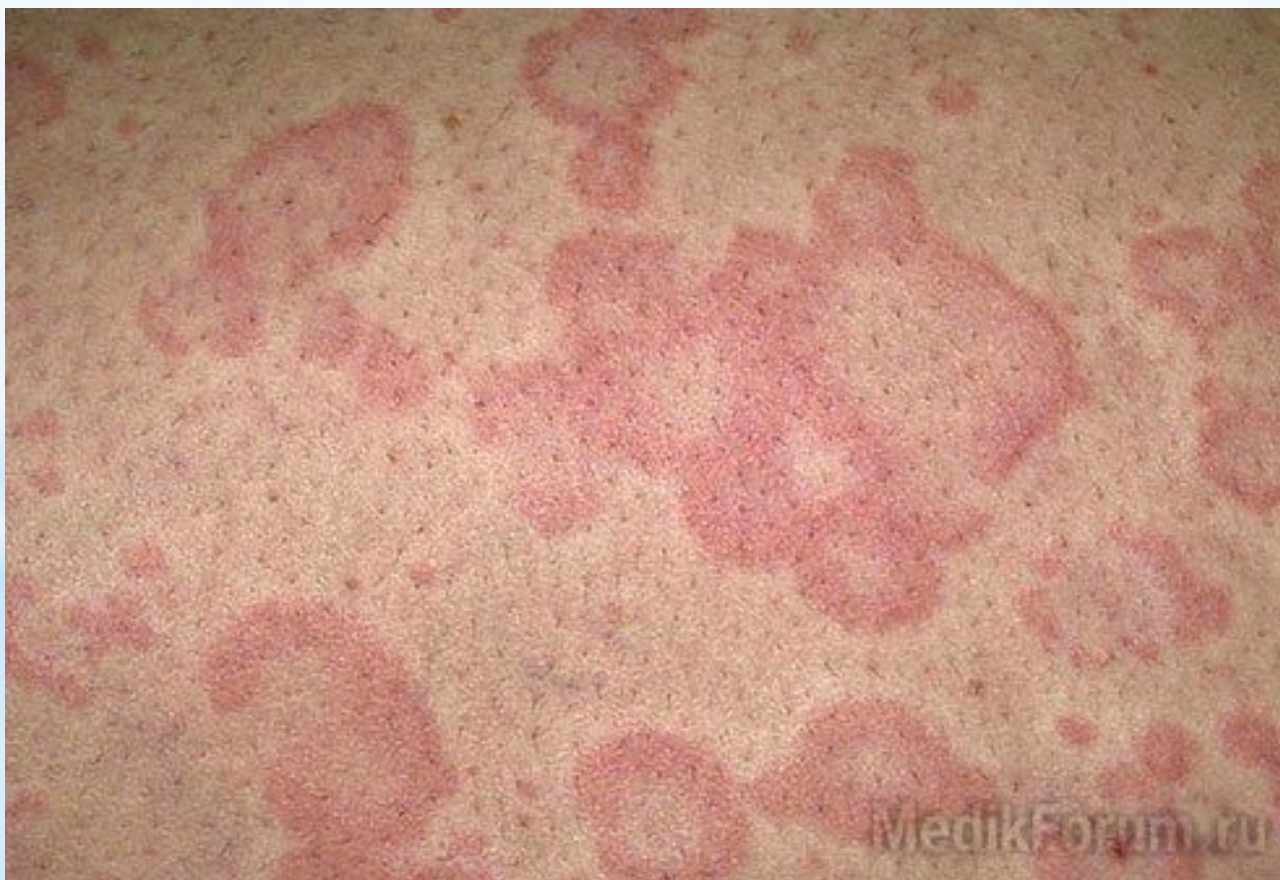
1. Прогрессирующая - появление свежих милиарных высыпаний, продолжающийся рост папул выраженное шелушение в центральной части папул. Гиперемическая кайма.



**2. Стационарная стадия - прекращается
появление новых элементов, и рост старых.
Уменьшается шелушение.**



3. Регрессирующая стадия - постепенное исчезновение клинических симптомов, рассасывание папул начиная с центра. Временная гипопигментация (псевдолейкодерма)





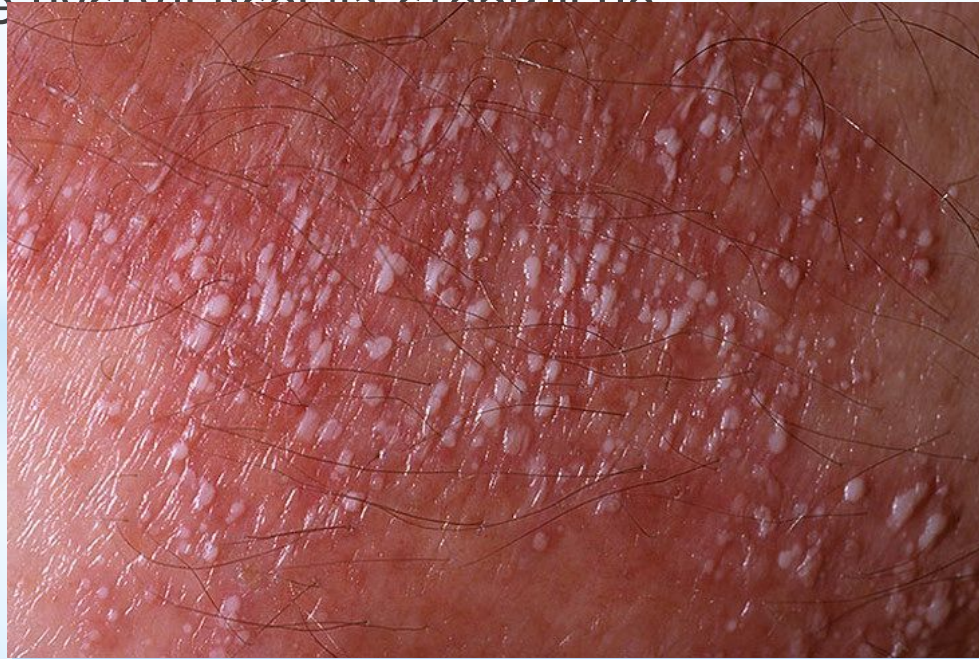
* Экссудативный псориаз

- * Вследствие проникновения на поверхность папул экссудата, теряется характерный серебристо-белый вид чешуек. Они превращаются в серовато-желтоватые, рыхлые плотные корко-чешуйки, которые крепятся к значительно возвышающимся псориатическим очагам ярко-красного цвета. При удалении корко-чешуек обнажается мокнущая, иногда кровоточащая поверхность. Высыпания сопровождаются интенсивным зудом.



* Пустулезный псориаз

- * Различают две формы пустулезного псориаза: генерализованный (Zumbusch, 1910) и пустулезный псориаз ладоней и подошв (Barber, 1930)
- * На гиперемизированных участках кожи возникают поверхностные пустулы величиной с булавочную головку. Пустулы окаймлены ярко-красным, резко очерченным венчиком. Некоторые из них сливаются, образуя «гнойные озера.» Не вскрываясь или иногда вскрываясь, пустулы сохнут с образованием коричневато-желтоватых корок. Содержимое пустул всегда стерильно.





* Себорейный псориаз

- * Локализуется на себорейных участках - волосистой части головы, носогубные, носощечные складки, в области груди, между лопаток. Сопровождается большим количеством перхоти. Сыпь может переходить с волосистой части головы на область лба («псориатическая корона»)



* Псориаз ладоней и подошв

- * Характеризуется поражением чаще только ладонных и подошвенных поверхностей. При этом, кроме обычных псориатических элементов, как правило, обнаруживаются массивные роговые наслоения, значительно снижающие эластичность кожи на этих участках и способствующие развитию глубоких, болезненных трещин. Часто поражены ногти.

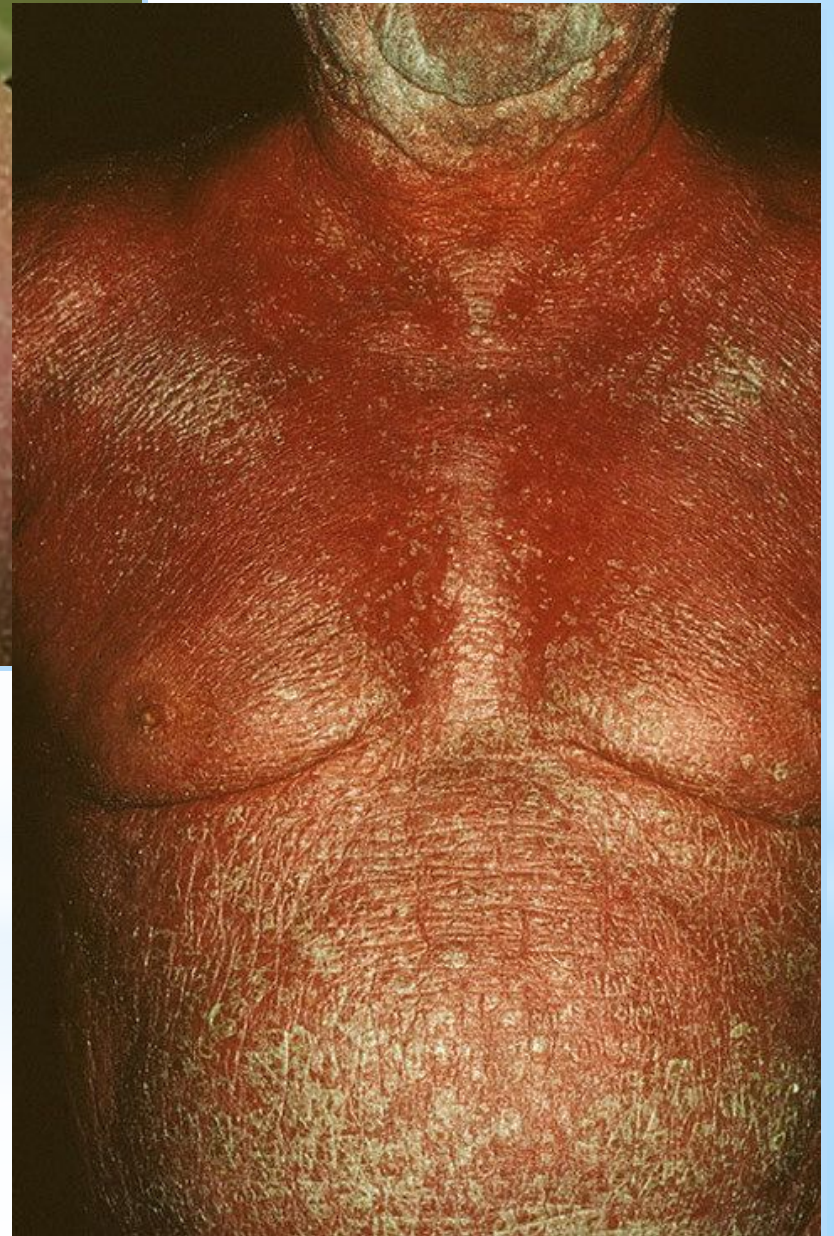




* Псориазическая эритродермия

это тяжелая клиническая форма псориаза, при которой в процесс вовлекается весь кожный покров, включая волосистую часть головы, лицо, туловище, верхние и нижние конечности. Кожа при этом ярко-красного цвета, отечная, горячая на ощупь, покрыта крупными и мелкими белыми чешуйками. Общее состояние больных значительно нарушено, температура повышается до 38-39С, беспокоят ознобы, увеличиваются некоторые группы лимфатических узлов. Больные испытывают различной степени выраженности зуд и жжение, жалуются на чувство стягивания кожи, болезненность.





* Артропатический псориаз

- * является одной из наиболее тяжелых форм псориаза, часто приводящих к инвалидизации. Лечение псориатического артрита достаточно сложно. Частота поражения суставов при псориазе составляет, по данным разных авторов, от 15 до 42%. Поражение суставов может развиваться у больных с уже существующим поражением кожи, одновременно с псориатическими проявлениями на коже или предшествовать им. В дальнейшем, как правило, наблюдается синхронность в развитии обострений псориатического поражения кожи и псориатического артрита.
- * Процесс чаще начинается в мелких (дистальных межфаланговых) суставах кистей и стоп с последующим поражением любых других суставов (чаще — коленных, голеностопных), но строгой закономерности в последовательности развития артрита нет.

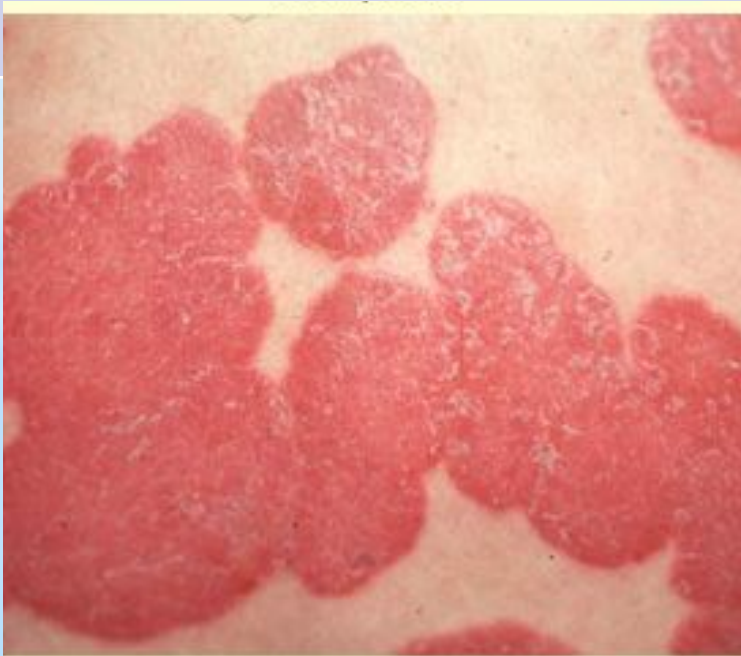


* Дифференциальная диагностика



Псориаз

- Преимущественная локализация на разгибательных поверхностях крупных сусавов
- Папулы имеют округлые очертания
- Псориатическая триада
- Красно-розовый цвет
- Не поражает слизистые



Красный плоский лишай

- Преимущественная локализация на сгибательных поверхностях крупных сусавов
- Полигональная форма папул
- Восковидный блеск папул, пупкообразное вдавление в центре папул
- Фиолетово-красный цвет
- Поражение слизистых оболочек



Псориаз

- Милиарный характер сыпи
- Сравнительно длительное течение
- Псориатическая триада

Розовый лишай

- Наличие материнской бляшки
- Не возникает обычно на волосистой части головы, лице, кистях и стопах
- Сравнительно быстрый регресс высыпаний
- Отсутствие псориатической триады



* Лечение

- * Ученые всего мира многие десятилетия работают над средствами лечения псориаза, однако на сегодняшний день лекарства, которое бы полностью излечило от заболевания. Можно лишь его блокировать.
- * Не всегда немедленная терапия хороша. Лечение в активных формах может вызвать сильное обострение и развитие заболевания, псориаз может расползтись по всему телу.

* Общая терапия:

- * Седативные
- * Антигистаминные - при зуде
- * Диуретики - при экссудативной форме
- * НПВП - при артропатической форме
- * Витамины

Системная кортикостероидная терапия показана при псориатической эритродермии, сопровождающейся лихорадкой.

* ПУВА-терапия

* ПУВА-терапия (или фотохимиотерапия) - метод лечения, основанный на применении длинноволновых ультрафиолетовых лучей (УФА, 320-400нм), в сочетании с фотосенсибилизатором - веществом усиливающие восприимчивость кожи к ультрафиолету. Механизм действия фотохимиотерапии основан на взаимодействии фотосенсибилизатора, активированного УФА-лучами, с ДНК клеток эпидермиса, что приводит к торможению избыточного деления клеток, наблюдаемого при псориазе. ПУВА-терапия обладает выраженным противозудным, противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектами.

* В настоящий момент в качестве фотосенсибилизаторов применяются оксаролен и аммифурин, который назначается как внутрь в виде таблеток, так и наружно (в виде раствора).

