

Тема: Псориаз

Псориаз (чешуйчатый лишай) - распространенное генетически детерминированное заболевание с хроническим рецидивирующим течением, характеризующееся усилением пролиферации кератиноцитов, нарушением процесса дифференцировки клеток эпидермиса, воспалительными изменениями в дерме.

Этиология и патогенез:

Причина заболевания неясна. Передача псориаза осуществляется по мультифакторному типу и зависит как от особенностей генной структуры больного, так и от влияния разнообразных факторов внешней среды. У большей части пациентов, заболевание у которых началось в детском возрасте, имеются родственники, больные псориазом. Выявлена связь кожных проявлений с антигенами гистосовместимости: HLA, B13 и B17, Bw57 и Cw6.

Основную роль в патогенезе псориаза играют гиперпролиферация и нарушение дифференцировки кератиноцитов. Одним из механизмов нарушения пролиферации эпидермиса при псориазе является выход клеток базального слоя из под влияния системы регуляции, контролирующей митоз. Причиной нарушения пролиферации и дифференцировки клеток эпидермиса может быть поломка регуляторной цепи адреналин-кейлон-В-рецепторы-аденилатциклаза-синтез цАМФ. провоцирующим фактором в возникновении псориаза являются: инфекционные болезни (стрептококковая инфекция чаще, реже - вирусная), обострение очагов хронической инфекции, стрессы и нервно-психическая травма и тд.

Клиническая картина:

Первичным морфологическим элементом при псориазе является четко отграниченная от здоровой кожи розовая или красная эпидермодермальна папула, покрытая рыхлыми серебристо-белыми чешуйками. Процесс начинается с появления милиарных папул, которые постепенно увеличиваются в размерах, превращаясь в лентикулярные и нумулярные. Папулы могут сливаться друг с другом и образовывать бляшки. Высыпания обычно располагаются симметрично, поражая любые участки кожного покрова, однако наиболее частой локализацией являются разгибательные поверхности конечностей и волосистая часть головы, особенно по краю роста волос — «псориатическая корона». Волосы при псориазе не изменяются и не выпадают. На разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов бляшки часто сохраняются в течение неопределенно длительного времени, даже после разрешения всей остальной сыпи («дежурные бляшки»). Гистологически при псориазе отмечается резкий межсосочковый акантоз в сочетании с

папилломатозом. Над вершинами сосочков дермы эпидермис истончен. Иногда он состоит из двух-трех слоев клеток. Типичен паракератоз, а в старых очагах — гиперкератоз.

Стадии псориаза

1) Прогрессирующая:

Характерно появление мелких папулезных высыпаний и периферический рост имеющихся папул. При этом чешуйки не достигают края папул, оставляя венчик гиперемии (зона периферического роста). Для этой стадии заболевания характерен положительный феномен Кебнера.

2) Стационарная:

Периферический рост высыпных элементов прекращается, папулы уплощаются и бледнеют. Вокруг папул и бляшек появляется нежный ободок шириной 2 — 3 мм цвета обычной кожи или бледнее с блестящей чуть складчатой поверхностью (псевдоатрофический ободок Воронова). Чешуйки полностью покрывают поверхность папул.

3) Регрессирующая:

Характеризуется уплощением папул, прекращением шелушения. Разрешение бляшек чаще происходит из центра к периферии, вследствие чего образуются кольца видные и гирляндоподобные очаги. Если процесс разрешается фрагментацией, формируются очаги причудливых очертаний. На месте бывших высыпаний остаются депигментированные или, реже, гиперпигментированные пятна. Если наряду с центральным разрешением бляшек происходит их периферический рост или появляется новая милиарная сыпь, говорят о прогрессировании процесса.

Клинические разновидности

1) Экссудативный псориаз. Эта разновидность заболевания обусловлена чрезмерной выраженностью экссудативного компонента воспалительной реакции в прогрессирующем периоде. Экссудат, проникая на поверхность папулы, пропитывает скопление чешуек, превращая их в плотные чешуекрышки. После удаления корок обнажается мокнущая, легко кровоточащая поверхность. Подсыхая и наслаиваясь друг на друга, чешуекрышки могут формировать массивный плотный конгломерат, напоминающий устричную раковину. Эта клиническая разновидность чаще встречается в детском возрасте и у женщин.

2) Интертригинозный псориаз (псориаз складок). Такая форма заболевания наблюдается главным образом в детском или пожилом

возрасте, особенно у лиц, страдающих ожирением или сахарным диабетом. Наиболее часто очаги располагаются в подмышечных впадинах, под молочными железами, за ушными раковинами, в паховых и межъягодичных складках. При этой форме шелушение, как правило, незначительное или отсутствует, границы очагов резко очерчены, их поверхность гладкая, насыщенного красного цвета, иногда слегка влажная, мацерирована, а в глубине складок могут возникать трещины.

3) Себорейный псориаз. Чаще эта форма псориаза появляется у больных себореей и локализуется в области волосистой части головы, носогубных складок, в заушных областях, на груди. Высыпания слабо инфильтрированы, их границы менее четкие, нежели при вульгарном псориазе. Цвет элементов желтоватый, чешуйки пропитаны кожным салом и плотно прилегают к поверхности бляшек. Псориатическая триада вызывается с трудом. Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом вызывает затруднения, поэтому для постановки правильного диагноза необходимо уточнить семейный анамнез.

4) Каплевидный псориаз. Заболевание характеризуется острым началом. Обычно оно связано с недавно перенесенной стрептококковой инфекцией в носоглотке. Внезапно на коже туловища и конечностей появляется обильная мономорфная мелкопапулезная сыпь, которая не увеличивается в размерах. Как правило, элементы не бывают крупнее лентикулярных, роговые чешуйки полностью покрывают поверхность папул. При своевременно начатом лечении довольно быстро наступает ремиссия.

5) Пятнистый псориаз. Заболевание проявляется слабо шелушащимися плоскими бляшками. Инфильтрация элементов практически отсутствует, поэтому они напоминают пятна. Диагноз устанавливают на основании выявления симптомов псориатической триады.

6) Ладонно-подошвенный псориаз. Заболевание либо сочетается с высыпаниями на других участках кожи, либо существует изолированно. Он может проявляться как типичными высыпаниями в виде папул и бляшек, так и массивными гиперкератотическими наслоениями наподобие мозолей. Встречается и тотальное поражение ладонных и подошвенных поверхностей с выраженной инфильтрацией, гиперкератозом и трещинами. Для всех разновидностей ладонно-подошвенного псориаза характерны четкие границы очагов поражения. Псориатическая триада обычно не вызывается из-за массивного гиперкератоза.

Диагностика

Диагноз псориаза основывается на изучении анамнеза жизни и болезни, обнаружении типичных папул и бляшек с характерной локализацией,

выявлении псориатической триады. При необходимости диагноз подтверждается гистологическим исследованием.

Дифференциальная диагностика

Псориаз дифференцируют с красным плоским лишаем, парапсориазом, розовым лишаем, папулезными сифилидами.

Лечение

При псориазе лечение проводится с учетом возраста ребенка, формы и стадии заболевания, общего состояния организма (очаги хронической инфекции, заболевания нервной системы, ЖКТ и гепатобиллиарной системы, нарушение обмена веществ, иммунной и других систем). Особенности патогенеза псориаза объясняют основные концепции его терапии.

Первая концепция:

- 1) Необходимо назначать щадящую молочно-растительную диету с ограничением соли, сахара, острых и пряных блюд. Следует соблюдать щадящий режим дня, ограждать ребенка от перегрузок в учебе и внешкольных занятиях.
- 2) Проводят санацию очагов хронической инфекции.
- 3) Назначают препараты кальция внутримышечно (10% раствор глюконата кальция) и 30 % раствор тиосульфата натрия внутривенно (10 инъекций на курс), гемодез внутривенно капельно по 200 — 300 мл до пяти вливаний на курс лечения.
- 4) Витамины + ангиопротекторы: на стадии обострения — аскорбиновую кислоту с рутином, высокие дозы цианкобаламина, пиридоксин, пентоксифиллин, а на стационарной и регрессивной стадиях — препараты никотиновой кислоты (теоникол, ксантинола никотинат).

Вторая концепция:

- 1) Иммуносупрессивная цитостатическая терапия (Метотрексат назначают либо один раз в неделю, либо по 36-часовой схеме — 3 раза через 12 ч).
- 2) селективный иммуносупрессивный препарат циклоспорин А (сандиммун, неорал). Доза препарата составляет 2 — 3 мг/кг, длительность курса лечения — 3 мес.
- 3) Ароматические ретиноиды (ацитретин и этретинат). Доза препарата составляет 0,50 — 0,75 мг/кг, длительность терапии зависит от

клинического эффекта и возникающих побочных явлений. У детей, больных псориазом, эту группу препаратов применяют редко.

Третья концепция:

1) Витамин D₃ — кальцитриол, применяемый в виде мази псоркутан (даивонекс).

2) Наружная терапия: На прогрессирующей стадии используют только слабые кератолитические и индифферентные средства: 2 % салициловую мазь, ланолиновый крем. Коротким курсом проводят противовоспалительную терапию кортикостероидными мазями (локоид, элоком, на волосистую часть головы — лосьон элоком С). На стационарной и регрессирующей стадиях наружное лечение может быть более активным — назначают кератопластические мази, содержащие 3 — 5 % нафталана и дегтя. Эти средства обладают противовоспалительным, рассасывающим и дезинфицирующим свойствами. При наличии у больного застарелых «дежурных» бляшек можно использовать дегтярную мазь и в более высокой концентрации (10-15%).

3) Физиотерапия: ультрафиолетовое облучение и электролечение