### Псориаз

Псориаз (чешуйчатый лишай) - один из наиболее распространенных хронических дерматозов, им страдает 1 - 3% населения всех возрастных групп. Удельный вес больных псориазом в общей структуре заболеваемости кожными болезнями составляет 2%–10%, а среди стационарных больных в кожных отделениях – от 6,5% до 22%. В последние 10 - 15 лет увеличивается число больных тяжелыми инвалидизирующими формами болезни, резистентными к терапии, дерматоз появляется в более молодом возрасте, увеличивается число тяжелых форм (псориатическая эксфолиативная эритродермия, псориатическая артропатия).   
Лечение псориаза - сложная терапевтическая проблема улучшения качества жизни больных.  Метод терапии зависит от клинических проявлений, наличия сопутствующей патологии, состояния организма, нервно-психического статуса, мотивации пациента.

##### Этиология и патогенез

Этиология и патогенез псориаза до настоящего времени полностью не раскрыты, изучению этих вопросов уделяется огромное внимание во всем мире.   
Ключевое патологическое явление при псориазе - эпидермальная гиперпролиферация, изучение ее пусковых механизмов является основополагающим моментом в понимании патогенеза и разработке методов терапии.   
Клеточным компонентом дермальных инфильтратов являются Т-лимфоциты, В-лимфоциты встречаются в виде единичных клеток в отдельных гистологических препаратах. Большая часть Т-лимфоцитов, инфильтрирующих дерму, относится к субпопуляции Т-хелперных клеток, в инфильтратах дермы обнаружены также клетки моноцитарно-макрофагального ряда и клетки Лангерганса.   
Результаты многочисленных исследований показали, что у больных псориазом имеются существенные функциональные нарушения центральной и периферической нервной системы, нарушения обмена веществ (азотистого, водно-солевого, углеводного, белкового, липидного ), нарушения функции печени и поджелудочной железы, снижение глюкокортикоидной функции коры надпочечников.   
В сосудах кожи больных псориазом и их кровных родственников обнаружены однотипные ультраструктурные патологические изменения, появляющиеся задолго до клинических проявлений заболевания. Наследственная предрасположенность, отражающая аутосомно-доминантный тип наследования, обычно реализуется при воздействии на организм провоцирующих факторов, таких как травмы, очаги фокальной инфекции (хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит), солнечные ожоги, прекращение приема системных кортикостероидов, антималярийная терапия. Описанные факторы способствуют возникновению феномена аутоиммунизации.   
Современный уровень знаний позволяет определить псориаз как мультифакторную системную болезнь, в патогенезе которой важную роль играют иммунологические нарушения, т.е. как иммунозависимый дерматоз.

##### Клиника

Клинические формы псориаза весьма разнообразны (типичная, ладонно-подошвенная, себорейная, экссудативная, псориатическая эритродермия, артропатическая форма).   
Чаще всего псориаз начинается постепенно в виде мелких точечных папул розово-красного цвета (psoriasis punktata), которые затем увеличиваются до размеров капли (psoriasis guttata). Поверхность папул покрыта серебристо-белыми чешуйками, что придает поверхности папулы серовато-белый оттенок. Чешуйки рыхлые и легко удаляются с поверхности папулы при поскабливании. Псориатические папулы склонны к периферическому росту и слиянию между собой. Вначале они достигают размеров монеты (нуммулярная форма), затем сливаясь, образуют причудливые фигуры на теле больного. В результате слияния папул возникают участки сплошного поражения кожи размером с ладонь и более (распространенный псориаз). Характерен положительный феномен Кебнера - появление высыпаний на месте ссадин, царапин, ожога (через 7-10 дней). При поражении большей части кожного покрова кожа приобретает ярко-красный оттенок и шелушится крупнопластинчатыми чешуйками – псориатическая эксфолиативная эритродермия.   
Псориатическим папулам присущи три феномена: стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения (кровяная роса, симптом Аушпица ). Сыпь может локализоваться на любых участках кожи, но преимущественно симметрично на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, а затем на коже туловища и волосистой части головы. Иногда высыпания начинаются с поражения волосистой части головы, и длительное время это является единственным проявлением псориаза. Кроме этого, приблизительно у 10% больных поражается кожа ладоней и подошв и ногтевые пластинки. Поражение ногтей имеет двоякий характер: чаще всего на поверхности ногтевой пластинки появляются точечные ямкообразные углубления, и ногтевая пластинка приобретает сходство с поверхностью наперстка (симптом наперстка), в других случаях возникает подногтевой гиперкератоз, ногтевая пластинка становится грязно-желтой и легко крошится (псориатическая дистрофия ногтей), значительное утолщение (онихогрифоз) .   
Обычно в этой стадии чешуйки покрывают лишь центр элементов, по периферии остается свободная от чешуек зона в виде красного венчика (венчик роста). В стационарной стадии новые элементы не появляются, венчик роста исчезает, весь элемент покрывается серебристо-белыми чешуйками. В регрессирующей стадии инфильтрация и шелушение элементов уменьшаются, по их периферии появляется псевдоатрофический ободок Воронова. Элементы постепенно рассасываются, оставляя после себя временную депигментацию.   
У части больных заболевание проявляется одиночными папулами или бляшками в типичных местах локализации (дежурные бляшки). Такая форма псориаза, обычно, совершенно не нарушает трудоспособности больных и является лишь незначительным косметическим дефектом. В тяжелых случаях (псориатическая эритродермия). заболевание протекает без ремиссий, с поражением обширных участков кожи увеличением периферических лимфатических узлов, нарушением функции почек.   
При псориазе приблизительно в 5% случаев поражаются мелкие и крупные суставы (псориатическая артропатия), сопровождающаяся артралгией, фокальным воспалением суставов и периартикулярной ткани, деформацией, анкилозами, что часто приводит к инвалидизации.   
Могут поражаться слизистые (полости рта, уретры и др.) и полуслизистые (красная кайма губ) оболочки, кожа головки полового члена. Существенные изменения при псориазе отмечаются во всех слоях тонкой кишки независимо от распространенности кожного процесса, давности заболевания, энтеральных жалоб. Эти изменения являются первичными и свидетельствуют о наличии хронического еюнита, при этом отмечается лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация в собственном слое слизистой оболочки тонкой кишки.   
Помимо обычных форм болезни, в отдельных случаях наблюдается экссудативный и пустулезный псориаз, описанный Zumbusch еще в 1909 г. Пустулы содержат стерильный экссудат, вместе с тем часто при бактериологическом анализе в очагах поражения обнаруживаются стафилококки. У некоторых больных, вместо разгибательных поверхностей конечностей и кожи туловища, поражаются складки кожи под грудными железами, паховые складки и кожа подмышечных ямок (извращенная форма псориаза). В таких случаях при бактериологическом исследовании в очагах поражения обнаруживаются дрожжеподобные грибы рода Сandida.

##### Течение заболевания

Течение болезни - хроническое рецидивирующее с выраженной сезонностью. Различают три стадии: прогрессирующая, стационарная и регрессирующая. При рецидивирующем течении болезни обострения чаще наступают осенью и зимой время со значительным улучшением летом (зимняя форма болезни), реже наоборот (летний тип). Рецидивы возникают летом (летняя форма болезни). В прогрессирующей стадии появляются все новые папулезные высыпания, которые имеют тенденцию к периферическому росту. Наиболее часто наблюдается зимний тип - ухудшение в зимнее; реже - в летнее время.

##### Дифференциальная диагностика

Клиническая картина является основным критерием. Дифференциальная диагностика проводится: при распространенной форме - с папулезным сифилидом, при изолированных формах - с красным плоским лищаем, кожными микозами, экземой. Артропатическая форма псориаза дифференцируется с ревматоидным артритом (критерии диагностики: клиника, результаты биохимических анализов крови, рентгенологическое обследование).

##### Лечение

При псориазе применяются следующие основные методы лечения:

* **Дезинтоксикационная терапия**  
  В прогрессирующей стадии назначается 30% р-р тиосульфата натрия внутривенно, гемодез, эссенциале форте, интенсивные методы – гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез.
* **PUVA-терапия**  
  ПУВА-терапия или фотохимиотерапия – это комбинация воздействия длинноволнового УФ-излучения с применением фотосенсибилизаторов (псораленов), показана при тяжелых, распространенных формах заболевания.
* **Селективная фототерапия**  
  Применяется при наличии противопоказаний к ПУВА-терапии (без приема фотосенсибилизаторов), при менее выраженных проявлениях болезни.
* **Витаминотерапия**  
  Для терапии псориаза показаны производные витамина А (синтетические ретиноиды) – тигазон и неотигазон, особенно эффективные при сочетании с ПУВА-терапией. В последнее время большое внимание уделяется пероральному использованию витамина Д3 (оксидевит).
* **Иммуносупрессия**  
  Из специфических иммунодепрессантов показаны метотрексат и циклоспорин А, применяемые при тяжелом течении, резистентном к другим видам терапии. Главным недостатком применения иммунодепрессантов являются тяжелые побочные действия (тромбоцитопения, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, токсический гепатит и др.)
* **Наружное лечение**  
  Препараты наружного действия имеют при псориазе важное значение. В прогрессирующей стадии применяют 1-2% салициловую мазь. В стационарной и регрессирующей стадии показаны комбинированные мази, содержащие глюкокортикоиды, каменоуголный деготь, салицилаты: локакортен-тар, дипросалик, лоринден А, локасален и др. При локализации очагов поражения на волосистой части головы применяются лосьоны с кортикостероидами (белосалик, дипросалик, латикорт, элоком).   
  Из негормональных наружных средств при всех формах псориаза эффективны препараты, содержащие активированный цинк-пиритионат (аэрозоль, крем и аэрозоль "Скин-кап"), приводящие к быстрому регрессу высыпаний и обладающие выраженным противорецидивным действием.

Конец формы