План:

1. Определение
2. Клиника
3. Этиология и патогенез
4. Лечение

Псориаз (psoriasis vulgaris) – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, характеризующиеся высыпанием обильно шелушащихся папул. Свойственное псориазу шелушение объясняет его другое название – «чешуйчатый лишай».

Псориазом страдает до 2% всего населения земного шара. Заболеваемость выше в условиях низкой температуры и высокой относительной влажности воздуха. Начинается псориаз в любом возрасте, иногда в грудном и даже у новорожденных. Описаны случай врожденного псориаза. С ремиссиями в несколько месяцев или лет заболевание тянется до конца жизни, обостряясь чаще в осенне-зимний период (зимняя форма псориаза), реже в весенне-летний (летняя форма). В исключительных случаях наблюдается самопроизвольное излечение.

Первичным элементом является плоская воспалительная папула. Процесс начинается с высыпания милиарных папул, которые постепенно увеличиваясь по периферии, превращаются в лентикулярные и нуммулярные, сливаются друг с другом и образуют различного размера бляшки. Их поверхность покрыта сухими, рыхло расположенными, легко спадающими серебристо-белыми чешуйками. Однако в этой, начальной, стадии заболевания краевая зона папулы (бляшки) остается свободной от шелушения. Оно, являясь заключительной стадией воспалительного процесса, как бы не успевает за ростом псориатических элементов. Появление свежих папул и гиперемическая кайма по их периферии характеризуют прогрессирующий период псориаза. Со временем формирование новых папул и периферический рост элементов прекращаются, шелушение распространяется на всю поверхность очагов поражения и псориаз переходит в стационарный период. Развитие папул может остановиться на любом этапе. Поэтому в стационарном периоде одновременно наблюдаются как нуммулярные, так и лентикулярные и даже милиарные папулы. В ряде случаев остро возникает распространенная сыпь, папулы достигают лентикулярных размеров и на этом заканчивается прогрессирование процесса. Такое течение псориаза бывает обусловлено, как правило, фокальной инфекцией в миндалинах (тонзиллогенный псориаз).

Разрешение псориатических элементов начинается с их центральной части. Образуются кольцевидные, полукольцевидные фигуры, свойственные прогрессивному периоду псориаза. Следует иметь в виду, что центральное разрешение псориатических бляшек может происходить с их периферическим ростом. В этих случаях ставят диагноз прогрессирующего псориаза. Различное взаимное расположение разных по величине псориатических элементов, их периферический рост и разрешение в центре приводят к образованию обширных очагов причудливых гирляндообразных очертаний, иногда напоминающих географическую карту.

Псориаз поражает любые участки кожного покрова, однако его излюбленная локализация – разгибательная поверхность конечностей, особенно локтевых и коленных суставов, волосистая часть головы, особенно по краю роста волос («псориатическая корона»), область крестца. Волосы при псориазе не изменяются и не выпадают. На разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов бляшки наиболее часто сохраняются в течение неопределенно длительного времени после разрешения всей остальной сыпи («дежурные» бляшки).

У некоторых больных наблюдается поражение складок кожи (подмышечных, пахово-бедренных, под молочными железами), причем иногда оно может быть изолированным. В последнем случае диагноз становится затруднительным, так как в связи с повышенной влажностью отсутствует шелушение, и очаги поражения напоминают инфекционную (стрептококковую или кандидозную) опрелость. В пользу псориаза свидетельствуют выраженная инфильтрация, отсутствие рогового венчика по периферии бляшки и возможность выявления двух симптомов псориатической триады – терминальной пленки и кровяной росы.

Псориатические высыпания обычно бывают распространенными и симметричными. Иногда в результате выраженного прогрессирования процесса при отсутствии разрешения развивается сплошное поражение кожи значительных участков тела (диффузный псориаз) и даже всего кожного покрова (универсальный псориаз). В крайне редких случаях элементы сыпи располагаются на ограниченном участке кожи (половой член, волосистая часть головы), на одной половине тела, полосовидно.

В прогрессирующем периоде псориаза наблюдается изоморфная реакция (симптом Кебнера): появление свежих папул на месте раздражения кожи (царапина, укол инъекционной иглой, солнечный ожог, втирание раздражающих мазей и т. п.). В стационарном периоде, после прекращения роста папулы, нередко вокруг нее выделяется нежная складчатость рогового слоя шириной 2-7 мм (псевдоатрофический ободок Воронова). После рассасывания псориатических очагов остается временная гипопигментация (лейкодерма), реже – гиперпигментация.

Патологически: при исследовании псориатических папул обнаруживается воспалительный инфильтрат в дерме, удлинение некоторых сосочков кожи (неравномерный папилломатоз), образование в них клубочков из полнокровных капилляров. При диапедезе лейкоциты через трещины в базальной мембране проникают в эпидермис и формируют под роговым слоем микроабсцессы Мунро. В эпидермисе наблюдаются, кроме того, межсосочковый акантоз, отсутствие зернистого слоя, парекератоз.

Своеобразная морфологическая структура псориатических папул обуславливает патогномоничную для псориаза триаду симптомов, которая определяется путем поскабливания поверхности папулы скальпелем или ногтем. Вначале в результате дробления чешуек выявляется картина, напоминающая таковую при поскабливании застывшей капли стеарина, – симптом стеаринового пятна. Затем, благодаря тому что между роговым и шиповатым слоями нет связующего их зернистого слоя, компактные слои роговых пластинок отделяются в виде пленки, обнажая влажную поверхность шиповатого слоя (симптом терминальной пленки). Наконец дальнейшее легкое поскабливание приводит к повреждению капилляров в удлиненных сосочках с выделением капелек крови (симптом кровяной росы, симптом точечного кровотечения).

Помимо описанной классической картины псориаза, встречаются ее различные варианты и совершенно особые формы заболевания в виде артрита и эритродермии.

**Пятнистый псориаз (p. exanthematica).** Характеризуется слабовыраженной инфильтрацией элементов сыпи, которые выглядят не папулами, а пятнами. Развивается обычно остро и напоминает токсидермию. Важнейшим дифференциально-диагностическим приемом служит выявление псориатической триады.

**Раздраженный псориаз (p. irritabilis).** В результате действия на кожу больных прогрессирующим псориазом солнечных лучей, разрешающих мазей, или каких-либо других раздражителей бляшки приобретают вишнево-красный цвет, становятся более выпуклыми, вокруг них образуется широкий гиперемический пояс, который стушевывает резкость границ (по разрешении бляшки он становится морщинистым). При этом легко и быстро выявляется изоморфная реакция и развивается эритродермия.

**Себорейный псориаз.** Развивается у больных себореей. На волосистой части головы, в носогубных складках, за ушными раковинами, на груди, лопаточной и подлопаточных областях спины псориатические чешуйки пропитываются кожным салом, склеиваются, удерживаются на поверхности бляшек, симулируя картину себорейной экземы.

**Застарелый псориаз (p. inveterata).** Характеризуется резко выраженной инфильтрацией бляшек, их синюшным цветом, гиперкератотической и бородавчатой поверхностью. Такие очаги псориаза с большим трудом поддаются лечению, а иногда, крайне редко, перерождаются в злокачественную опухоль.

 **Экссудативный псориаз.** Обусловлен чрезмерной выраженностью экссудативного компонента воспалительной реакции в прогрессирующем периоде заболевания. Экссудат, проникая на поверхность папулы, пропитывает скопление чешуек, превращая их в образования, сходные по внешнему виду с корками. Такие вторичные элементы кожной сыпи называют чешуйко-корками. Они имеют желтоватый цвет. После их удаления обнажается мокнущая, легко кровоточащая поверхность. Подсыхая и наслаиваясь друг на друга, чешуйко-корки могут формировать массивный плотный конгломерат, напоминающий устричную раковину (рупиоидный псориаз).

**Ладонно-подошвенный псориаз.** Проявляется либо обычными псориатическими папулами и бляшками, либо гиперкератотическими, симулирующими мозоли и омозолелости. Иногда наблюдается сплошное поражение кожи ладоней или подошв в виде ее утолщения и повышенного ороговения. Границы такого поражения отличаются четкостью (характерный признак псориатических бляшек). В других редких случаях ладонно-подошвенный псориаз может ограничиваться крупнокольцевидным шелушением.

Псориаз ногтей характеризуется образованием в ногтевых пластинках точечных углублений, напоминающих рабочую поверхность наперстка. Другое проявление псориаза ногтей чрезвычайно похоже на онихомикоз: ногтевая пластинка со свободного края изменяется в цвете, становится тусклой, легко крошится. Отличительным признаком, позволяющим в этих случаях дифференцировать псориаз от онихомикоза, служит воспалительная кайма по периферии пораженного участка ногтя, представляющая собой край папулы в ногтевом ложе, просвечивающейся сквозь ногтевую пластину. При поражении псориазом ногтевого валика происходят (аналогично кандидозному процессу) разрыхление и выкрошивание прилегающего к нему участка ногтевой пластинки с образованием в ней лунки.

Псориаз слизистых оболочек наблюдается крайне редко. Очаги поражения локализуются на щеках и губах и представляют собой участки рыхлого беловато-серого эпителия, окруженные гиперемической каймой. Поскабливание их вызывает кровотечение.

**Псориатический артрит.** У некоторых больных псориазом в результате инфильтрации околосуставных тканей развивается поражение суставов (артропатический псориаз). Страдают преимущественно межфаланговые суставы, однако в патологический процесс могут вовлекаться также крупные суставы и крайне редко – крестцово-подвздошные сочленения и суставы позвоночника. Вначале больные жалуются лишь на болевые ощущения в суставах (артралгии), затем развивается их припухлость, ограничиваются движения, возникают подвывихи и вывихи. На рентгенограммах обнаруживается остеопороз и сужение суставной щели. Процесс заканчивается анкилозом и стойкими деформациями суставов, что приводит к инвалидности. Следует иметь в виду, что в отличие от других артритов псориатический артрит развивается при наличии псориатической сыпи, которая часто сопровождается поражением ногтей, а также то, что его начало совпадает с обострением кожного процесса, приобретающего, как правило, характер экссудативного псориаза.

**Псориатическая эритродермия.** У некоторых больных псориазом чаше в прогрессирующем периоде под влиянием различных раздражающих факторов (горячие ванны, энергичные растирания кожи мочалкой, солнечные облучения, нерациональное лечение, аутоинтоксикации) внезапно повышается температура тела, и развиваются эритемы. Вначале они появляются на свободных от псориатической сыпи участках кожи, затем сливаются в сплошную эритродермию. Папулы и бляшки становятся неразличимыми. Пораженная кожа обильно шелушится тонкими пластинчатыми чешуйками; нередко выпадают волосы, утолщаются и легко отслаиваются ногти. Через несколько недель эритродермия разрешается и восстанавливается обычная картина псориаза.

Этиология и патогенез. В разное время были предложены различные теории происхождения псориаза: паразитарная, инфекционная (в том числе вирусная), аллергическая, инфекционно-аллергическая, аутоиммунная, нейрогенная, эндокринная, обменная, наследственная. Каждая из этих теорий основывается на соответствующих клинических наблюдениях и результатах некоторых лабораторных исследований: псориаз у представителей 2-5-6 поколений, семейные случай заболевания (наследственная теория), нарушение жирового (холестеринового) обмена, энзимопатии, повышенное содержание в псориатических чешуйкам фосфора, ДНК и РНК, снижение заболеваемости во время голода (обменная теория), менструальные обострения псориаза, улучшение его течения и даже излечения в период беременности (эндокринная теория), начало заболевания после нервного потрясения, торпидное течение с поражением слизистых оболочек во время войны (нейрогенная теория), связь заболевания псориазом с фокальной инфекцией в миндалинах (инфекционная теория) и т.д. Однако ни одна из указанных теорий не позволяет объяснить все случаи псориаза.

По современным представлениям, ведущую роль в развитии псориаза играют наследственные факторы. Наследуется так называемый латентный (скрытый) псориаз, под которым понимается генетически обусловленная предрасположенность, выражающаяся в нарушениях клеточного метаболизма, в частности в нарушениях обмена нуклеиновых кислот в эпидермисе. Изменение процессов метаболизма наблюдаются как в пораженной, так и в клинически и гистологически здоровой коже, причем не только у больных псориазом, но и у здоровых членов семьи пробанда.

Непосредственной причиной возникновения псориатической сыпи служит воздействие на этом фоне различных провоцирующих факторов, как-то инфекционных (ангина), нервно-психических, травматических, низких температур (общее переохлаждение) и т.п. Результат взаимодействия наследственных и провоцирующих факторов – ускорение размножения и недостаточность созревания клеток в эпидермисе (патологическое ускорение эпидермопоэза), а также нарушение кровообращения в сосочковом слое дермы.

Лечение. Рекомендуются ограничение в пище углеводов, разгрузочная диета, вплоть до голодания, общие тепловые (36-37 °C) ванны через день, удаление (по показаниям) миндалин, соответствующие психотропные препараты. Цель лечебных мероприятий в начале заболевания – прекращение прогрессирования процесса. Оно достигается общими методами лечения: назначением витаминов и препаратов кальция. Оправдала себя, особенно при экссудативном псориазе, следующая схема лечения: внутривенное введение 10% раствора хлорида или глюконата кальция по 10 мл через день и внутримышечные инъекции витамина B12 (по 400 мкг) через день, прием внутрь фолиевой и аскорбиновой кислот. Длительность такого лечения – 1-1 ½ мес.

Больным с белым или смешанным дермографизмом, мраморностью кожного покрова, акроцианозом, синюшным оттенком сыпи показаны внутримышечные инъекции сосудорасширяющих препаратов поджелудочной железы андекалина или дилминала D раз в день; на курс 15-20 инъекций.

В стационарном периоде псориаза рекомендуется проведение пиротерапии в виде внутримышечных инъекций пирогенала или продигиозана. Если лечение перечисленными средствами не дает эффекта, применяют цитостатики из группы антиметаболитов, в частности метотрексат. Препарат назначают по одной таблетке 2 раза в день курсами по 5-7 дней с такими же перерывами. Меньше осложнений отмечается при приеме метотрексата раз в неделю в течение суток: по 2 таблетки через каждые 12 часов.

Цитостатическое действие оказывает так называемая PUVA-терапия или фотохимиотерапия: облучение кожи длинноволновыми ультрафиолетовыми лучами (UVA) высокой энергии, проводимое после приема внутрь фотосенсибилизирующих препаратов – пувалена, псоралена и др.

Выбор наружных лекарственных средств определяется периодом развития псориаза. Необходимо строго соблюдать последовательность их применения. В прогрессирующем периоде допускается лишь смазывание пораженной кожи слабой отшелушивающей (1-2% салициловая) или кортикостероидной мазью. Для волосистой части головы можно использовать 2% ртутно-салициловую мазь.

В стационарном и регрессивном периодах следует назначать разрешающие средства, в частности деготь, в возрастающей концентрации (2-5-10%). В начале применяют дегтярные пасты, затем мази. Для усиления действия последних постепенно меняют метод их применения: смазывание, накладывание под повязку, затем под компрессную повязку, втирание. Энергичное действие оказывает дегтярная ванна – общая теплая ванна на 30-60 мин, которую применяют через 10-15 мин после втирания в пораженную кожу чистого дегтя. При поверхностной инфильтрации псориатических элементов рекомендуется смазывать из 5% раствором перманганата калия, жидкостью Кастеллани или смесью дегтя с эфиром и спиртом, взятых в равных количествах. Для больных зимней формой псориаза полезно сочетание указанного лечения с общими ультрафиолетовыми облучениями, начиная с субэритемных доз. На торпидно текущие бляшки назначают эритемные дозы ультрафиолетовых лучей. Следует иметь в виду, что ультрафиолетовые облучения нельзя комбинировать с приемом метотрексата.

Больным псориазом в стационарном и регрессивном периодах показано курортное лечение: гелиотерапия, морские купания, серные ванны. При летней форме псориаза гелиотерапия абсолютно противопоказана.

В случае развития псориатической эритродермии необходимо назначение глюкокортикостероидов. Псориатический артрит требует комбинированного лечения метотрексатом, кортикостероидами, анаболическими препаратами и индометацином (бруфеном); кроме того, применяют парафиновые аппликации, массаж, лечебную гимнастику, ультразвук, грязелечение (саки).

Следует отметить, что лечение больных псориазом по поводу какого-либо сопутствующего заболевания пенициллинами или стрептомицином нередко приводит к обострению течения псориаза и особенно псориатического артрита.

Для профилактики рецидивов псориаза рекомендуются ультрафиолетовые облучения всего кожного покрова во время ремиссий.