ЛЕКЦИЯ
«ПСОРИАЗ (чешуйчатый лишай)»

подготовил д.м.н., профессор Козин В.М.

ПСОРИАЗ

- Хроническая воспалительная болезнь кожи с неясной этиологией. В большинстве случаев характеризуется мономорфной сыпью, состоящей из плоских папул различных размеров, имеющих тенденцию к слиянию в крупные бляшки розово-красного цвета, быстро покрывающихся рыхлыми серебристо-белыми чешуйками.
- Помимо кожи, при псориазе поражаются ногти и суставы, иногда позвоночник.
- Существуют данные о развитии у пациентов метаболического синдрома и вовлечении в патологический процесс внутренних органов и сердечно-сосудистой системы

ЭТИОЛОГИЯ ПСОРИАЗА

- Получены очевидные доказательства исследований на близнецах, демографические данные, изучение геномов ряда когорт пациентов с псориазом и их родословных, указывающие, что генетические особенности являются ключевым моментом в развитии псориаза.
- Заболевание имеет мультифакториальный характер наследования, а к возникновению индивидуальных псориатических поражений имеют отношение несколько генов предрасположенности, которые взаимодействуют и реагируют на различные провоцирующие факторы.
- При отсутствии четко идентифицированных аутоантигенов вопрос об аутоиммунной природе заболевания остается открытым.
- Выявляется ассоциация псориаза с атеросклерозом, артериальной гипертензией, сахарным диабетом, дислипидемией, избыточным весом и болезнями внутренних органов.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Распространение псориаза зависит от расы и географических зон проживания.
- Наибольшая заболеваемость встречается у жителей Норвегии и Арктики (5-12%); меньше болеют псориазом в Северной Европе и США – с риском около 3% в популяции.
- В Центральной Европе распространенность заболевания составляет около 1,5%.
- Низкая заболеваемость псориазом выявляется в азиатской популяции, у североамериканских индейцев, восточных африканцев (0-0,3%) и темнокожих американцев (0,45-0,7%), проживающих в США.

ОСОБЕННОСТИ НАСЛЕДОВАНИЯ

- Болезнь развивается приблизительно у 50% родившихся, если оба родителя поражены псориазом и у 16% - если один родитель болеет псориазом.
- Положительный анамнез по псориазу выявляется у 71% пациентов детского возраста. Конкордантность при псориазе для монозиготных близнецов варьирует от 35% в Австралии до 72% в Дании, а для дизиготных – от 12% (Австралия) до 23% (США).
- Для большинства пациентов с псориазом вероятно характерны полигенно/ мультифакториальные нарушения в результате взаимодействия нескольких генов и воздействия триггерных факторов (инфекции, медикаменты, антигенные стимулы, физический/эмоциональный стресс).
- Тип I вульгарного псориаза составляет 71% всех страдающих псориазом. Семейная форма псориаза, с пиком в 16-22 года, часто ассоциируется с HLA-Cw6, DR7, B13и B57 и имеет тенденцию к утяжелению в течение жизни.
- Тип II псориаза характеризуется поздним началом (≥40 лет, с пиком в 57-60 лет), редким семейным анамнезом, обычно с более легким течением и повышенной частотой аллелей HLA-Cw2, HLA-B27.

СВЕДЕНИЯ О ГЕНЕТИКЕ ПСОРИАЗА

- **Обнаружено, как минимум, 20 различных *локусов генетической предрасположенности* к болезни**, что показано исследованиями образцов ДНК из семей с псориазом. Несколько генов из этих локусов идентифицированы. Эти локусы располагаются на 15 различных хромосомах; 8 из них (локусов) обозначены как **PSORS1–7** и **PSORS9**; еще 12 локусов не обозначены и исследуются.
- Наиболее постоянно идентифицируемый локус предрасположенности **PSORS1** – ассоциирован в 35-50% случаев с ранним началом псориаза большой фактор риска каплевидного псориаза, но не пустулезного ладонно-подошвенного, или псориаза с поздним началом; он обнаружен не менее чем у 20% пациентов с псориатическим артритом.
- Полученные научные доказательства указывают, что генетическая база псориаза комплексная и что заболевание возникает в результате комбинаций многих генов предрасположенности и локусов, связанных с развитием воспаления, иммунопатологического ответа и чувствительных к действию провоцирующих факторов.

ДОСТИЖЕНИЯ В ИММУНОЛОГИИ ПСОРИАЗА

- Установлен ряд структур для целевой (таргетной) терапии, направленной на:

1) торможение Т-клеточной активности;

2) блокаду цитокинов;

3) торможение пролиферации кератиноцитов.

Разработаны иммунобиологические препараты для таргетной терапии, показавшие эффективность при тяжелых формах псориаза, однако не решающие проблему последующих рецидивов.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ПОЯВЛЕНИЕ ПСОРИАЗА:

- ***Механические:*** повреждения кожи различной природы (ультрафиолетовое и рентгеновское облучение, иглоукалывание, операционная травматизация кожи, инъекции, татуировки, ожоги, укусы насекомых и т.п.).
- ***Химические:*** (капли кислот, щелочей, воздействие растворителей, высоких концентраций салициловой, молочной кислот, резорцина, дегтя, антралина и др.).
- ***Воспалительные дерматозы:*** инфекционной и неинфекционной природы, скарификационные и контактные аллергические пробы на некоторые металлы, антибиотики.
- ***Медикаментозные*** (антималярийные препараты, соли лития, β-андреноблокаторы, интерфероны, системные кортикостероиды и их отмена).
- ***Стресс, эмоциональные перегрузки.***
- ***Беременность*** (роды).
- ***Атерогенная диета; алкоголь, курение***.
- ***Острая стрептококковая инфекция*** (ангина, тонзилит, бронхит) – каплевидный псориаз

ПАТОГЕНЕЗ ПСОРИАЗА

- Гиперпролиферация кератиноцитов, резкое ускорение их оборота, незавершенный апоптоз, утолщение эпидермиса, агранулез.
- Папилломатоз и удлинение посткапиллярной части микроциркуляторного русла сосочков дермы, дегрануляция тучных клеток, пролиферация эндотелиоцитов и их дисфункция, образование Т-хелперного околососудистого инфильтрата.
- Накопление в очагах лейкотриенов, вызывающих образование в эпидермисе нейтрофильных микроабсцессов Мунро, накопление кальмодулина, полиаминов; повышение активности фосфолипазы A_2 , протеиназ.
- Отложение в верхних слоях кожи антител к ядрам клеток базального слоя эпидермиса (IgA, G, M, C3, ЦИК).
- Нарушения различных звеньев иммунорегуляции (цитокины, хемокины), недостаточность макрофагальной системы.
- Накопление в верхних слоях пораженного эпидермиса липидных компонентов.
- Дальнейшие клинические проявления зависят от глубины иммунологического дисбаланса, метаболических сдвигов, степени эндотоксикоза, вовлечения в патологический процесс суставов, позвоночника, внутренних органов (печень, почки и т.д.).

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПСОРИАЗА

- Обычный псориаз
- Псориатический артрит
- Псориатическая эритродермия
- Пустулезный псориаз генерализованный Цумбуша
- Ладонно-подошвенный пустулезный псориаз (пустулезный псориаз Барбера)

ОБЫЧНЫЙ (ВУЛЬГАРНЫЙ) ПСОРИАЗ

- Встречается наиболее часто (90-95% случаев); проявляется в виде обильно шелушащихся папул и бляшек на в/ч головы, локтях, коленях, кистях, стопах, в люмбосакральной области.
- Высыпания с четкими границами, розового (с-м Пильнова), «лососевого» или насыщенно-красного цвета покрыты серебристо-белыми чешуйками.
- Имеют вид круглых, овальных, полициклических, кольцевидных, линейных, зостериформных кожных поражений

Поскабливание папул позволяет выявить *триаду* характерных для заболевания феноменов:

- ***Стеаринового пятна***, характеризующегося усилением шелушения при легком поскабливании папул, придающего поверхности сходство с растертой каплей стеарина (гиперкератоз, паракератоз, накопление липидов в верхних слоях эпидермиса).
- ***Терминальной пленки,*** возникающей после удаления чешуек и проявляющейся в виде влажной тонкой блестящей поверхности элементов (результат акантоза; обнажается слизистый слой эпидермиса).
- ***Точечного кровотечения,*** появляющегося после легкого поскабливания терминальной пленки, в виде точечных, не сливающихся капелек крови (феномен Ауспитц). Этот феномен обусловлен травматизацией полнокровных сосочков дермы в результате папилломатоза.

СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

- **Прогрессирующая** – появление новых мелких папул, их периферический рост с наличием эритематозного бордюра без чешуек (с-м или ободок Пильнова), положительная изоморфная реакция Кебнера; четко определяется псориатическая триада.
- **Стационарная -** новые элементы не появляются, их периферический рост прекращается, насыщенность воспалительной реакции в очагах уменьшается, имеющиеся высыпания сохраняются неопределенное время, шелушатся.
- **Регрессирующая -** разрешение высыпаний и образование вокруг них псевдоатрофического ободка Воронова; регресс элементов сопровождается их исчезновением с образованием на месте высыпаний участков буроватой или коричневатой пигментации, нередко псевдолейкодермы.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- При псориазе в участках поражения выявляется гипер- и паракератоз, агранулез, акантоз, папилломатоз. Характерен экзоцитоз лимфоцитов и нейтрофилов (субкорнеально) с образованием нейрофильных микроабсцессов Мунро.
- В дерме определяется отек и расширение сосудов в сосочках, по их ходу – скопления лимфоцитов, гистиоцитов; в сетчатом слое – расширение сосудов и инфильтрация менее выражены

«ДЕЖУРНЫЕ» ИЛИ «СТОРОЖЕВЫЕ» БЛЯШКИ

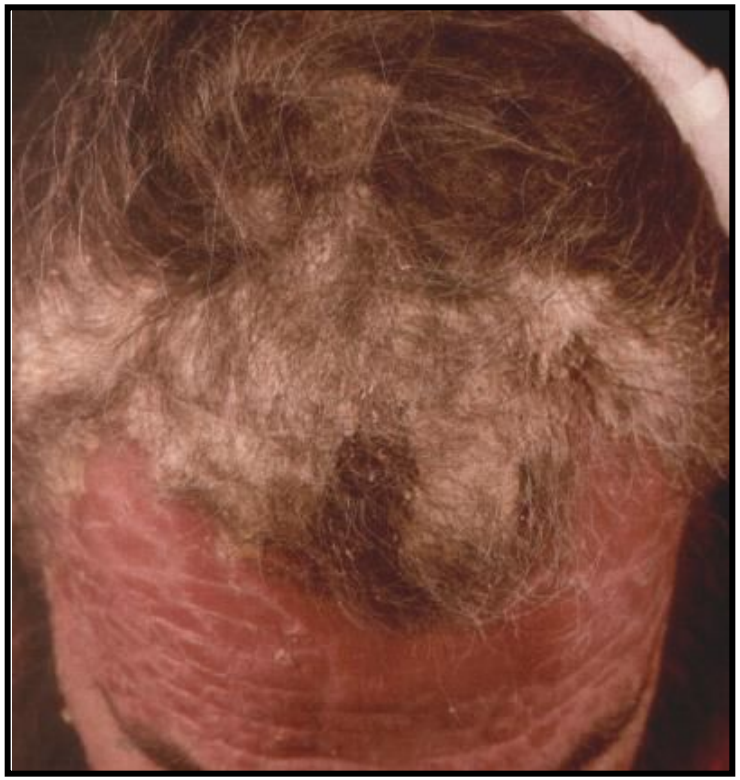
- «Дежурные» бляшки - длительно существующие, но не распространяющиеся на другие участки кожного покрова элементы. На теле может существовать несколько таких элементов.
- Излюбленные места локализации – локти, колени, в/ч головы, реже складки

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ОБЫЧНОГО ПСОРИАЗА:

- **Себорейный**
- **Экссудативный**
- **Интертригинозный**
- **Ладоней и подошв**
- **Застарелый**
- **Рупиоидный**
- **Раздраженный**
- **Каплевидный**
- **Пятнистый**

СЕБОРЕЙНЫЙ ПСОРИАЗ

- Проявления заболевания могут длительно существовать как на волосистой части головы, так и на других «себорейных» участках в виде папулезных элементов или бляшек, шелушения на волосистой части головы с типичным поражением соседних участков гладкой кожи, особенно лба и заушных областей («псориатическая корона»). Поражение волосистой части головы выявляют у 80% больных псориазом.
- Для подтверждения диагноза псориатического поражения в/ч головы можно применить прием Картамышева А.И. (при пальпации с закрытыми глазами появляется ощущение четких границ по периферии псориатических бляшек в отличие от очагов себорейного дерматита)



ЭКССУДАТИВНЫЙ ПСОРИАЗ

- Часто развивается у больных с ожирением, сахарным диабетом или гипофункцией щитовидной железы.
- Характерно наличие на высыпаниях серовато-желтых рыхлых чешуйко-корок, образующихся в результате пропитывания чешуек экссудатом. В крупных складках поверхность псориатических элементов резко гиперемирована, иногда определяется мокнутие. Субъективно часто отмечается зуд и жжение

ИНТЕРТРИГИНОЗНЫЙ ПСОРИАЗ

- **Локализация поражения** – паховые складки, пупочная область, подмышечные впадины, складки под молочными железами, межъягодичная складка и наружные половые органы. У детей и пожилых пациентов, особенно у страдающих сахарным диабетом, развивается псориатическое поражение крупных складок.

При этом шелушение, как правило, не выражено или отсутствует, очаги резко ограничены, их поверхность гладкая, насыщенно-красного цвета, иногда слегка влажная, мацерирована, весьма схожа с проявлениями кандидоза складок, дерматофитиями, опрелостью.

ПСОРИАЗ ЛАДОНЕЙ И ПОДОШВ

- Обнаруживается у лиц, занятых физическим трудом, а также при обострении распространенного псориаза. Поражения ладоней и подошв могут существовать в виде изолированного дерматоза (инфильтрация, гиперкератоз, трещины, болезненность)
- Высыпания поддаются лечению с большим трудом: обычно неэффективны ни кортикостероиды для наружного применения, ни светолечение (УФ-В)

ЗАСТАРЕЛЫЙ ПСОРИАЗ (РУПИОИДНЫЙ)

- Длительное существование бляшек приводит к их значительной инфильтрации, иногда с бородавчатыми разрастаниями, слоистыми корками, что придает высыпаниям коническую, рупиоидную (устрицеобразную) форму (рупиоидный псориаз)

РАЗДРАЖЕННЫЙ ПСОРИАЗ

Возникает у пациентов вследствие нерационального лечения, гиперинсоляции, стрессовых ситуаций

Проявляется резким усилением воспалительной реакции в участках поражения кожи. Папулезные элементы, бляшки становятся отечными, приобретают интенсивную, яркую, насыщенную красную окраску. Вокруг эффлоресценций возникает отечный гиперемический поясок; возможно слияние высыпных элементов в участки диффузного поражения кожного покрова и развитие частичной эритродермии. При незначительных травмах видимо здоровой кожи быстро возникают свежие псориатические папулы (феномен Кёбнера).

КАПЛЕВИДНЫЙ ПСОРИАЗ

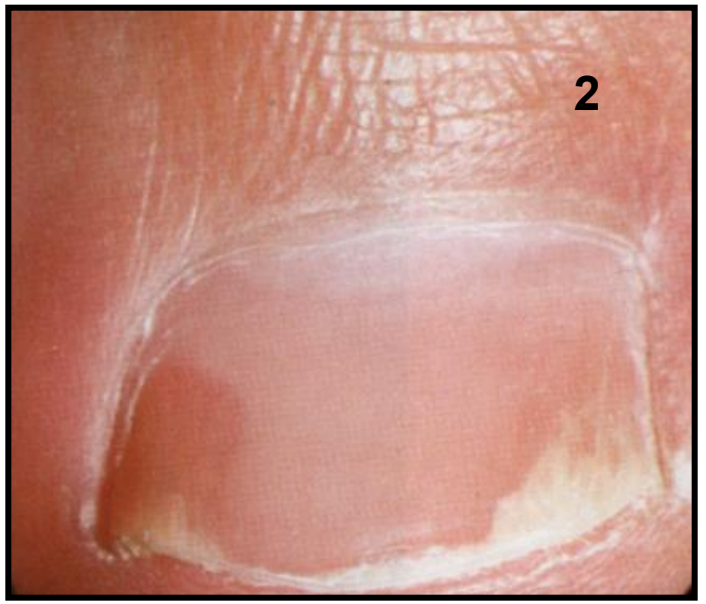
- Диагностируется при наличии миллиарных и лентикуллярных папул по всему кожному покрову. Развивается остро, вскоре после ангины, тонзиллита, синусита, ОРВИ. В этих случаях из глотки, складок высевается Streptococcus pyogenes.
- Ладони и подошвы, как правило, не поражены

ПЯТНИСТЫЙ ПСОРИАЗ

- Эта форма проявляется эритематозными пятнами, иногда с их легкой инфильтрацией, но с характерным шелушением и четко определяемой псориатической триадой. Пятнистые формы дерматоза напоминают розовый лишай и часто наблюдаются у детей и молодых женщин

ПСОРИАЗ НОГТЕЙ

- у 25% больных поражаются ногтевые пластинки, чаще на кистях в виде наперстковидной истыканности («симптом наперстка» **рис.1**. Реже наблюдаются явления подногтевого гиперкератоза, онихогрифоза (симптом «песчаных волн»), онихолизиса, изменение окраски и наличие характерного желтовато-бурого пятна под ногтем (симптом «масляного пятна» **рис. 2**, онихолизиса, деформация ногтевых пластинок, напоминающих «коготь птицы», подногтевые петехии, выявляется дефект эпонихия



ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ

- Кожный покров приобретает вид огромной псориатической бляшки.
- Кожа инфильтрирована. Ярко-красного цвета, покрыта большим количеством крупных и мелких сухих белых чешуек.
- Беспокоят зуд и жжение различной интенсивности, чувство стягивания кожи.
- На начальных этапах эритродермия нарушает общее состояние больного: температура повышается до 38-39°С, увеличиваются лимфатические узлы (в первую очередь паховые и бедренные).
- При длительном существовании подобного состояния могут выпадать волосы и ногти.
- Возникает в результате обострения уже существующего обыкновенного или экссудативного псориаза под влиянием различных раздражающих факторов. При этом поражается весь или почти весь кожный покров.

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

- Одна из тяжелейших форм псориаза. Поражение суставов может иметь различные формы: от легких артралгий (артропатии) без анатомических изменений до тяжелых, деформирующих поражений, завершающихся анкилозами.
- Псориатический артрит может протекать по типу олигоартрита или в виде полиартрита (вплоть до тяжелых деструктивных форм).
- Поражение обычно начинается с дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, постепенно в процесс вовлекаются средние и крупные сочленения, включая позвоночник, с развитием анкилозирующего спондилоартрита.
- К рентгенологическим признакам артропатического псориаза относятся остеопороз, равномерное сужение суставных щелей, очаги деструкции

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

- **Периферическая форма (рис. 1)–** асимметричный олигоартрит, поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп; подкожные узелки и ревматоидный фактор в крови отсутствуют.
- Псориатический артрит выявляется у трети больных псориазом, при этом у 10% из них высыпания на кожном покрове могут отсутствовать.
- **Аксиальная форма (рис. 2)** – деформирующий артрит: преимущественное поражение тазобедренных, крестцово-подвздошных суставов и шейного отдела позвоночника (спондилит); костные эрозии, остеолиз и в конечном счете анкилозы.

Эта форма обычно развивается на фоне пустулезного псориаза и псориатической эритродермии, а у больных с повышенной частотой обнаруживаются **HLA-B28**

ПУСТУЛЕЗНЫЙ ПСОРИАЗ

- Является проявлением крайней степени выраженности экссудативной формы и сопровождается появлением поверхностных мелкопустулезных элементов. Наблюдается примерно у 1% больных.
- ***Псориаз генерализованный пустулезный Цумбуша*** (psoriasis pustulosa von Zumbusch, пустулезный псориаз Цумбуша, гнойный псориаз Цумбуша) – имеет тяжелое течение и поражает любые участки кожи. Первичным элементом является пузырек, который быстро трансформируется в пустулу, вскрывается и засыхает в корку.

- Тяжелая, нередко угрожающая жизни форма псориаза. Начинается внезапно, в течение нескольких часов развивается яркая, огненно-красная эритема, которая охватывает значительные участки кожи. Мелкие сгруппированные пустулы сливаются в обширные «гнойные озера». Заболевание сопровождается лихорадкой, недомоганием, нарастающей слабостью и лейкоцитозом.

ПСОРИАЗ ПУСТУЛЕЗНЫЙ БАРБЕРА:

ограничивается ладонями и подошвами, где на гиперемированных инфильтрированных участках кожи появляются внутриэпидермальные пустулы. Процесс отличается симметричностью и частым поражением ногтевых пластинок

На обеих ладонях – кремово-желтые пустулы вперемешку с красно-бурыми пятнами. Пустулы не вскрываются, а подсыхают и превращаются в корки.

Эталон расчета площади и тяжести псориатических поражений (PASI в баллах)

Балл	0	1	2	3	4
Эритема **Инфильтрация** **Шелушение**	отсут-ствует	легкое	умерен-ное	тяжелое	очень тяжелое
Площадь	**0**	**<10**	**10<30**	**30<50**	**50<70 и выше**

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ СТАДИЯ: в/м антигистаминные (тавегил, пипольфен, димедрол); в/в 30% тиосульфат натрия 3-10 мл ежедневно или 5% р-р унитиола (п/к, в/м 3-10 мл ч/з день №5) или 10% р-р кальция хлорида 5-10 мл в/в, ежедневно №4-5, затем ч/з день №4-5. Одновременно назначают седативные ср-ва (бромиды, валериана, транквилизаторы);

Витаминотерапия – курс В1, В6, В12; фолиевая к-та (0,02г 3 р/день), вит С (до 1 г/сут, вит А (100000 МЕ /сут, вит Д2 – 2000 МЕ/кг/ сут.

СТАЦИОНАРНАЯ СТАДИЯ: Пирогенал - 5 мкг в/м, ч/з 1-3 дня дозу повышают в 2 раза, на курс до 100 мкг, или **продигиозан** – 20-25 мкг (0,5-0,6 мл 0,005% р-ра) в/м, каждое введение повышают на 20-25 мкг, максимальная разовая доза – 100 мкг, инъекции проводят 2 раза в неделю, на курс - №5-7.

Экстракт плаценты - 1 мл п/к ежедневно №25-30, **спленин** 1-2 мл ежедневно №10; **препараты тимуса** (тактивин, тималин и др.)

Курс общего УФО №10-15, **бальнеотерапия** с «ОТ», морской солью, хвойным экстрактом

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

ЦИТОСТАТИКИ: Метотрексат – по 2,5 мг 2 р/день в течение 5 дней с интервалом между циклами по 3 дня, или 10-25 мг в/в однократно, с недельным интервалом. Курс – 4-5 нед. Возможна комбинация с триамцинолоном (16-20 мг/сут).

Азатиоприн – 4 мг/кг/сут внутрь в 3 приема ежедневно; при стабилизации процесса – до 50 мг 1 раз в 5 дней до отмены препарата; курс – 4-5 нед.

АРОМАТИЧЕСКИЕ РЕТИНОИДЫ:Этретинат (женщинам – **изотретиноин**) –30 мг/сут; через 2-4 нед дозу увеличивают до 75 мг/сут. Поддерживающая доза – 30 мг/сут. Курс лечения 6-8 нед. Наиболее эффективен при пустулезном псориазе. Эффект лечения усиливается при комбинации с ПУВА-терапией.

ЦИКЛОСПОРИН А: Сандимун (неорал) по 2,5 мг/кг перорально в 2 приема. Максимальная суточная доза 5мг/кг. Курс лечения около 6 нед. Затем – поддерживающая дозировка препарата

ПУВА – терапия, УФО 320-390 нм+ пувален: 0,6 мг/кг **пувалена** – однократно за 2 ч до облучения. Ритм облучения 3-4 раза/нед. Поддерживающая терапия 2 раза./нед в течение 3-4 нед, затем 1 раз/нед в течение месяца, далее 1 раз/мес. Общая доза облучения 300-600 Дж/см², курс 15-20 процедур. ПУВА-терапию комбинируют с **эссенциале** или **ароматическими ретиноидами**.

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

КОРТИКОСТЕРОИДЫ: Применяют в острой стадии диффузно-эритродермического и артропатического псориаза **Триамцинолон -** 16-20 мг/сут, после улучшения дозу снижают до 1-2 мг каждые 2-3 дня;

Дексаметазон - 10-15 мг/сут. Поддерживающая доза – 2-4,5 мг/сут;

ГЕПАРИН: по 5000 ЕД 4 раза/сут в/м в течение 10 дней, затем 2 раза сут – 10 дней, после достижения клинического эффекта 1 раз/сут в течение 7-10 дней.

ФУМАРАТЫ: Начальная доза 30мг 3 раза в день, курс около 6 месяцев.

Тяжелый бляшечный псориаз, псориатический артрит, псориаз ногтей.

ИММУНОБИОЛО-ГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ: Инфликсимаб, Этарнецепт, Адалимумаб, Устекимумаб и др. Их эффективность, показания к назначению и побочные эффекты устанавливаются

МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ:Неогемодез , **Реамберин** – 300-400 мл в/в капельно с интервалом 2-4 дня, на курс – 5-6 вливаний.

Гемосорбция – проводится с помощью фильтров (овосорб, СКН-1к, 2к, 4м). За одну процедуру очищают 1,5-2 объема крови пациента, процедуру повторяют через 5-7 дней; проводят 5-5 сеансов.

Плазмаферез – курс лечения (в среднем 3 процедуры) у пациента забирается около 4 л плазмы, для компенсации вводится альбумин, кровезаменители.

УФО крови – За одну процедуру подвергается воздействию УФО кровь пациента в среднем 2 мл/кг массы тела. На курс – 5-7 процедур

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ: Человеческий лейкоцитарный интерферон - ингаляции 2-3 раза/день по 2500 УД в течение 10 дней.**Тактивин** – 100 мкг в нижний угол лопатки подкожно в 1, 3, 6, 13 и 20 день лечения. **Тималин** – 5 мг/сут в/м в течение 6-10 дней

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬ-НЫЕ СР-ВА: Применяют при артропатическом псориазе.Индометацин - 0,025-0,5 г внутрь 3 раза/lдень. **Напроксен** – 0,5-0,75 г внутрь 2 раза/день. **Бруфен** – 0,2 г внутрь 3-4 раза/день.

ИНГИБИТОРЫ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ: Применяют при экссудативном псориазе.Эуфиллин - 0,015 г 3 раза/день внутрь.**Теофиллин** – 0,01 г 3 раза/день в течение 2 нед, затем 2 нед по 0,005 г 3 раза/день. Курс – 3-4 нед.

БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ: Ванны сероводородные, йодо-бромные, радоновые, грязеразводные, с Оксидатом торфа и др.

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ СТАДИЯ: 1-2% салициловая мазь, крем Унны, кортикостероидные кремы или мази (2-3 раза/нед).

СТАЦИОНАРНАЯ СТАДИЯ: 3% салициловая мазь, 5-10% нафталановая мазь, 2-5% серно-дегтярная мазь, дитранол (дитрастик), псоркутан; гидротерапия, общее УФО при зимней (смешанной) форме.

РЕГРЕССИРУЮЩАЯ СТАДИЯ: 3-5% салициловая мазь, 10-20% нафталановая мазь, 5-10% серно-дегтярная мазь, мазь Рыбакова (автоловая), дитранол, псоркутан, псориазин, антипсориатикум; общее УФО при зимней, смешанной формах, гидротерапия.

ПСОРИАЗ В/Ч ГОЛОВЫ: При обильном шелушении и толстых корках: 2-10% салициловая кислота в вазелиновом масле (на ночь под пластиковую шапочку 1-3 процедуры); лосьон с кальципотриолом, элоком-лосьен, дипросалик-лосьон. Шампуни, содержащие деготь или кетоконазол (низорал).

ДЕЖУРНЫЕ ПСОРИАТИЧЕСКИЕ БЛЯШКИ: Нельзя применять раздражающее лечение (деготь, повышенные концентрации салициловой, молочной, бензойной кислот, резорцина и др.), т.к. данные средства могут провоцировать высыпания на других участках тела. Лечебный эффект оказывают фторированные кортикостероиды: флуоцинолон, бетаметазона валерат (дипропионат), клобетазол. Постепенный эффект при применении **псоркутана** (кальципотриол) – 2 раза/день.

ПСОРИАЗ ЛАДОНЕЙ И ПОДОШВ: ПУВА-терапия (Re PUVA-терапия), этретинат, метотрексат, циклоспорин.(во внутрь и инъекционно)

АМБУЛАТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Диета нежирная, малоуглеводистая, богатая фруктами, овощами, морепродуктами.
- Максимальное устранение факторов риска (физических, социальных, психологических).
- Лечение сопутствующих заболеваний.
- Поддерживающая ПУВА-терапия, УФО, фитотерапия, витаминотерапия, липотропные средства.
- Бальнеотерапия.
- Санаторно-курортное лечение.
- Психотерапевтическая поддержка.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Синоним: lichen puber planus

Воспалительное заболевание кожи и слизистых, течение которого может быть как острым, так и хроническим. Проявляется зудящими, лихеноидными папулами на коже и молочно-белыми высыпаниями на слизистых оболочках, ониходистрофией.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Возраст – 30-60 лет;

Пол – женщины болеют чаще

Начало – острое (дни) или постепенное (недели);

Течение – от нескольких месяцев до нескольких лет;

Жалобы – зуд, нередко мучительный (иногда зуда нет);

Слизистые – пораженная слизистая болезненна, особенно при изъязвлении.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- иммунно-аллергическая;
- вирусная (инфекционная);
- токсико-аллергическая (лекарственные препараты и химические соединения);
- наследственная.

Формирование очагов происходит в результате реакции гиперчувствительности замедленного типа вследствие стимуляции неиндентифицированным антигеном процесса накопления клеток Лангерганса, их контакта с Т-лимфоцитами и макрофагами. Характерно разрушение базальных кератиноцитов (цитотоксический иммунологический процесс) и формирование Т-хелперного (индукторного) инфильтрата

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КПЛ

- **Типичная** (наиболее частая, 45% случаев).
- **Гипертрофическая форма (lichen ruber planus** hypertrophicus). Крупные толстые бляшки на голенях, реже на других участках кожного покрова.
- **Фолликулярная форма (lichen planopilaris)**. Ороговевающие папулы в устьях волосяных фолликулов и вокруг них. Бляшки. Элементы сыпи не сливаются между собой; пораженная область на ощупь напоминает терку. На в/ч головы заболевание завершается рубцовой алопецией.
- Сочетание фолликулярного КПЛ в/ч головы с рубцовой алопецией и классическим КПЛ кожи и слизистых известно как **синдром Грэма-Литтла.**
- **Буллезная форма (lichen ruber planus pemfigoides).** На поверхности папул и бляшек или на чистой коже появляются везикулы и пузыри
- **Актиническая форма (lichen planus actinicus).** Папулезные высыпания располагаются на открытых участках тела (тыльная поверхность кистей и предплечий).
- **Эрозивно-язвенная форма (lichen ruber planus ulcerosus).** Развивается при изъязвлении классических высыпаний. Язвы, особенно на подошвах, плохо поддаются лечению, и иногда требуется трансплантация кожи.
- **Сыпь, похожая на КПЛ** – высыпания клинически и гистологически напоминающие КПЛ, могут возникнуть при хронической реакции «трасплантат против хозяина», дерматомиозите, лимфосаркомах, а также под действием ряда лекарственных средств и химических соединений

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫСЫПАНИЙ ПРИ КПЛ

- **Элементы сыпи** – плоские, гладкие, блестящие папулы и бляшки диаметром 1-10 мм, с четкими границами. Редко – пузыри. Толстые бляшки нередко гиперпигментированные.
- **Цвет** – красновато-розовый, с сиреневым или фиолетовым оттенком и белесой исчерченностью (сетка Уикхема);
- **Форма** – многоугольная или овальная. Папулы располагаются группами, сливаясь между собой и образуя линии (феномен Кебнера – свежие высыпания в месте травмы) и кольца, либо беспорядочно расположенные обособленные элементы;
- **Локализация** – сгибательные поверхности запястий, поясница, веки, голени (толстые ороговевающие бляшки), волосистая часть головы, головка полового члена. Актиническая форма КПЛ – открытые участки тела;
- ***У 40-60% больных кроме кожи поражена слизистая ротоглотки***

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Сгруппированные блестящие плоские папулы и бляшки с характерным сиреневым оттенком. На поверхности элементов различимы кружевные прожилки – сетка Уикхема.

Обособленные папулы, кольца, эрозии – на половом члене (чаще на головке), мошонке. Элементы плоские, группируются в виде колец, сети, кружев; напоминают очаги лейкоплакии.

Элементы сыпи не сливаются между собой; пораженная область напоминает терку.Сочетание фолликулярного КПЛ в/ч головы с рубцовой алопецией и классическим КПЛ кожи и слизистых известно как **синдром Грэма-Литтла.**

Гипертрофическая форма на слизистой щек. Плотные белесые бляшки, на поверхности которых видна сетка Уикхема, напоминает лейкоплакию

ПОРАЖЕНИЕ НОГТЕЙ при КПЛ: Разрушение ногтевого валика, ногтевых пластинок и ногтевого ложа

- Отмечается изменение ногтей с выраженной продольной исчерченностью, иногда в виде гребешков, гиперемией ногтевого ложа с очаговым помутнением ногтевых пластинок кистей и стоп

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ: поражение слизистой полости рта и губ

СЕТЧАТАЯ ФОРМА. Белые прожилки или пятна (участки гиперкератоза),образующие кружевной рисунок на слизистой щек, губ, языка и десен.

Белые прожилки или пятна (участки гиперкератоза), образующие кружевной рисунок на слизистой губ.

Очень гиперемированные рыхлые десны, шейки зубов обнажены. Из-за боли больные не чистят зубы, в результате откладывается зубной камень, что усугубляет хроническое воспаление десневого края (1). Неглубокие эрозии, покрытые фибринозными пленками на языке и слизистой щек (2). Эрозивно-язвенная форма КПЛ на слизистой рта, сочетающаяся с артериальной гипертензией, известна как синдром Гриншпана-Потекаева

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КПЛ

Ограниченные и диссеминированные формы

Седативные средства (включая бромиды), антигистаминные препараты, витамины А, В, С.

При диссеминированных формах и фоточувствительности – Плаквенил 200 мг 2 р/день по 10 дней с 3-х дневным перерывом 3 цикла.

На очаги – топические кортикостероиды и противозудные средства.

Генерализованные формы

ДЕЛАГИЛ – по 0,25 г 1-2 р/день в течение 4-6 недель.

КОРТИКОСТЕРОИДЫ – при сильном зуде, болезненных эрозиях, дисфагии и косметических дефектах назначают короткий курс преднизолона внутрь. Начинают с 70мг/сут, ежедневно снижая дозу на 5 мг.

РЕТИНОИДЫ (ацитретин, этретинат) в тяжелых случаях до 1 мг/кг/сут. внутрь

***ЦИКЛОСПОРИН* – в упорных случаях и при генерализованных высыпаниях назначают в дозе 5мг/кг/сут. Циклоспорин позволяет быстро достичь ремиссии и довольно часто – излечения.**

Местное лечение

КОРТИКОСТЕРОИДЫ – Окклюзионные повязки с кортикостероидами. При сильном зуде и при поражении слизистой рта – инъекции триамцинолона (3мг/мл) в очаги поражения.

ЦИКЛОСПОРИН - При тяжелом поражении слизистой рта назначают полоскания раствором циклоспорина

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КПЛ

При эрозивно-язвенных формах КПЛ в полости рта:

Неотигазон 0,6-1 мг/кг/сут.,

Циклофосфамид 1-5 мг/кг/сут. 3-4 недели и более.

- Антибиотикотерапию при КПЛ назначают в связи с фокальной инфекцией.
- Физиолечение: лазеро, -букки, -криотерапия, рефлексотерапия, индуктотермия.
- **PUVA-терапия – показана при генерализованных высыпаниях и при неэффективности местного лечения.**
- **Амбулаторное наблюдение.**

Итоговый контроль знаний

:**Для вульгарного псориаза характерны:** ***1. Розовые эпидермально-дермальные папулы***. 2. Розово-сиреневые полигональные папулы 3. Папулы цвета кожи 4. Пустулы с вялой покрышкой	**Исключите диагностический симптом, не встречающийся при псориазе:** 1. Характерные псориатические папулы 2. Псориатическая триада 3. Феномен Кёбнера ***4. Симптом облатки***
Точечное кровотечение при псориазе объясняется: ***1. Папилломатозом*** 2. Акантозом 3. Паракератозом 4. спонгиозом	**В прогпессирующей стадии псориаза не следует назначать:** 1. 2% салициловую мазь 2. Антигистаминные препараты ***3. УФО*** ***4. 10% дегтярную мазь***
Укажите симптом, нехарактерный для красного плоского лишая: 1. Сетка Уикхема 2. Полигональные папулы 3. Восковидный блеск 4. ***Фолликулярный кератоз***	**Симптом Уикхема при КПЛ обусловлен:** **1. Папилломатозом** ***2. Гранулезом*** 3. Акантозом 4. Паракератозом