Псориаз, этиопатогенез. Основные вопросы профилактики обострений и инвалидизации у пациентов с псориазом

Болашенко Алина Сергеевна

врач-дерматовенеролог АДВО№3

УЗ «Минский городской клинический центр дерматовенерологии

29 октября **Всемирный день борьбы с псориазом**

ЧТО ТАКОЕ ПСОРИАЗ

Неинфекционное заболевание, связанное с нарушением иммунитета



У каждого третьего пациента развивается артрит – воспаление суставов



Хроническое заболевание…

…но возможно добиться стойкой ремиссии

Требует постоянной эффективной терапии



Причины развития:



Наследственная предрасположенность



Гормональные нарушения



Стрессы



Сбои в иммунной системе



125 000 000

человек в мире страдают псориазом



Это **каждый 30-й житель** планеты

ПСОРИАЗ МОЖЕТ КОСНУТЬСЯ КАЖДОГО !



Бритни Спирс



Ким Кардашьян



Камерон Диаз

PHRUSTE/1016/0007

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Заболеваемость псориазом оценивается в 1-3% населения
- Мужчины и женщины болеют одинаково часто
- Начинается в любом возрасте (пик заболевания приходится на 2-е десятилетие жизни, а затем на вторую половину 5-го десятилетия)
- Обострения чаще в осеннее - зимний, реже в весеннее - летний период года

В Беларуси псориазом страдают 3,5 % населения

Псориаз



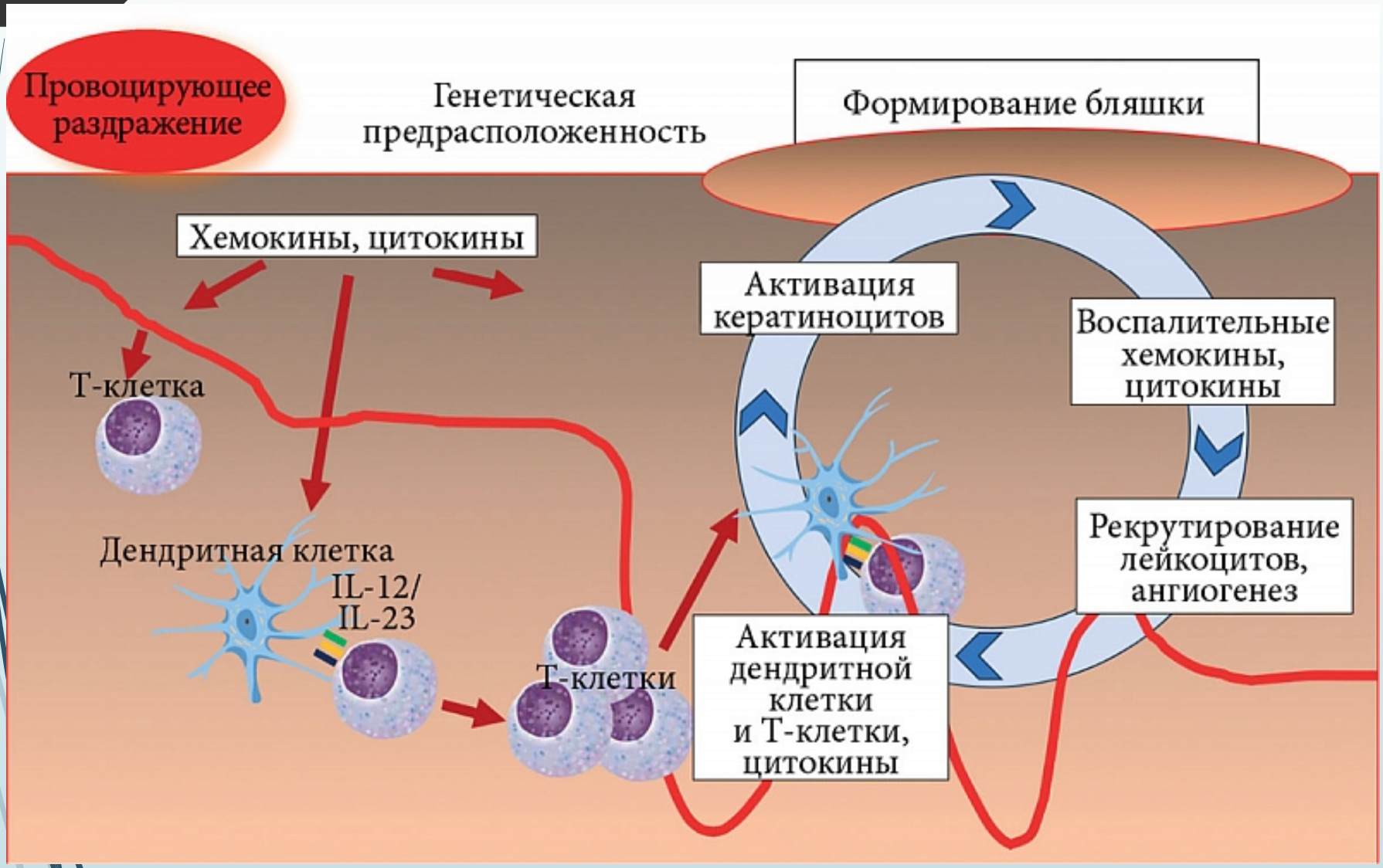


- Псориаз (синоним: чешуйчатый лишай) - хроническое иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией кератиноцитов и нарушением их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, с частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата

Этиопатогенез

- **Наследственная теория** (при наличии у одного родителя риск у детей 20 %, при наличии у обоих – 60–70 %)
- **Мультифакториальная природа** (результат воздействия нескольких генов и факторов внешней среды)
- **Генетически детерминированное** нарушение кератинизации (увеличение скорости пролиферации и нарушение нормальной дифференцировки кератиноцитов)
- Реализация генетической программы при участии **нервной и эндокринной системы, метаболических процессов и биологически активных веществ**
- **Нарушение** липидного, белкового, углеводного обмена, на фоне сдвигов баланса макро- и микроэлементов, витаминов и других биологически активных веществ
- **Нарушения клеточного иммунитета** (уменьшение количества супрессорных Т-лимфоцитов, со снижением их функциональной активности)
- **Дисбаланс иммуноглобулинов** как следствие нарушения иммуноглобулин-синтезирующей функции В-лимфоцитов
- **Аутоиммунный процесс** (низкий уровень Т-лимфоцитов-супрессоров с повышенным образованием иммунных комплексов)

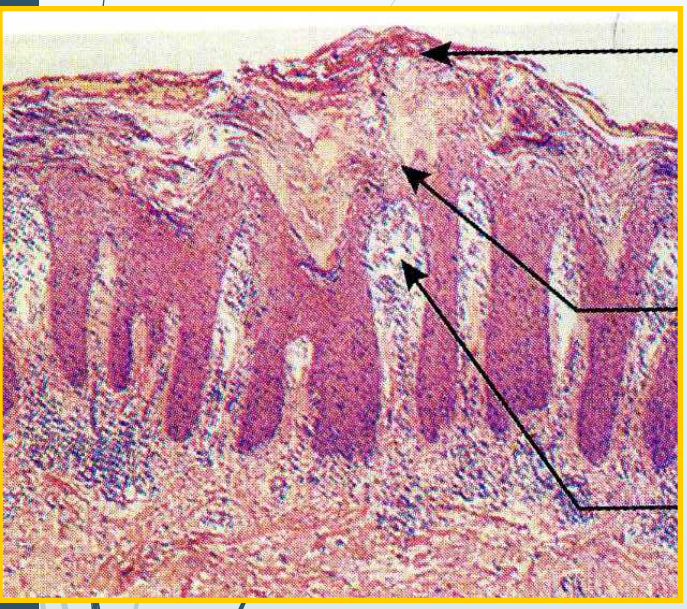
Этиопатогенез



Патогистология

- Морфологическим элементом является эпидермально-дермальная папула
- Патогномоничными признаками псориаза являются значительный акантоз (утолщение кожи, гиперпигментация, папилломатозные разрастания), присутствие удлиненных, тонких и несколько утолщенных в нижней части эпидермальных выростов.
- Эпидермис истончен над сосочками дермы. В более новых очагах — паракератоз (ороговевание), а в старых — гиперкератоз (развитие и недостаточное отшелушивание рогового слоя.
- Зернистый слой выражен неравномерно, под участками паракератоза, обычно, отсутствует.
- В прогрессирующую стадию заболевания в шиповатом слое — меж- и внутриклеточный отек, экзоцитоз (клетка выводит внутриклеточные продукты во внешнюю среду) с образованием участков скоплений нейтрофильных гранулоцитов.
- Нейтрофильные гранулоциты могут мигрировать в роговой слой или паракератические участки, образуя микроабсцессы Мунро.

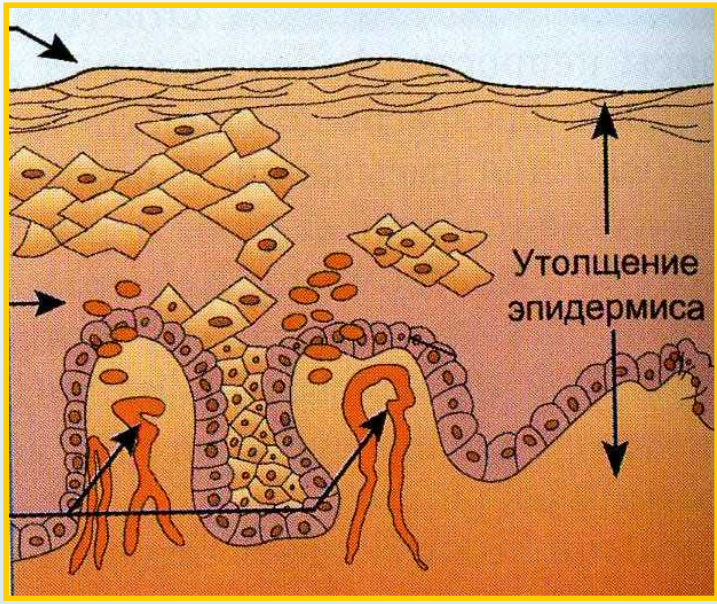
ПАТОГИСТОЛОГИЯ



Толстые роговые чешуйки

Скопление нейтрофилов

Извитые расширенные сосуды



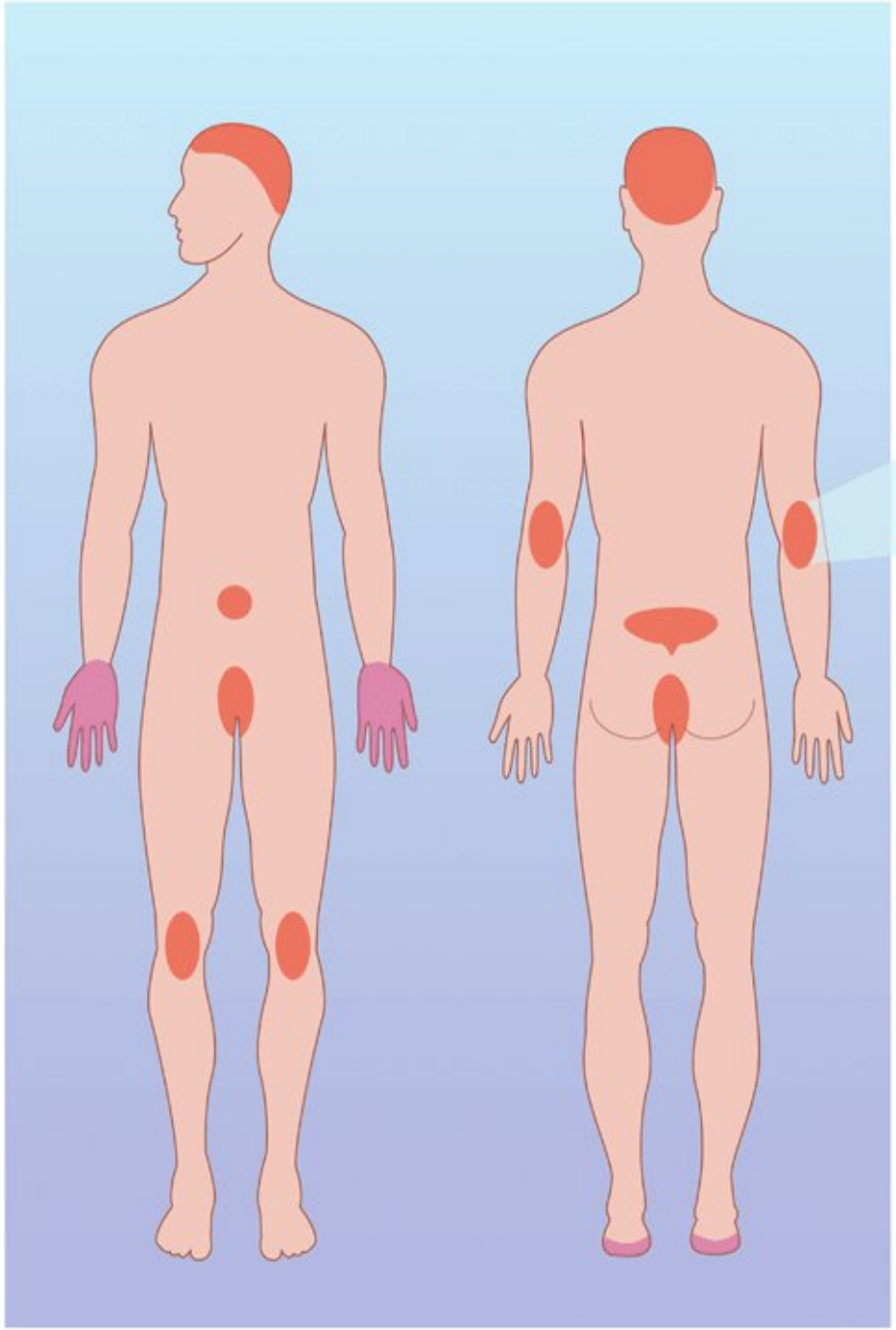
- Утолщение эпидермиса, наличие ядер в клетках рогового слоя эпидермиса и утолщение этого слоя, связанные с ускоренным созреванием эпидермальных клеток
- Отсутствие полноценной дифференцировки клеток пролиферирующего эпидермиса и их нормального ороговения
- Миграция в эпидермис нейтрофилов
- Расширение сосудов

Классификация псориаза

- L40.0 Псориаз обыкновенный (вульгарный, бляшечный)
  L40.1 Генерализованный пустулезный псориаз
  L40.2 Акродерматит стойкий Аллопо
  L40.3 Пустулез ладонный и подошвенный
  L40.4 Псориаз каплевидный
  L40.5+ Псориаз артропатический (M07.0-M07.3*, M09.0*)
  L40.8 Другой псориаз
- L40.9 Неуточненный псориаз

Клиническая картина

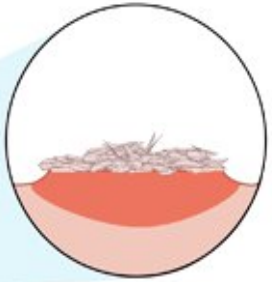
- Морфологическим элементом является эпидермально-дермальная папула
- Имеет розовую окраску различной интенсивности: свежие — более яркие, длительно существующие — блеклые)
- Поверхность папулы полушаровидная, покрыта мелкими серебристо-белыми чешуйками
- При поскабливании псориатическая триада:
- феномен стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения
- Папулы имеют четкие очертания, округлую форму, могут сливаться в бляшки
- Характерен феномен Кебнера: развитие псориатических высыпаний на участках кожи, подвергшихся воздействию механических или химических агентов
- Высыпания располагающейся симметрично, на любом участке кожного покрова, на конечностях преимущественно на разгибательной поверхности
- Кроме кожи могут поражаться ногти, суставы, слизистые оболочки



Типичная локализация высыпаний при обыкновенном псориазе

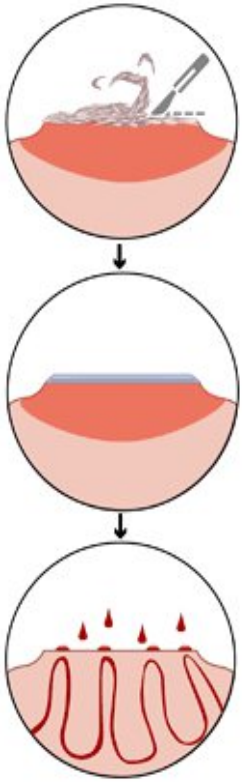
Локализация высыпаний при ладонно-подошвенном псориазе

Псориатическая бляшка



- приподнята над кожей
- красного цвета
- покрыта серебристо-белыми чешуйками

При поскабливании бляшки проявляется псориатическая триада:



- феномен "стеаринового пятна"

- феномен "терминальной пленки"

- феномен "кровавой росы"

Клиническая картина псориатическая бляшка



Клиническая картина псориаз ногтей

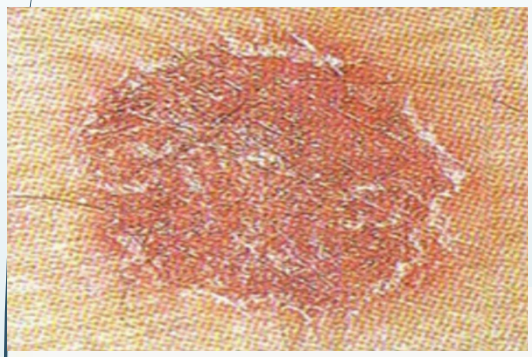


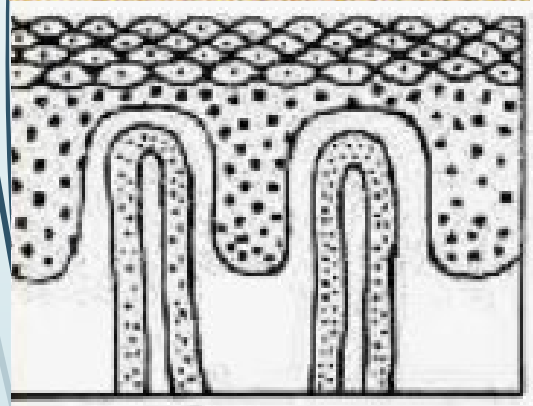
- изменения в виде точечных вдавлений (симптом наперстка),
- желто-коричневые "масляные" пятна
- онихолизис
- подногтевой гиперкератоз

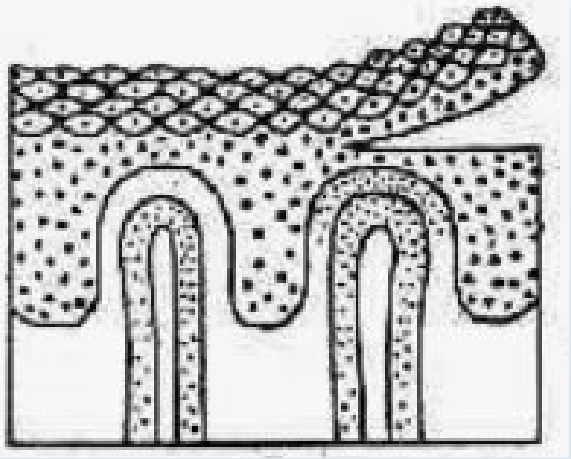
Клиническая картина Псориатическая триада

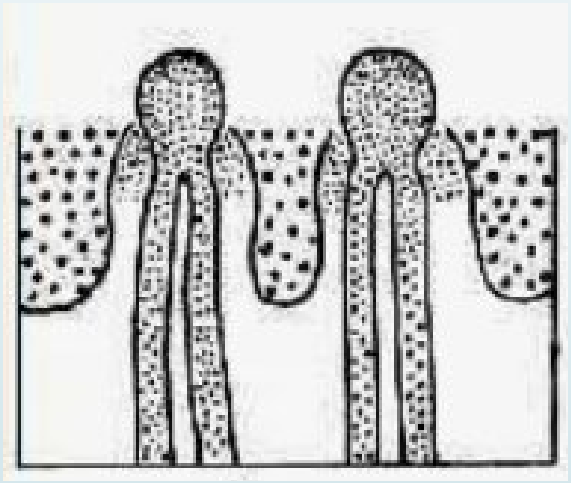
- феномен стеаринового пятна (усиление шелушения при поскабливании)
- терминальной пленки (при длительном поскабливании шелушение прекращается и обнажается гладкая блестящая поверхность)
- точечного кровотечения (при последующем поскабливании на поверхности очагов выступают мелкие капельки крови)

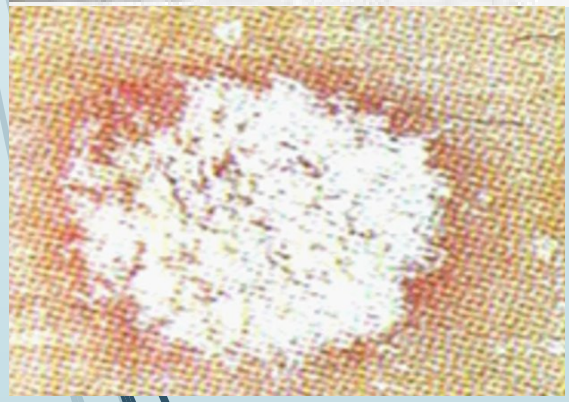
Клиническая картина Псориатическая триада

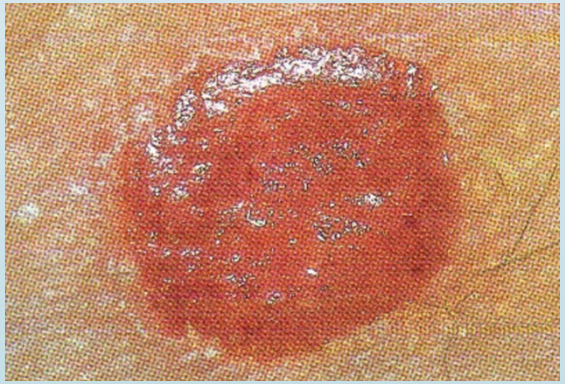


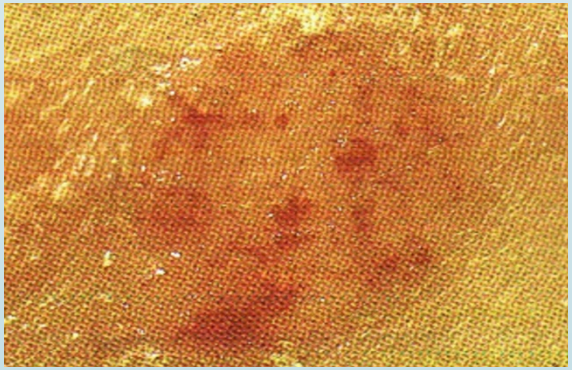












Клиническая картина феномен Кебнера



Клиническая картина

- В зависимости от распространенности высыпаний выделяют три степени тяжести псориаза:
- • легкую (с поражением менее 3% поверхности кожи);
- • среднюю (с поражением от 3 до 10% поверхности кожи);
- • тяжелую (с вовлечением более 10% поверхности кожи).

Psoriasis Area and Severity Index (PASI) — это инструмент для измерения степени тяжести псориаза. PASI объединяет оценку тяжести поражений и площадь поражённой области в единый балл в диапазоне от 0 (отсутствие заболевания) до 72 (максимальная выраженность заболевание).

Клиническая картина

1. Прогрессирующая стадия: появляются новые папулезные элементы, периферический рост старых высыпаний, положительный феномен Кебнера, положительная псориатическая триада.
2. Стационарная стадия: новые элементы не появляются, прекращается периферический рост старых высыпаний, вокруг высыпаний формируется светлый ободок (воротничок Воронова), отсутствует феномен Кебнера, сохраняется псориатическая триада.
3. Регрессирующая стадия: папулезные элементы бледные и уплощены, уменьшение шелушения, разрешение может начинаться из центра или с периферии. После разрешения гиперпигментированные или гипопигментированные пятна, на коже локтей и коленей могут остаться дежурные бляшки, могут существовать длительно.

Клиническая картина прогрессирующая стадия



Клиническая картина стационарная стадия



Клиническая картина регрессирующая стадия



Клиническая картина

- Период клинической ремиссии наступает под влиянием лечения или спонтанно (в 30% случаев). Продолжительность — от нескольких дней до 10 и более лет.
- Период рецидива. Предсказать невозможно, может быть спровоцирован вирусной или бактериальной инфекцией, нервным напряжением, механической травмой.
- Если обостряется зимой — то это зимняя форма течения заболевания, если летом — летняя, если обострение не зависит от времени года — недифференцированная.

Атипичные формы псориаза

- Пустулезный псориаз: способствуют хронические очаги инфекции, эндокринные нарушения, психические травмы, интенсивная инсоляция

а) Цумбуша:

- первичный тип-протекает остро, недомогание, повышение температуры тела, в крови — лейкоцитоз. На коже туловища, конечностей и головы —множество эритематозных пятен, склонных к слиянию вплоть до универсальной эритродермии. На их поверхности — пустулезные элементы, желто-коричневые корко-чешуйки и корки;
- вторичный тип возникает в результате трансформации других форм дерматоза, происходит нарастание экссудативных явлений, очаги поражения становятся сочными, а на их поверхности возникают пустулезные элементы, чешуйко-корки

б) Кенигсберга-Иордана-Барбера: поражается область ладоней и подошв, на эритематозном фоне наблюдаются пустуллезные элементы и псориазиформные очаги, содержимое пустул стерильно, пустулы с течением времени сливаются, формируются гнойные озера, возможна генерализация процесса

Атипичные формы псориаза

Пустулезный псориаз



Атипичные формы псориаза

- Экссудативный псориаз: чаще развивается у детей, сопровождается зудом, пораженная кожа пропитывается экссудатом, псориатические элементы покрываются серовато-желтыми, рыхлыми корко-чешуйками
- Эритродермическая форма псориаза: способствует психоэмоциональная травма, нерациональная раздражающая терапия в прогрессирующую стадию заболевания (использование препаратов дегтя, салициловой кислоты), интенсивная инсоляция, прием системных глюкокортикостероидов самолечение

Атипичные формы псориаза

экссудативный псориаз



Атипичные формы псориаза

псориатическая эритродермия



Атипичные формы псориаза

- Артропатический псориаз: у длительно болеющих, спустя 3-5 лет после первого проявления псориатических высыпаний, артрит может предшествовать сыпи или возникать одновременно с ней, первыми вовлекаются мелкие суставы кистей и стоп, затем крупные, иногда позвоночник, поражение суставов носит симметричный характер. При отсутствии лечения развиваются деформации суставов, контрактуры, анкилозы.

Атипичные формы псориаза

Артропатический псориаз



Атипичные формы псориаза

- Фолликулярная: поражает верхние и нижние конечности, высыпания в виде мелких конусовидных, белесоватого цвета папул, располагаются в области волосяных фолликулов, покрыты чешуйками, на внутренней поверхности чешуек возможно наличие шипика
- Бородавчатая: папулезные элементы гипертрофированы, шероховатые, покрыты мощными роговыми наслоениями, подвержены папиломатозным разрастаниям, протекает тяжело, поражаются суставы и ногти
- Руподная: развивается у ослабленных, на поверхности псориатических папул — массивные слоистые грязно-серые чешуйки, придающие элементам вид створки раковины

Диагностика псориаза

- Жалобы
- Клиническая картина (папулы и бляшки, псориатическая триада, феномен Кебнера)
- Гистологическое исследование биоптатов пораженной кожи

Лечение псориаза

- в настоящее время лекарственное средство или разработанный метод терапии, способный навсегда избавить от псориаза отсутствует, современные лекарственные препараты могут лишь обеспечить клиническую ремиссию на какой-то период времени

Лечение псориаза

- Соблюдать режим питания, труда, отдыха
- Избегать бактериальных, вирусных инфекций
- Избегать психических и физических травм
- Использовать средства наружного применения
- Санаторно-курортное лечение

Лечение псориаза

Режим. В период выраженного прогрессирования заболевания при распространенном процессе больной нуждается в освобождении от трудовой деятельности на 2 – 4 недели. Больные с единичными проявлениями заболевания трудоспособны.

Диета. Больным псориазом следует ограничить прием острых блюд, специй, алкогольных напитков, животных жиров. Рекомендуется включать в пищу растительные масла и продукты, богатые витаминами.

Лечение псориаза

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ 24 июня 2024 г. № 107

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с папулосквамозными нарушениями»

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ 22 июня 2022 г. № 59

Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями

Лечение псориаза

Местное лечение (в случае легкой, средне-тяжелой степени тяжести):

кальципотриол, мазь для наружного применения 50 мкг/г, раствор для наружного применения

кальципотриол/бетаметазон, мазь для наружного применения

кортикостероиды для наружного применения: в случае поражения кожи волосистой части головы, туловища, конечностей, ногтей – кортикостероиды для наружного применения III–IV класса; в случае поражения кожи лица, гениталий, складок – кортикостероиды для наружного применения II-III класса

наружные средства, содержащие деготь, крем

Лечение псориаза

Системное лечение назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении псориаза, атипичных и осложненных формах, в случаях неэффективности местного лечения:

иммунодепрессанты: метотрексат, циклоспорин

фототерапия кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм)

ГИБП (генно-инженерные биологические препараты)

назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении псориаза, атипичных и осложненных формах, в случаях неэффективности или развития нежелательных явлений, или наличия медицинских противопоказаний к иммуносупрессивной (небиологической) терапии:

Ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа: адалимумаб или инфликсимаб

ингибиторы интерлейкина-17: нетакимаб, или секукинумаб

Лечение псориаза

- Физиотерапия





Профилактика

- 1. Информирование родителей с псориазом о вероятности развития псориаза у детей (медико-генетическое консультирование).
- 2. Рациональная терапия с учетом стадии и формы псориаза (щадящая наружная терапия в стадию обострения).
- 3. Своевременное лечение артропатического псориаза.
- 4. Отказ пациента от самолечения.
- 5. Здоровый образ жизни, рациональный режим труда и отдыха.

СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ