

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.проф. В.И.
Прохоренкова

Зав. Каф. д.м.н. профессор Карачева Ю.В.

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

«Псориаз»

Специальность: дерматовенерология

Кафедра: Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.проф. В.И.
Прохоренкова

Выполнил: врач-ординатор Гапьяк Ульяна Андреевна

Псориаз – это

хронический дерматоз, характеризующийся шелушащимися папулезными высыпаниями на коже.

Распространенность ...

псориаз представляет собой одно из наиболее частых кожных заболеваний, которым в среднем страдают от 2 до 7% жителей планеты. Распространенность псориаза в зависимости от географических особенностей региона варьирует в широких от 0,1 до 10% пределах. В климатических зонах с преобладанием низких температур и высокой влажности воздуха он встречается чаще, чем в тропических регионах. Псориаз встречается приблизительно с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Лишь отдельные авторы указывают на некоторое превалирование среди больных псориазом мужчин. Считается, что псориаз у женщин возникает раньше, чем у мужчин. В целом у детей псориаз встречается реже, чем у взрослых. Особенно редко устанавливается диагноз врожденного псориаза. В последние 10-15 лет псориаз стал возникать в более молодом возрасте, начало заболевания отмечается у 75% пациентов до наступления 40 лет. Представители белой расы более склонны к развитию псориаза.

Этиология

причина возникновения псориаза остается неясной. Ни одна из существующих гипотез о возникновении псориаза не стала общепринятой. Наиболее распространены вирусная, наследственная (генетическая), неврогенная и обменная (метаболическая) теории заболевания, но ни одна из них не является общепризнанной. По-видимому, псориаз имеет мультифакторную природу. В его патогенезе определенную роль отводят иммунологическим, ферментным и другим

биохимическим нарушениям в организме. Существенная роль отводится наследственным факторам. Структура генетической детерминированности не расшифрована. Из пусковых механизмов псориаза прежде всего имеют значение эмоциональный стресс и психоэмоциональный статус пациента. Наличие инфекционных заболеваний, очагов хронической инфекции (тонзиллит, гайморит, мочеполовые заболевания и др.) также может спровоцировать появление псориаза. Доказано, что инфекционный агент, вызывающий каплевидную форму псориаза, имеет отношение к стрептококку. Достаточно часто псориаз возникает в местах механического повреждения кожи, а именно в области порезов, царапин, уколов, расчесывания, потертостей, ожогов, акупунктуры, дермоабразии, вакцинации, места укусов насекомых, уколов, операционных рубцов, потертостей, татуировок, ожогов, солнечного и рентгеновского облучения или часто псориаз возникает после приема лекарственных препаратов (β -блокаторов, нестероидных противовоспалительных средств, интерферона). Нельзя не учитывать также влияние климатических факторов (болезнь, как правило, обостряется зимой).

Патогенез

В патогенезе псориаза большую роль играют иммунные нарушения. Поражение кожи сопровождается притоком активированных Т-лимфоцитов. Повышенный синтез макрофагами и активированными кератиноцитами интерлейкин-1 индуцирует Т-клетки к продукции интерлейкина-2, который, в свою очередь, является мощным стимулятором пролиферации Т-лимфоцитов. Активация Т-хелперов патогенетически связана с пролиферацией клеток эпидермиса. Избыточная миграция лимфоцитов из периферической крови в пораженную кожу может быть причиной инфильтрации эпидермиса этими клетками за счет изменения цитоплазматических мембран, увеличения сцепления с эндотелиоцитами, хемотаксиса Т-лимфоцитов интерлейкином-1 и стимулирования миграции в эпидермис. Активными медиаторами воспаления являются гистамин, выделяющийся при дегрануляции тучных клеток и оказывающий влияние на проницаемость сосудистой стенки; гидролазы, освобождающиеся из нейтрофилов; простагландины, лейкотриены и другие производные арахидоновой кислоты. Повышенная локальная продукция метаболитов арахидоновой кислоты может быть

вызвана цитокинами, продуцируемыми макрофагами или кератиноцитами.

Клинические проявления

классический вульгарный псориаз представляет собой четко отграниченные эритематозные папулы и бляшки, широко варьирующие по размеру и покрытые белыми чешуйками. Удаление чешуек приводит к появлению крошечных капелек крови (признак Ауспица). На ногтях часто появляются ямки, и развивается их дистрофия. В основном поражаются локти, колени, кожа головы, гениталии и поясничная область, хотя в процесс могут вовлекаться любые участки тела. Излюбленным местом псориаза являются разгибательные поверхности конечностей. Однако степень поражения варьирует. Молодые элементы сыпи обычно мелкие (1-3 мм), но легко объединяются с образованием больших бляшек (по типу концентрических кругов). Псориаз относится к тем заболеваниям кожи (наряду с плоским лишаем, витилиго, бородавками) для которых характерен феномен Кебнера. Последний означает появление новых элементов на месте травматического повреждения кожи (например царапины и расчесы).

Гистопатология

в эпидермисе наблюдают паракератоз, акантоз в межсосочковых участках мальпигиева слоя и истончение его надсосочковых участков, внутриклеточный отек и спонгиоз, скопление в межклеточных промежутках, проникающих из дермы нейтрофилов (микроабсцессы Мунро). Над папулой роговой слой утолщен, разрыхлен, состоит преимущественно из паракератотических клеток с вытянутыми, палочкообразными ядрами. Между пластинками многочисленные щели, наполненные воздухом, за счет которого чешуйки имеют серебристый вид. В старых элементах гиперкератоз более выражен, чем паракератоз; ядра в роговом слое встречаются независимо от давности папулы. Зернистый слой исчезает или сохраняется прерывающийся один ряд его клеток. В острых случаях отсутствует и блестящий слой. Мальпигиев слой над сосочками истончен, удлинены эпидермальные выросты. В шиловидном слое между сосочками резко выражен

акантоз. Капилляры сосочкового слоя расширены, сильно извиты, переполнены кровью. В сосочках и подсосочковом слое вокруг сосудов имеется воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов и гистиоцитов.

Клинические формы

в зависимости от размеров и характера высыпных элементов различают: (1) точечный псориаз, характеризующийся размером папул до булавочной головки или с просыное зерно, (2) каплевидный псориаз - элементы достигают размера чечевичного зерна; (3) монетовидный псориаз при высыпаниях величиной 3-5 см; (4) псориаз, проявляющийся лихеноидными папулами; (5) псориаз, при котором образуются папилломатозно разрастающиеся очаги; (6) кольцевидный псориаз - элементы образуют кольца; (7) псориаз с высыпаниями располагающимися в виде дуг и гирлянд; (8) фигурный, или географический, псориаз - очертания очагов напоминают географическую карту; (9) себорейный псориаз – локализация высыпаний на характерных для себореи местах в виде мелких розоватых шелушащихся пятен; (10) «застарелый» псориаз и т. д.

Клинические формы

в зависимости от степени воспалительного процесса, преимущественной локализации высыпаний, тяжести состояния больного и по другим клиническим признакам различают: (1) обычный бляшечный псориаз (см. раздел «клинические проявления»); (2) экссудативный псориаз (отличается выраженной воспалительной реакцией кожи, что проявляется наличием пластинчатых чешуйко-корок на поверхности бляшек, иногда многослойных, напоминающих по виду слоеный пирог, при удалении чешуйко-корок обнажается мокнущая поверхность); (3) артропатический псориаз (помимо обычных бляшечных высыпаний имеется поражение суставов, чаще мелких, дистальных, реже крупных); (4) пустулезный псориаз (может быть генерализованным (Цумбуша) и ограниченным, с поражением ладоней и подошв (Барбера)) (5) псориатическая эритродермия: тяжелая форма псориаза, развивающаяся при постепенном прогрессировании псориатического

процесса и слиянии бляшечных элементов до поражения всего кожного покрова; (6) псориаз складок: чаще наблюдается у детей и лиц пожилого возраста, особенно у больных сахарным диабетом; (7) псориаз ладоней и подошв: может существовать изолированно или одновременно с поражением других участков кожи; характерная псориазная триада вызывается с трудом.

Стадии псориаза

псориаз имеет три клинические стадии: (1) прогрессирующая стадия («нестабильный псориаз»): под влиянием провоцирующих факторов может развиваться обострение заболевания с появлением обильных мелких узелков, склонных к периферическому росту, и формированием бляшек различных размеров и очертаний, которые могут быть изолированными или занимать обширные участки кожного покрова вплоть до универсального поражения кожи; для прогрессирующей стадии характерен феномен Кебнера; (2) стационарная стадия: прекращается появление новых элементов и исчезает тенденция к периферическому росту имеющихся бляшек; (3) регрессирующая стадия (период разрешения): характеризуется снижением интенсивности цвета бляшек, их уплощением, уменьшением.

Спонтанные ремиссии возникают с различной и непредсказуемой частотой. Как правило, зимой проявления псориаза обостряются, а весной и летом под воздействием солнечных лучей симптомы значительно ослабевают. Следует отметить, что болезнь может переходить из одной клинической формы в другую и различные клинические варианты могут одновременно существовать у одного больного. Показателями плохого прогноза являются: начало псориаза в молодом возрасте; распространенное кожное поражение; полиартикулярный синовит; ВИЧ-инфекция; ускоренное СОЭ; сочетания с HLA-антигенами В-27, В-39, DLW3.

Диагностика

диагноз ставится на основании клинической картины. Классическими диагностическими признаками являются распределение элементов сыпи, феномен

кебнера и ямки на ногтях. Для диагностики псориаза имеют ценность ряд симптомов, к которым относят псориазическую триаду и изоморфную реакцию, или феномен Кебнера. В псориазическую триаду включают три последовательных феномена, возникающих при поскабливании псориазической папулы: (1) обильное шелушение серебристо-белыми чешуйками, напоминающее стеарин (феномен «стеаринового пятна»); (2) появление после удаления чешуек влажной блестящей поверхности (феномен терминальной или псориазической пленки); (3) капельное кровотечение, возникающее при дальнейшем поскабливании, - феномен точечного кровотечения (Ауспица) или «кровавой росы» (А.Г. Полотебнов). При сомнениях в диагнозе показано проведение биопсии. В классических случаях в биоптатах выявляются акантоз, паракератоз, нейтрофилы в роговом слое и лимфогистиоцитарная инфильтрация сосочков.

Принципы лечения

в настоящее время современная медицина не излечивает псориаз. Лечение псориаза направлено на подавление пролиферации эпителиоцитов и устранение воспалительного процесса. Лечение псориаза должно быть индивидуализированным для каждого пациента и назначается с учетом анамнестических данных, формы, стадии, распространенности процесса, сопутствующих заболеваний, возраста и пола больного, противопоказаний к определенному методу лечения или лекарственному препарату. В связи с тем, что псориаз имеет хроническое течение и не представляет угрозу для жизни больного, приоритет отдается наружной терапии, за исключением тяжелых форм заболевания, которые требуют комплексного системного лечения с применением дезинтоксикационных, десенсибилизирующих, противовоспалительных препаратов разных групп, физиотерапевтических методов терапии, наружных препаратов и др. Необходимо обратить внимание на общее, физическое и психологическое состояние пациента, выяснить толерантность пациента к болезни. Рекомендуются различные методы психотерапии, например, когнитивно-поведенческая терапия, климатотерапия.

Системная терапия ...

в период прогрессирующей стадии назначается дезинтоксикационная терапия, наружно используются смягчающие кремы или 1-2% салициловая мазь. В рамках системной терапии применяются: ретиноиды (ацитретин (неотигазон)) механизм действия которого заключается в торможении пролиферации клеток эпидермиса, нормализации процессов ороговения. Особенно эффективен препарат в сочетании с ПУВА-терапией; (2) цитостатики (метотрексат), которые применяются в случаях упорного течения псориаза и наличия противопоказаний к другим методам лечения; (3) иммунодепрессанты (например, циклоспорин-А из расчета 5 мг на 1 кг массы тела в сутки) назначаются в случаях тяжелого распространенного, резистентного к другим видам терапии псориаза; (4) НПВС назначают при артропатическом псориазе, а также для уменьшения острых воспалительных явлений при экссудативном псориазе и эритродермии; (5) системные кортикостероиды: применение данных препаратов в лечении псориаза считается нецелесообразным, так как оно приводит к развитию торпидных форм заболевания, резистентных к различным видам терапии (в случаях тяжелого течения артропатического псориаза возможно внутрисуставное введение пролонгированных кортикостероидов); (6) физиотерапевтические методы лечения (ПУВА-терапия, фотохимиотерапия (ФХТ), селективная фототерапия (СФТ)); (7) санаторно-курортное лечение (целесообразно проводить в течение нескольких лет вне прогрессирования псориаза; традиционно больные направляются в Сочи-Мацесту, Пятигорск и на другие курорты).

Наружное лечение

широко применяются препараты салициловой кислоты, нафталана, дегтя, кортикостероиды. Наружная терапия зависит от клинической стадии и формы псориаза, локализации бляшек, наличия вторичной инфекции. На всех стадиях псориаза на ограниченные участки кожи могут назначаться кортикостероидные кремы и мази (целестодерм, флуцинар, ультралан и др.). Для лечения нежных участков кожи применяются нефторированные кортикостероиды, например,

мометазона фураат 0,1% (Элоком, Адвантан). Высокой эффективностью и хорошей переносимостью отличаются комбинированные препараты, например, Дипросалик (бета-метазона дипропионат 0,05% и салициловая кислота 3% (мазь), 2% (лосьон)). Применяется мазь, влияющая на патогенетические механизмы псориаза, - псоркутан (в ее состав входит кальципотриол - синтетический аналог наиболее активного метаболита витамина D₃, который взаимодействуя с рецепторами кератиноцитов, подавляет их чрезмерное деление, нормализует процесс дифференциации клеток). Для профилактики и лечения псориаза волосистой части головы рекомендуется также использовать шампуни серии Фридерм.

Альтернативные методы лечения

к данным методам относятся такие, которые опираются преимущественно на безлекарственные подходы. В их числе: метод микроволновой резонансной терапии, озотерапия, метод воздействия сверхнизкими температурами, метод транскраниальной электростимуляции, гипноз. Эти методы применяются в сочетании с традиционными методами лечения.

Профилактика

заключается в предупреждении и своевременном устранении нарушений функций различных органов и систем организма, способствующих возникновению псориаза. При этом большое значение имеет нормализация нервно-психического статуса, соблюдение режима труда, отдыха, питания. Для профилактики рецидивов общее лечение больных псориазом следует продолжать некоторое время после исчезновения высыпаний. Целесообразна диспансеризация больных псориазом. За больными псориазом и родственниками первой степени родства, имеющими повышенный риск развития псориаза, желательно длительное динамическое наблюдение, в процессе которого решаются вопросы лабораторного обследования, консультаций врачей разных специальностей, трудоустройства, разработки реабилитационных мероприятий, профессиональной ориентации.

Литература:

**1.Кожные и венерические болезни : учебник. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А.,
Акимов В.Г.**

**2. национальное руководство по дерматовенерологии Бутов Ю.С., Ю.К.
Скрипкин**

3.<http://medicineform.net/>

Рецензия на реферат: «Псориаз»

На рецензию представлен реферат на тему: псориаз

. Реферат представлен в печатной форме на 10 страницах.

В реферате представлены этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и принципы лечения, профилактика псориаза

Реферат составлен по форме. Может быть применен как пособие в дальнейшей практической деятельности врача. Считаю нецелесообразным выполнение рефератов в рукописной форме.

Проверил:

Зав.каф. проф. ,д.м.н. Карачева Ю.В.