ПСОРИАЗ КАК СИСТЕМНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Фаткулина Гулнора Ринатовна
Студентка 1 курса КФУ филиала в г. Джизак

Аннотация

Псориаз – это волнообразное рецидивирующее иммуновоспалительное заболевание кожных покровов и ногтевых пластин. Патология обусловлена генетической предрасположенностью, которая реализуется под воздействием внешних факторов. Псориаз может значительно снижать качество жизни больного человека, особенно если в патологический процесс вовлекается опорно-двигательный аппарат.

Заболеваемость не зависит от пола. Псориазом страдают 2—4 % от общей численности населения. В России этот показатель также варьирует в зависимости от территории — от 0,72 до 11,8 %. Заболевание может начаться в любом возрасте, но чаще всего бляшки появляются в период 15—25 лет. Каждый третий пациент указывает на первые симптомы до 20-летнего возраста. Наиболее высокая распространённость псориаза отмечается в Западной Европе и Скандинавии. Гораздо реже болезнь встречается среди представителей негроидной и монголоидной рас. Псориаз может возникнуть у новорождённых детей, а также у детей грудного возраста.

Ключевые слова: акродерматит, артропатический, пустулез, пубертат, иммуноциты, эпителиоциты, аутоиммунная, нейрогенная.

Международный классификатор болезней различает следующие виды псориаза: обыкновенный (вульгарный) – имеет типичные клинические проявления; стойкий акродерматит, когда появляются гнойные прыщики, а инфекционный агент методами микробиологии не обнаруживается (высыпания локализуются на пальцах и ногтях); артропатический вариант, который сопровождается воспалением суставов по типу ревматизма; артропатический вариант, который сопровождается воспалением суставов по типу ревматизма; ладонный и подошвенный пустулез – по клиническим признакам аналогичен стойкому акродерматиту, однако зона поражения кистей и стоп прогрессивно расширяется; обратный псориатический вариант, когда патологические элементы обнаруживаются не на разгибательных, а на сгибательных поверхностях, в частности на локте и в естественных складках (пах, подмышки); генерализованный пустулезный, при котором имеется вторичное бактериальное воспаление патологических очагов, сопровождающееся появлением гноя (высыпания могут быть также на лице); каплевидный вариант – папулезные элементы расположены отдельно и при этом не сливаются в бляшки; неуточненная форма, которая характеризуется разнообразными клиническими проявлениями.

Существуют различные теории происхождения псориаза. Основные из них — паразитарная, инфекционная, аллергическая, инфекционно-аллергическая, аутоиммунная, нейрогенная, эндокринная, наследственная.

Большинство ученых обращают внимание на генетическую природу псориаза. Они утверждают, что эта болезнь с полигенным наследованием. Если болен один из родителей, риск развития патологии у ребенка составляет 8%, если отец и мать — 41%.

В роли «популярных» факторов, запускающих генетически-детерминированный процесс, часто выступают вирусные инфекции, сильные стрессовые ситуации, период гормональных перестроек (пубертат, у женщин также при беременности).

Псориаз у взрослых может протекать с разной скоростью прогрессии. С учетом этого дерматологи выделяют 3 стадии болезни:

Прогрессирующая. Характеризуется образованием папул, зудом, воспалительной реакцией после раздражения (почёсывания, попыток проткнуть иглой и т.п.), а также начальной стадией шелушения.

Стационарная. Новые высыпания не образуются, старые бляшки не увеличиваются в размерах, шелушение незначительно.

Регрессирующая. Бляшка заживает, в этой зоне остается белое пятно, лишенное пигмента, которое уже не зудит и не чешется (признаки регресса).

На сегодняшний день широко признаётся участие иммунной системы в механизмах развития псориаза. Иммуноциты, которые обычно реагируют на антигены, запускают свою агрессию в отношении здоровых клеток кожи. Это запускает более активное деление клеток поверхностного слоя (в сравнении с нормой). Эпителиоциты не успевают «повзрослеть», поэтому не способны «крепко держаться» друг за дружку. В результате они выходят на поверхность и образуют бляшковидные выпячивания, покрытые серебристыми чешуйками. Развивается псориаз достаточно медленно, наблюдать увеличение числа бляшек и их рост можно в течение нескольких месяцев или лет. У небольшого процента больных болезнь может проявляется более интенсивно. Таким образом, основная причина псориаза – генетически предопределенная иммунная дисфункция, запускающая типичный патогенез.



Псориаз делится на 2 формы – сезонный и несезонный. Такая дифференциация обусловлена тем, что в первом случае имеется четкая причинно-следственная связь между обострениями и действием провоцирующего фактора. Обострение при сезонном псориазе могут вызвать следующие обстоятельства: 1) действие солнечных лучей (при летней форме); 2) воздействие холода и низких температур (при зимней форме).

При несезонном псориазе периоды ремиссии отсутствуют, заболевание протекает круглогодично. Обострению могут способствовать стрессы и некоторые продукты питания (употребление в большом количестве цитрусовых, кислых ягод, сладостей).

Для постановки первичного диагноза достаточно обнаружения характерной для псориаза клинической картины. Врач замечает папулезную сыпь типичной локализации. После этого требуется подтвердить наличие «псориатической триады».

В нее входит следующее:

Феномен «стеаринового пятна». Обнаруживается усиление шелушения при соскабливании кожи. Феномен «терминальной пленки». При полном удалении чешуек с поврежденного участка появляется просвечивающая и блестящая поверхность. Феномен «кровяной росы». При отторжении пленки на участках поражения появляется точечное кровотечение.

В основе терапии псориаза лежит анти-Т-клеточная и анти-цитокиновая терапия, направленная на снижение воспаления и блокировки пролиферации (неконтролируемого деления) кератиноцитов кожи. При обострениях в зимний период времени назначают курс холекальциферола (жидкорастворимого витамина Д3). Могут быть назначены следующие медикаментозные препараты. Для снятия зуда, жжения, устранения кожных поражений рекомендуют использование противовоспалительных мазей, гелей, шампуней. При легкой форме псориаза назначают мази с кортикостероидами курсовым лечением под контролем врача, салициловая мазь, с нафталаном, ртутью. Рекомендуют ванны с отваром ромашки и/или шалфея. Пациенты проходят курс ультрафиолетовой терапии, лечение морской водой.

Заключение:

Однако иногда этих признаков оказывается недостаточно для постановки окончательного диагноза. Может потребоваться дифференциальная диагностика с себорейной экземой, красным плоским лишаем и другими кожными заболеваниями. В ряде случаев проводится гистологическое исследование материала, взятого с пораженной кожи. В ходе такой диагностики можно увидеть характерные морфологические изменения клеток эпидермиса.

Список литературы

1. Притуло Ольга Александровна, Прохоров Дмитрий Валерьевич, Винцерская Галина Арнольдовна. Дерматология и венерология. Учебное пособие. ИНФРА-М, 2021 г.

2. Родионов Анатолий Николаевич, Сыдиков Акмаль Абдикахарович, Заславский Денис Владимирович. Клиническая дерматология. Иллюстрированное руководство для врачей. ГЭОТАР-Медиа, 2022 г.

3. Колева Н. Н. Артропатический псориаз // ДВКС. 2010.

4. Утц С.Р., Добдина А.Ю., Тальникова Е.Е., Утц И.А. Фотодинамическая терапия псориаза // Саратовский научно-медицинский журнал. 2017. №3.

5. Молочков В. А., Бадокин В. В. “Псориаз и псориатический артрит”

6. Павлова О. В. “Психо-нейро-иммунные взаимодействия при псориаз”

7. Терлецкий О. В. “Псориаз и другие кожные заболевания. Терапия, диета”

8. Донцова Е. В. “Новые фармакологические и лечебные подходы при псориазе”