

Разновидности и география псориаза. Диагностика псориаза

Разновидности и география псориаза. Диагностика псориаза	1
Диагностика псориаза	1
Стадии псориаза	2
Псориатический артрит. Классификация, дифференциальный диагноз, лечение	2
Типы (формы) псориаза, фото	13
Псориаз: Клиника и формы	18

Диагностика псориаза

Диагноз «псориаз» часто ставится дерматологом или терапевтом по характерным внешним признакам и расположению очагов на теле. Если у больного наблюдаются изменения кожи, типичные для псориаза, то чтобы поставить диагноз, вполне достаточно клинического осмотра. До 90% диагнозов «псориаз» ставится лишь на основании визуальной информации при осмотре, и обычно ошибки чрезвычайно редки у опытного врача. Диагностировав псориаз, врач назначает лечение.

При нетипичной картине (или при подозрении на псориаз у ребенка) могут потребоваться дополнительные исследования. В случаях, когда клиническая картина неясна, наиболее точный метод – это биопсия кожи. Для биопсии берут маленький кусочек кожи (диаметром около 6 мм), который передают патоморфологу – врачу, специализирующемуся на микроскопическом исследовании образцов тканей. Результаты анализа патоморфолог описывает в специальном отчете – заключении. Как правило, достаточно одной биопсии, однако, если результат неясен или же если характер заболевания со временем меняется, проводят повторную биопсию. Больной может попросить выдать ему копию заключения, и большинство врачей предпочитают еще раз внимательно ее изучить, прежде чем назначать лечение.

Специального анализа крови на псориаз не существует, и на показатели крови это заболевание, как правило, не влияет. При псориазе анализ крови чаще всего делают для того, чтобы убедиться в безопасности назначения нового лекарства или проверить, не возникло ли побочных эффектов. Исключение составляет тяжелый псориаз, захвативший обширную поверхность тела, – в этом случае изменения защитной функции кожи могут повлечь за собой обезвоживание или нарушение солевого баланса крови.

Если у пациента болят или опухают суставы, необходимо обследование на псориатический артрит. Этот диагноз обычно ставит дерматолог, ревматолог, ортопед или другой специалист по заболеваниям суставов. Как правило, проводят рентгенографию, обследование суставов и анализ крови, чтобы проверить, не вызван ли артрит иными причинами. Важно помнить, что псориатический артрит может развиваться у любого больного псориазом. Чтобы избежать необратимого повреждения суставов, очень важно быстро провести обследование и назначить лечение.

Источники – К. Бергстром, А. Кимбол. Псориаз (Пер. с англ. М. М. Виноградовой), «Практика», 2007

Рекомендуемая тема форума — <https://psoranet.org/topic/1891/>

Стадии псориаза

В течение заболевания выделяют прогрессирующую, стационарную и регрессирующую стадии, каждая из которых имеет свои особенности.

Признаки прогрессирующей стадии псориаза:

1. Появление новых милиарных папул.
2. Периферический рост уже существующих папул (проявляется в виде гиперемической каймы вокруг папул).
3. Положительная изоморфная реакция — появление новых папул на месте раздражения кожи (царапина, укол иглой, солнечный ожог, втирание раздражающих мазей) — симптом Кебнера.
4. Обильное шелушение элементов за исключением зоны роста папул.

Для стационарной стадии псориаза характерно:

1. Отсутствие новых милиарных папул.
2. Отсутствие периферического роста уже существующих папул.
3. Умеренное шелушение по всей поверхности папул.
4. Нежная складчатость рогового слоя вокруг папул (псевдоатрофический ободок Воронова) — является признаком перехода стационарной стадии в регрессирующую.

Регрессирующая стадия псориаза:

1. Уменьшение или исчезновение шелушения.
2. Разрешение псориатических элементов с развитием гипо-, реже гиперпигментации.

—

Рекомендуемая тема форума — <https://psoranet.org/topic/460>

Псориатический артрит. Классификация, дифференциальный диагноз, лечение

АРТРОПАТИЯ при уже выявленном псориазе, по данным различных авторов, встречается в 0,9 – 25%, в среднем 5-10%. Артралгии встречаются ещё чаще. Причём, если при обычном псориазе артрит бывает в 6-7% случаев, то при пустулёзном – уже в 32%. При уже выявленной ПА в 73,2% встречается пустулёзный или рупиоидный псориаз, парциальная и универсальная эритродермия.

Нет прямой связи между длительностью кожных изменений и вероятностью ПА.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Рабочая классификация и номенклатура ревматических болезней (ВНОР, 1985) включает ПА в Y1 класс: “АРТРИТЫ, СОЧЕТАЮЩИЕСЯ СО СПОНДИЛИТОМ” (ПА, БР, артриты при хронических воспалительных заболеваниях кишечника -язвенный колит, болезнь Крона, Артрит и/или сакроилеит неуточненной этиологии). ББ выделена отдельно в Y1 класс.

Соотношение между псориазом и ПА, возможно, аналогично взаимоотношениям между очаговой и системной склеродермией, дискоидной и системной красной волчанкой.

В последнее время большинство исследователей придерживаются мнения, что псориаз является мультифакторным заболеванием с участием множества средовых (30-40%) и генетических (60-70%) факторов. В 10-25% существует семейный псориаз. Установлена ассоциация псориаза с некоторыми антигенами тканевой совместимости (HLA-система). Наиболее часто выявляются HLA-B-17, связанный с семейными формами, и HLA-B-13, встречающийся при не наследственном псориазе, хотя отмечается

повышение частоты и других антигенов (B-16, Bw-35, DR-4, 7, Cw-6). При ПА наряду с “генами псориаза” наблюдается повышение частоты HLA-B-27 и B-39 при центральном артрите и HLA-B-38 при периферическом. Достаточно тяжелое течение ПА у носителей HLA-B-17 и B-38. DR-4 определяется преимущественно при полиартикулярном эрозивном процессе, чаще у женщин и в лечении отмечают больший эффект “базисных” средств.

Участие иммунологических факторов в патогенезе ПА подтверждается обнаружением клеточных инфильтратов, как в коже, так и в ткани пораженных суставов, отложения иммуноглобулинов (ИГ, Ig) в эпидермисе и синовиальной мембране у этих пациентов. В сыворотке определяется повышение в первую очередь Ig A (у 90%) и G, ЦИК (Е.Л.Насонова и др., 1983), выявляются антитела к компонентам кожи, антинуклеарные антитела. Достаточно отчетливы признаки нарушения не только гуморального, но и клеточного иммунитета (снижение ответа Т-лимфоцитов на митогены, уменьшение супрессорной клеточной функции, уровня сывороточного тимического фактора). Продемонстрировано снижение продукции лимфокинов и функции Т-хелперов. Последнее подтверждается, в том числе, случаями обострения и даже дебюта псориаза и ПА у больных СПИДом (Espinoza L. et al., 1992), при котором, как известно, развивается дефицит CD-4.

В качестве средовых факторов обсуждается возможная роль в этиологии ПА инфекции, в том числе и вирусной. Примером этого может служить связь каплевидного псориаза с перенесенной стрептококковой инфекцией, возникновение ПА у больных СПИДом.

В 60% случаев существует связь псориаза с психоастеническими и невропатическими состояниями. В многочисленных наблюдениях заболевание проявлялось спустя несколько дней после сильного волнения или испуга. У больных псориатическим артритом отмечена тенденция “услуживать”, которая развилась в противовес общей тенденции к подавлению агрессии со стороны матери.

Нередко наблюдается обострение или даже дебют ПА после травмы сустава.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА напоминает РА, но с определенными особенностями:

– в первую очередь, это сосудистые нарушения – отек эндотелиальных клеток, воспалительная клеточная инфильтрация и утолщение стенок сосудов, склонность к развитию фиброзных контрактур.

Меньше, чем при РА- гиперплазия синовиальных линейных клеток и отложения фибрина (особенно в дистальных м/ф суставах). В меньшей степени идет формирование паннуса. Выраженность морфологических изменений при ПА зависит от локализации суставного процесса и длительности болезни. Чем более выражен синовит, тем более морфологически он отличается от РА. Исходом может быть фиброзный и костный анкилоз.

В участках остеолита определяется пролиферация периостальных клеток при отсутствии воспалительного инфильтрата. Продолжительная их пролиферация приводит к костной деструкции, вызывая в конечном итоге формирование вновь образуемой кости, костную метаплазию и извращенное ремоделирование (Fassbender H., 1976).

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

В настоящее время нет общепринятой классификации ПА. Вашему вниманию предлагается отечественная классификация ПА одного из ведущих специалистов по данной патологии (В.В.Бадокин, 1995). В первом варианте указаны клинические формы, варианты суставного синдрома и наличие системных проявлений. Второй вариант отражает введение в классификацию основных параметров псориаза, что определяется

взаимобусловленностью двух главных синдромов ПА – кожного и суставного синдромов. Так очаговый вульгарный псориаз – наиболее благоприятная разновидность кожного процесса – обычно ассоциируется с развитием дистального или моно-олигоартритического вариантов суставного синдрома и длительным сохранением функциональной способности опорно-двигательного аппарата.

В то же время эксудативный и особенно атипичный дерматоз наиболее часто сопровождается развитием генерализованного артрита, остеолитического и спондилоартритического вариантов, быстропрогрессирующего течения. Что же касается злокачественной формы ПА, протекающей по типу псевдосепсиса с яркой общей и висцеральной патологией, то она встречается исключительно при атипичном псориазе.

Предлагаемая классификация позволяет ориентироваться в вопросах диагностики, формулировки диагноза, а также проводить дифференцированную терапию.

Клиническая форма	Клинико-анатомический вариант суставного синдрома	Системные проявления
1. Тяжелая	1. Дистальный.	А. Без системных проявлений.
2. Обычная	2. Моноолигоартритический	Б. С системными проявлениями:
3. Злокачественная	3. Полиартритический.	Трофические нарушения, генерализованная амиотрофия, полиадения, кардит, пороки сердца, неспецифический реактивный гепатит, цирроз печени, амилоидоз вн. органов, кожи и суставов, диффузный гломерулонефрит, поражение глаз, неспецифический уретрит, полиневрит, с-м Рейно и т.д.
4. ПА в сочетании с ДБСТ, ревматизмом, БР, подагрой.	4. Остеолитический. 5. Спондилоартритический	

Примеры формулировки диагноза:

– Псориатический артрит, тяжелая форма, спондилоартритический вариант с системными проявлениями (аортит, левосторонний передний увеит). Ладонно-подошвенный пустулезный псориаз, прогрессирующая стадия. Активность максимальная. Стадия 11. Двухсторонний сакроилеит 1У стадии, множественный синдесмофитоз. Функциональная недостаточность 111 степени.

– Псориатический артрит, тяжелая форма, полиартритический вариант с системными проявлениями (амилоидоз почек, терминальная почечная недостаточность). Распространенный вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия. Активность максимальная. Стадия 111. Функциональная недостаточность 11 степени.

– Псориатический артрит, обычная форма, дистальный вариант без системных проявлений. Ограниченный вульгарный псориаз, стационарная стадия. Активность умеренная. Стадия 111. Функциональная недостаточность 1 ст.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПА

Для ПА свойственны своеобразные рентгенологические изменения, основными из которых являются эрозивный артрит и анкилозирование дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, внутрисуставной и акральный остеолит. Имеют значение асимметричность рентгенологической симптоматики, выраженные явления вторичного остеоартроза; кистовидные просветления в сочетании со склеротическими изменениями, очаговым уплотнением костной структуры, краевыми выростами.

По данным рентгенографии, наиболее часто встречался артрит дистальных межфаланговых суставов (25,2%), затем плюснефаланговых (23,6%), в то же время узурация в проксимальных межфаланговых суставах кистей (16,6%) отмечалась несравненно реже, как и в пястно-фаланговых суставах (13,6%). Анкилозы дистальных межфаланговых суставов выявлены в 9,6%. Анкилозы другой локализации наиболее часто встречаются в межзапястных, запястно-пястных, плюснефаланговых суставах.

Крупные суставы (коленные, лучезапястные) поражались анкилозами исключительно редко. У некоторых больных наблюдаются множественные анкилозы.

Сacroилеит выявляется более чем в 50%, хотя у большинства клинические признаки его, как и спондилоартрита, не выражены или отсутствуют. Наши наблюдения не подтверждают литературные данные о преобладании односторонности сacroилеита (выражена она редко и чаще идет речь об асимметричности степени выраженности, что подтверждается как рентгенологически, так и термографически). К слову сказать, подобная количественная асимметричность сacroилеита нередкость и при болезни Бехтерева.

Околосуставной остеопороз в сравнении с РА редок и может быть преходящим, но при мутилирующем артрите наблюдается генерализованный остеопороз. Вокруг эрозий возможна пролиферация (периостит). При мутилирующем (обезображивающем) артрите развивается остеолит и резорбция суставных частей пястных, плюневых костей, фаланг пальцев, бугорка дистальной фаланги, нередко диафизов предплечья.

Парасиндесмофиты или паравертебральные оссификации (обызвествления) характерны для поражения позвоночника при ПА. Иногда невозможно отличить рентгенологическую картину от таковой при ББ. Не характерна для ПА "квадратизация" позвонков, типичная для ББ. Изменения позвоночника при ПА встречаются до 40%.

ВНЕСУСТАВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ, ПА, ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

В 80% случаев ПА обнаруживают дистрофию НОГТЕВЫХ ПЛАСТИНОК.

В начальной фазе появляется ряд канавок, обычно небольших, или ямок, захватывающих весь ноготь. В дальнейшем развивается фаза онихолизиса, когда ноготь выпадает из-за подлежащего гиперкератоза, частичного или тотального. Процесс начинается от края ногтя и прогрессирует по мере эволюции болезни, охватывая всю поверхность, причем одновременно ноготь становится матовым, его цвет меняется благодаря нарушениям микроциркуляции, предшествующей или сопутствующей гиперкератозу ногтевого ложа. Это часто влечет за собой осложнения в виде бактериальных или микозных вторичных инфекций. Соответствие между ногтевым псориазом и дистальным межфаланговым артритом привело ряд исследователей к гипотезе о наличии у них общей причины: нарушение (по той или иной причине) капиллярной циркуляции. Кроме того, некоторые авторы усматривают существование связи между псориазическими элементами над пояснично-крестцовой областью и сacroилеитом, между псориазом кожи головы и поражением шейного отдела позвоночника.

ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТЫХ оболочек, по-видимому, вызывается аналогичными механизмами. Имеются описания псориазических элементов на слизистой оболочке уретры, мочевого пузыря. Предполагают, что ангиопатии развиваются под влиянием многих причин, основными из которых являются наследственный

дефект, очаговое повреждение эндотелия, первичное поражение перицитов, спазм и дилатация мелких сосудов, нарушение межтучного обмена веществ, развитие реакций гиперчувствительности с отложением иммунных комплексов в стенке сосудов. Эти нарушения характерны не только для поврежденной, но и для здоровой кожи, слизистых. Поэтому правомочно говорить о псориазической болезни. Таким образом, при серонегативных спондилоартритах (по крайней мере при ПА) возможен небактериальный (хотя вторичная инфекция, разумеется, не исключается) УРЕТРИТ, ЦИСТИТ, ПРОСТАТИТ.

У 50% больных ПА обнаруживается НЕФРОПАТИЯ (оксалаты – 45%, ураты – 6%, в 30% гиперурикемия – до вторичной подагры, лейкоцитурия – 12%, увеличение аммиака- 40%, азотемия – 30%, в 50-90% – белок и цилиндры).

Амилоидоз при длительно существующем псориазе и ПА встречается в 0,4% наблюдений, особенно при злокачественных формах, торпидных к терапии даже цитостатиками и кортикостероидами, которые в ряде случаев, возможно, способствуют прогрессированию нефропатии.

Поражение глаз представлено подострым КОНЪЮКТИВИТОМ, ИРИТОМ, ИРИДОЦИКЛИТОМ, ЭПИСКЛЕРИТОМ, УВЕИТОМ, СКЛЕРОЗОМ ХРУСТАЛИКОВ.

Возможны также поражения СЛИЗИСТЫХ РТА, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, вплоть до язвенно-некротических изменений.

Не редко -УВЕЛИЧЕНИЕ размеров ПЕЧЕНИ с гепатоцеллюлярной недостаточностью и СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ.

Помимо функциональных нарушений ЦНС наблюдаются органические изменения в виде энцефалопатии с преимущественным поражением подкорковых образований, эпилептическими припадками, бредом, полиневритом.

Поражение СЕРДЦА идет по типу миокардита или миокардиодистрофии, редко, но встречаются – коронарит, перикардит, пороки сердца. Поражение сердца наблюдается как при каждой форме псориаза, так и при артропатической, однако при последней эти изменения встречаются чаще и в большей степени захватывают клапанный аппарат. Выявляется утолщение створок митрального и аортального клапанов с отложением мелких кальцинатов. Гистопатологические данные показывают, что основной локализацией этих изменений оказывается внутренний слой створок этих клапанов, что способствует относительному сохранению целостности эндокарда. Наиболее отличительными количественными признаками поражения сердца при ЭХОКС являются гипертрофия миокарда и изменение скорости расслабления и сокращения волокон миокарда.

Наблюдаются также спонтанные боли в мышцах, мышечная слабость, атрофия МЫШЦ, вплоть до прогрессирующего похудения.

Часто наблюдаются увеличение лимфоузлов, особенно паховых и бедренных; степень выраженности ЛИМФОАДЕНОПАТИИ, как правило, находится в прямой связи с активностью процесса.

Лабораторные изменения: При высоких степенях активности – ускоряется СОЭ (до 60 и более), развивается АНЕМИЯ (Hb до 50 и ниже), резистентная к терапии.

Характерна выраженная ДИСПРОТЕИНЕМИЯ с уменьшением альбуминов и гипергаммаглобулинемией (до 35 и более).

При высокой активности не редка лихорадка. Обострение заболевания почти всегда сопровождается повышением температуры тела до фебрильной. Вместе со стиханием активности процесса и разрешением экссудативных явлений в суставах нормализуется и температура. Иногда лихорадка носит

интермитирующий характер, сопровождается ознобом и проливным потом, напоминая картину сепсиса, что закономерно наблюдается при злокачественных формах ПА.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПА

Обычно выделяют НЕСКОЛЬКО ТИПОВ СУСТАВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ при ПА. Наиболее распространено деление на пять клинических форм (Moll J.,Wright V.,1973):

1. ассиметричный моно-олигоартрит (70%);
2. артрит дистальных межфаланговых суставов (5%);
3. симметричный ревматоидноподобный артрит (15%);
4. мутилирующий артрит (5%);
5. псориатический спондилит (5%).

Не следует абсолютизировать чистоту выделенных вариантов и частоту их встречаемости, это лишь основная тенденция. Среди крупных суставов на первом месте стоят коленные (72,4%), затем голеностопные (59,2%), лучезапястные (48%) суставы, височно-нижнечелюстные (28,8%), грудино-ключичные (21,2%) и грудино-реберные (9,2%). Сакроилеит рентгенологически определяется более чем в 40-50%.

Среди других особенностей ПА – ассиметричность (44,8%), выраженные периартикулярные явления, разноосевые смещение суставных поверхностей (“анархический” тип деформаций, в отличие от “порыва ветра” ульнарной девиации при РА). Помимо наличия синовита, выраженные периартикулярные явления по оси пальцев (а не поперек, как при РА) превращают палец в “сосискообразный”, “колбасовидный” с малиновой его окраской. Изменения эти варьируют от нежных до выраженных и напоминают вполне (а иногда из-за вторичной гиперурикемии – и фактически) “подагрический палец”, особенно если страдает 1 палец стопы.

Характерной чертой суставного синдрома часто является наличие резких мучительных “морфинных” болей, усиливающихся при малейшем движении, даже при отсутствии явного синовита.

Другой особенностью ПА является прямая параллельность течения кожного и суставного синдрома (60-70%), но не все авторы согласны с этим, находя такую зависимость гораздо реже и обычно при злокачественных формах ПА.

Также необходимо иметь в виду, что у многих больных с отсутствием узурации суставных поверхностей периферических суставов, отмечаются анкилоз крестцово-подвздошных сочленений и грубые синдесмофиты между телами отдельных позвонков.

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ (ювенильный) относительно редок (его частота в структуре Ювенильных Хронических Артритов (ЮХА) составляет 4-9%. У девочек в 2 раза чаще. Пик заболеваемости приходится на пубертатный возраст – 9-12 лет. У трети детей дебют болезни напоминает острый приступ подагры. У половины больных моно- олигоартрит предшествует кожным изменениям, которые даже при их наличии нередко просматриваются, ввиду невыраженности и часто принимаются за детскую экзему.

В последующем у 40 – 80% детей процесс распространяется и на другие суставы, хотя и в этом случае чаще носит ассиметричный характер. Обычно не встречаются лихорадка, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, вовлечение в процесс сердца и легких. Редки явления остеолита. Течение в общем

благоприятное. Стойкая ремиссия достигается у 20-50%, у четверти развивается хронический полиартрит, а у 10% наступает инвалидизация (Shore A., Ansell B., 1982).

Особой формой ПА является ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ФОРМА ПА (ЗФПА). ЗФПА обычно встречается у мужчин, чаще при пустулезном и распространенном псориазе. Особенность заключается в системном характере псориаза, клинические проявления которого были уже рассмотрены. Вульгарный псориаз, обычно, не характерен для ЗФПА.

ТИПЫ ДЕБЮТОВ ПА. У 64% больных псориазические изменения кожи предшествовали артриту, иногда за 20 и более лет; у 10,4% – заболевание началось с одновременного поражения кожи и суставов. У 25,6% больных суставной синдром возник раньше кожного (sic!), причем в 9,2% поражение суставов предшествовало появлению первых кожных высыпаний за 5 и более лет.

ПРОГНОЗ у больных с первичным суставным синдромом заметно хуже, чем у тех, у которых заболевание началось с кожных высыпаний.

У первых чаще встречаются генерализованные формы поражения с быстро прогрессирующим течением и развитием тяжелого эрозивного артрита.

Среди факторов, свидетельствующих о неблагоприятной эволюции ПА так же большое число затронутых суставов, значительное повышение СОЭ, сочетание ПА со спондилитом. В то же время ПА имеет переменчивое течение и болезнь может приобретать различные аспекты. Что касается прогноза “на жизнь” его можно считать хорошим, за исключением немногочисленных случаев при ЗФПА. Функциональный прогноз остается сдержанным.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПА (Mathies):

- 1) поражение дистальных межфаланговых суставов кистей;
- 2) поражение пястно-фалангового, проксимального и дистального межфалангового суставов 1 пальца (осевой поражение);
- 3) раннее поражение большого пальца стопы;
- 4) боли в пятках;
- 5) наличие псориазических бляшек, поражение ногтей;
- 6) псориаз у ближайших родственников;
- 7) отрицательные результаты реакции на ревматоидный фактор;
- 8) рентгенологические проявления: остеолитический процесс с разноосевыми смещениями костей, периостальные наслоения, отсутствие околосуставного остеопороза;
- 9) клинические или рентгенологические признаки сакроилеита;
- 10) рентгенологические признаки паравертебральной кальцификации.

Диагноз достоверен при наличии 3 критериев, один из которых должен быть 5, 6 или 8. При наличии ревматоидного фактора необходимо иметь 5 критериев, а среди них обязательно критерии 9 и 10.

В 1989 г. в Институте ревматологии РАМН были также разработаны диагностические критерии:

Критерии	Балл
1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ:	
псориаз:	
псориатические высыпания на коже	+ 5
псориаз ногтевых пластинок	+ 2
псориаз кожи у близких родственников	+ 1
артрит дистальных м/ф суставов кистей	+ 5
артрит трех суставов одного и того же пальца (осевое поражение)	+ 5
разнонаправленные подвывихи пальцев рук	+ 4
асимметричный хронический артрит	+ 2
багово-синюшное окрашивание кожи над пораженными суставами со слабой пальпаторной болезненностью	+ 5
сосискообразная деформация пальцев стоп	+ 3
параллелизм течения кожного и суставного синдромов	+ 4
боль и утренняя скованность в любом отделе позвоночника, сохраняющаяся на протяжении не менее 3 мес + 1	+ 1
серонегативность по ревматоидному фактору	+ 2
акральные остеолиз	+ 5
анкилоз дистальных м/ф суставов кистей и/или пл/ф	+ 5
рентгенологические признаки определенного сакроилеита	+ 2
синдесмофиты или паравертебральные оссификаты	+ 4
2. КРИТЕРИИ ИСКЛЮЧЕНИЯ:	
отсутствие псориаза	- 5
серопозитивность по ревматоидному фактору	- 5
ревматодные узелки	- 5
тофусы	- 5
тесная связь суставного синдрома с кишечной или урогенитальной инфекцией	- 5

ПРИМЕЧАНИЕ: При сумме баллов, равной 16, устанавливается диагноз – псориатический артрит классический; 11 – 15 – псориатический артрит определенный; 8 – 10 – псориатический артрит вероятный; диагноз отвергается при сумме баллов, равной 7 и меньше.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ при наличии элементов псориаза обыкновенно не требуется: никогда не следует недооценивать вероятности ПА, т.к. сосуществование с другой ревматической патологией при псориазе исключительно редко и, по видимому, даже в этих случаях речь идет о клинических перекрестах (“overlap syndrom”).

Если кожных элементов нет, то диагноз ПА очень труден.

Диф.диагностику проводят с серонегативными спондилоартритами (ББ, БР, РеА), РА, подагрой, реже ДБСТ и др. Поскольку перечень заболеваний невелик и каждое имеет разработанные диагностические критерии, дифференциальный диагноз проводится с каждым заболеванием отдельно.

При отсутствии достоверных критериев, для дебюта ПА без кожных элементов характерны: резкие мучительные “морфинные” боли, усиливающиеся при малейшем движении, даже при отсутствии явного синовита. “Сосискообразный” палец также нередок в дебюте ПА, и его надо тщательно искать, поскольку этот феномен часто носит преходящий, рецидивирующий характер, что находит подтверждение и объективизацию при термографическом обследовании больных. При высокой степени активности рано выявляются гипергаммаглобулинемия (до 35 и более), увеличение СОЭ (до 60 и более), развитие анемии. В дебюте эти лабораторные изменения нередко выявляются при отсутствии явного синовита на фоне “морфинных” болей. РФ при ПА определяется примерно в 12%,обыкновенно в низких титрах. Необходимо тщательно искать у больного псориазные кожные элементы, особенно в волосистой части головы, межягодичной и других кожных складках. Следует не забывать о возможности в дебюте ПА наличие атипичных кожных элементов, например, эритема (от точечной до размера монеты, слабо шелушащейся). В сложных случаях возможно проведение биопсии.

Наличие РФ в высоких титрах и ревматоидных узелков исключает диагноз ПА, хотя при циррозах печени возможно определение так называемого “ревматоидного” антигаммаглобулинового фактора.

Деструкция дистальных межфаланговых суставов, отсутствие выраженной боли и скованности в позвоночнике, а также рентгенологически определяемые паравертебральные изменения позволяют исключить болезнь Бехтерева.

АСЛ-О, АСГ, АСК в не диагностических титрах исключают диагноз ревматизма.

Рентгенографическое обследование позволит провести различие между узелками Гебердена при ДОА и ПА.

Синдром Рейтера отличается преобладанием слизистых поражений, выявлении неспецифических уретритов и урогенитальной инфекции (в том числе и анамнестически). Дифференциация по кератодермии нередко сложна и ненадежна даже опытному дерматологу.

Типичная клиника подагрических кризов, как правило, приводит к достоверному диагнозу. Трудности часто возникают при обнаружении вторичной гиперурикемии, подагры и нефропатии при несомненной ПА. Но необходимо помнить, что нарушение пуринового обмена – один из этиопатогенетических механизмов нефропатии при ПА и гиперурикемия встречается у 30% больных, поэтому не следует отказываться от диагноза ПА в этих случаях.

В диагностический поиск необходимо включить и SAPHO-синдром (см. Статью “Спондилоартриты”).

Потребность в дифференциальной диагностике с СКВ возникает редко. В основном при атипичной дискоидной волчанки и/или пориаза и нахождении единичных LE-клеток у больных ПА с системными проявлениями.

ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ

Лечение кожного псориаза (дерматологом) проводится в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), в соответствии с распространенностью суставного процесса, степенью его активности, наличием внесуставных поражений. В легких случаях средством выбора являются МЕТИНДОЛ ([Индометацин](#)) как и ДИКЛОФЕНАК. Сведения, что [Индометацин](#) усиливает кожный псориаз в большинстве наблюдений не подтверждаются (более того, это – препараты выбора у большинства

больных). В первые дни лечения любыми НПВП возможно некоторое обострение кожного процесса (из-за влияния на обмен арахидоновой кислоты).

Предпочтение следует отдать приему препаратов per os, т.к. инъекции могут вызывать местное обострение кожного псориаза (феномен Кюбнера). При необходимости инъекции, если в месте введения имеется псориатическая бляшка, можно попытаться устранить ее путем наложения на ночь повязки с кортикостероидной мазью (АПУЛЕИН, ВИПСОГАЛ, ФЛУЦИНАР и др.).

При неэффективности НПВП, местного и общего лечения показана “базисная терапия”.

ХИНОЛИНОВЫЕ производные (делагил, плаквенил) для лечения ПА не рекомендуются, т.к. часто вызывают обострение кожного процесса, хотя есть сообщения об отсутствии этого дефекта у нового поколения данных препаратов.

При среднетяжелом течении ПА возможно применение препаратов ЗОЛОТА (аналогично РА). Препараты золота не влияют на спондилоартрит; они более эффективны при полиартикулярном эрозивном процессе, чаще у женщин и при наличии HLA DR-4. Но большинство исследователей отмеча-

ют сомнительный эффект, частые токсические осложнения, обострение кожной симптоматики.

КУПРЕНИЛ (450-600мг/сут) при ПА минимум в 25% вызывает ухудшение кожного процесса, не обладая достаточным эффектом на суставной синдром.

Эффективность ЛЕВАМИЗОЛА и аналогичных препаратов сомнительна.

СУЛЬФАСАЛАЗИН (САЛАЗОПИРИДАЗИН /СФ/) может оказывать положительное влияние, особенно при поражении позвоночника. СФ обладают относительно неплохой переносимостью, обычно не вызывают обострения кожных изменений, но эффективность их при ПА находится в стадии изучения (Бурдейный А.П.,1992).

СИНОВЭКТОМИЯ менее эффективна, чем у больных РА. Хирургические вмешательства часто осложняются феноменом развития эритематозно-чешуйчатых пластин на уровне кожного надреза). То же относится к физическим и ортопедическим методам лечения.

БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ (сероводородные, радоновые, углекислые, сульфидные ванны, нафталан и грязи) при ПА показана, но ряд исследователей указывает на возможность трансформации благоприятных форм ПА в ЗФПА после бальнеотерапии. При “зимних” формах псориаза рекомендуется общее ультрафиолетовое облучение (УФО).

ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГК: эффективность внутрисуставных инъекций КС такая же, как при РА, и некоторые (Бурдейный А.П.,1997) рекомендуют поочередное внутрисуставное введение КС во все припухшие суставы.

При ЗФПА это не дает ожидаемого эффекта и чревато осложнениями.

При тяжелых формах применяют КОРТИКОСТЕРОИДЫ (КС). Самым эффективным является ТРИАМЦИНАЛОН. Тем не менее и в отношении КС следует соблюдать осторожность: они часто неэффективны, нередки рецидивы, трансформация в ЗФПА, побочные и токсические явления (в т.ч. прогрессирование нефропатии).

Больным с наиболее тяжелыми и быстро прогрессирующими формами ПА показано длительное (многочесное) назначение ИММУНОДЕПРЕССАНТОВ (ИД), прежде всего МЕТОТРЕКАТА (МТ) – 7,5-10-30 мг/неделю. Лечение в течение 1,5 -2 мес. даёт нестойкий эффект. Непрерывное лечение в течение 6-12 мес. в 96 % ликвидирует обострения.

Заметным терапевтическим эффектом обладают и другие ИД: хлорбутин, азатиоприн и б-меркаптопурин (даже в очень малых дозах: 0,4 мг/кг в сутки). Длительность применения ИД не должна превышать 2 лет. Вопрос дальнейшего приема МТ должен решаться после очевидного отсутствия в биоптате печени признаков ее фиброза или цирроза.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МТ:

АБСОЛЮТНЫЕ:

- ЗФПА;
- Генерализованный артрит с выраженным экссудативным компонентом, длительностью 3 и более мес.;
- Высокая активность;
- Атипичный псориаз;
- Ярко выраженные органические проявления.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ:

- Быстро прогрессирующее течение;
- Остеолиз;
- Умеренная активность до 3 мес.;
- Распространённый вульгарный псориаз с упорным течением;
- Гормонозависимость.

Имеются предварительные сообщения о применении при ПА ЦИКЛОСПОРИНА-А (сандиммун). Преимущество этого препарата перед МТ не доказано.

ПЛАЗМОСОРБЦИЯ (ПС) в комплексной терапии больных псориазом является достаточно эффективным методом при различных формах болезни. Она остается действенным методом лечения больных и с такими клиническими формами, как псориазная эритродермия и ПА. ПС обладает выраженным свойством санировать белки плазмы, что положительно влияет на восстановление белково-синтетической функции, которая значительно угнетена у больных с тяжелыми клиническими формами псориаза.

Метод ПС рекомендуется применять в комплексной терапии как метод выбора при тяжелых клинических формах, особенно при торпидном течении, т.к. ПС способствует формированию длительной ремиссии и сокращает время пребывания больных в стационаре.

Что касается СОЛНЕЧНО-МОРСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (курорты Мёртвого моря), оно оказывается высокоэффективным в периоды между рецидивами, благоприятно влияя на кожные и суставные явления.

Относительно ПУВА-терапии, использования рекомбинантного интерферона, ретиноидов (дериватов витамина А) и колхицина при ПА окончательных суждений пока нет.

Для поддерживающей терапии рекомендуются витамины (А, В-1, В-6, В-12), седативные средства (ВАЛЕРИАНА, ЭЛЕНИУМ, СЕДУКСЕН и др.).

Имеются сообщения о положительном эффекте применения Миакальцика у больных с различной ревматической патологией в сочетании с остеопорозом, остеолитом, болевым синдромом, в т.ч. и при ПА.

Рекомендуемая тема форума — <https://psoranet.org/topic/2600>

Литература

1. Бадюкин В.В. Клиника и диагностика псориазной артропатии. Тер. Арх., N 11, 1977, с. 14-19.
2. Бадюкин В.В. Клинические проявления и течение злокачественной формы псориазной артропатии.

Тер. Арх., N 7, 1979, с. 23-27.

3. Бадюкин В.В. Суставной синдром при псориазе. Тер. Арх., N7, 1983, с. 81-85.

4. Бадюкин В.В. К вопросу о классификации псориатического артрита. Клин. ревм., N 1, 1995, с. 53-56.

5. Бурдейный А.П., Мылов Н.М. Клин. ревм., N 4, 1994, с. 17-19.

6. Панасюк Н.Н. Поражение почек при псориазе. Тер. Арх., N6, 1988, с. 130-134.

7. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. М., 1989, 592 с.

8. Насонов Е.Л. Клиника и иммунопатология ревматических болезней. М., 1994, 261 с.

9. Ревматические болезни (руководство по внутренним болезням под ред. Насоновой В.А., Бунчук Н.В.), 1997, 520 с.

10. Руководство по детской артрологии (под ред. Студеникина). 1987, 336 с.

11. Шарапова Г.Я. и др. Псориаз. М., 1989, 224 с.

12. Шубин С.В., Агабабова Э.Р. Клин. ревм., N 1, 1997, с. 8-15.

Типы (формы) псориаза, фото



Бляшечный псориаз



Псориатический артрит (фаланги пальцев)



Псориатический артрит (стопы)



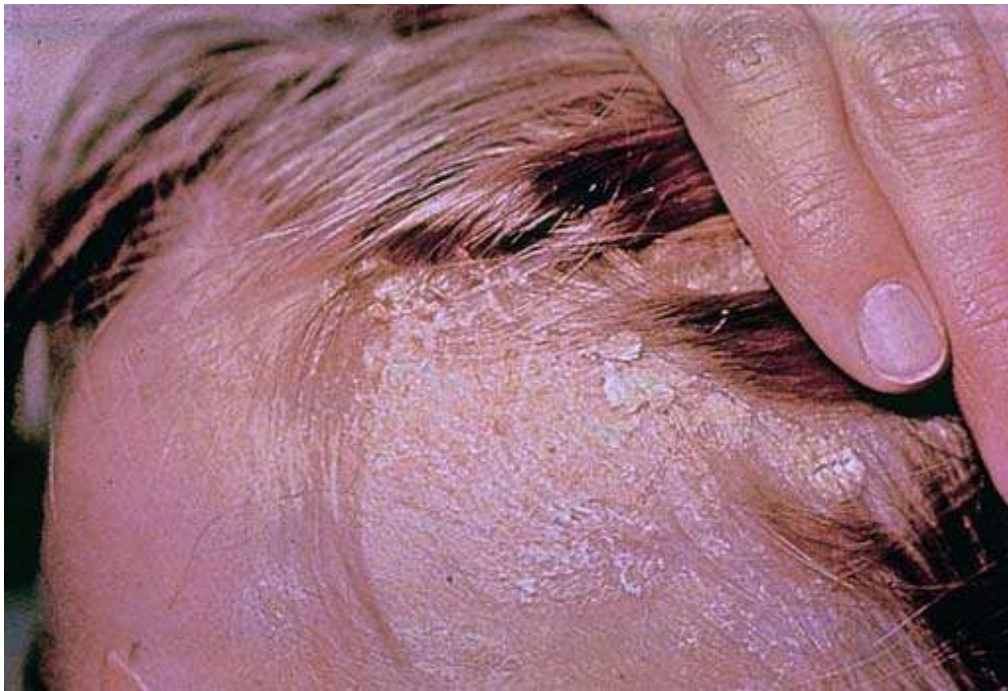
Инверсный псориаз



Псориатическая эритродермия



Каплевидный псориаз



Псориаз волосистой части головы



Проявление псориаза на ногтях



Пустулёзный псориаз

Псориаз: Клиника и формы

Псориаз – распространённый хронический дерматоз, поражающий кожу, ногти, суставы. Этиология и патогенез изучены недостаточно. Наиболее распространены генетическая, нейрогенная, обменная и вирусная теории происхождения заболевания, но ни одна из них не является общепризнанной. По-видимому, псориаз имеет мультифакторную природу. В его патогенезе определённую роль играют иммунологические, ферментные и другие биохимические нарушения в организме. Заболевание наблюдается в любом возрасте.

Клиника в типичных случаях характеризуется появлением монотипной бляшечно-папулёзной сыпи с элементами диаметром от 2—3 мм до 1—2 см. Высыпания локализуются в основном на разгибательных поверхностях конечностей (особенно в области локтевых и коленных суставов), на туловище, волосистой части головы (однако могут поражаться также и ладони, подошвы, лицо и др.). Папулы розовато-красного цвета, округлых очертаний, несколько выступают над поверхностью кожи, покрыты серебристо-белыми чешуйками.

При соскабливании чешуек выявляются 3 диагностических симптома (т.н. “псориатическая триада”): 1) стеаринового пятна (чешуйки, как стеарин, легко сыплются с поверхности папул); 2) терминальной плёнки (под отделившимися чешуйками появляется красноватая влажная блестящая поверхность); 3) кровавой росы (при дальнейшем поскабливании на гладкой влажной красной поверхности появляется точечное кровотечение).

Псориатические папулы отличаются выраженной склонностью к эксцентрическому росту, что приводит к образованию бляшек диаметром в несколько сантиметров (3—10 и более); бляшки сливаются в сплошные участки поражения с неровными очертаниями. При прогрессировании процесса вокруг папул появляется разлитой ярко-красный ободок, не покрытый чешуйками, что свидетельствует об эксцентрическом росте папул. Характерны также появление большого количества новых высыпаний, положительный феномен Кебнера (изоморфная реакция) — появление (через 7—10 дней) псориатических высыпаний на месте раздражения (царапины, ссадины), а также субъективные ощущения в виде зуда. При регрессировании

процесса интенсивность окраски и инфильтрация высыпаний снижаются, часть бляшек постепенно рассасывается. Рассасывание бляшек может начинаться с центральной части (тогда псориазные элементы приобретают кольцевидную или гирляндоподобную форму) или с периферических участков. При этом псориазные папулы как бы тают, вокруг них образуется белый депигментированный венчик - псевдоатрофический ободок Воронова. На местах рассосавшихся высыпаний остается временная депигментация — псевдолейкодерма. В периоды ремиссий на отдельных участках кожного покрова (чаще — в области локтевых, коленных суставов) могут оставаться единичные — “дежурные” — бляшки.

В зависимости от клинических особенностей выделяют несколько форм псориаза. Экссудативная форма нередко развивается у больных сахарным диабетом; при ней выражены отечность и яркость псориазных папул, на их поверхности образуются чешуе корки желтоватого цвета (вследствие пропитывания их экссудатом). При крайней выраженности этого процесса формируются мелкие полости, содержащие стерильный экссудат (пустулезный псориаз, который относят к тяжелым разновидностям заболевания).

Ладонно-подошвенная форма заболевания характеризуется преимущественным поражением ладоней и подошв, кожа которых краснеет, грубеет, покрывается трещинами и чешуйками. По краю ладоней и подошв обычно видны четкие очертания псориазных бляшек.

При себорейной форме поражена преимущественно волосистая часть головы, где в течение многих лет может локализоваться патологический процесс, не переходя на другие участки кожного покрова, причем клиническая картина напоминает себорею, отличаясь от нее резкими границами поражения с выходом на гладкую кожу лба, заушных областей, шеи.

Наиболее тяжелыми формами заболевания являются псориазная эритродермия и артропатический псориаз. При псориазной эритродермии патологический процесс охватывает весь (или почти весь) кожный покров. Кожа становится натянутой, грубой, инфильтрированной, красного цвета, с обильным крупно- и мелкопластинчатым шелушением на поверхности. Увеличиваются периферические лимфатические узлы, появляется субфебрильная температура, нарушается общее состояние больных (невротические расстройства, зуд, слабость, нарушение сна, аппетита и др.), наблюдаются изменения со стороны крови (лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, сдвиги в белковых фракциях и др.), мочи (появление белка). Развитию эритродермии способствует нерациональная, раздражающая терапия прогрессирующей стадии псориаза.

Артропатический псориаз характеризуется поражением преимущественно мелких суставов (межфаланговых, лучезапястных, голеностопных, межпозвоночных и др.) по типу артралгий или артропатий, сопровождающихся резкими болями и припухлостью суставов, ограничением их подвижности и деформацией. Рентгенологически выявляют поражение суставов, которое может сочетаться с поражением кожи или быть самостоятельным в течение ряда лет.

При всех формах псориаза возможно поражение ногтей в виде “истыканности” ногтевых пластин (феномен наперстка), их помутнения или утолщения (вплоть до онихогрифоза).

Течение заболевания — хроническое (на протяжении многих лет) с периодами обострения и ремиссий. В большинстве случаев выражена сезонность процесса — ухудшение в зимнее время со значительным улучшением летом (зимний тип), реже — наоборот (летний тип).

Диагностика основана на клинической картине. Дифференциальную диагностику проводят с папулезным сифилидом, красным плоским лишаем. Известные трудности представляет дифференцирование артропатического псориаза с ревматоидным артритом.

Профилактика. Больные должны находиться под диспансерным наблюдением и получать поддерживающую терапию зимой и ранней весной.

Источник: - <https://gabr.org/dermo/dermo9.htm>

Клинические симптомы при псориазе и парапсориазе

Как известно, кожа является зеркальным отображением большинства патологических процессов, происходящих внутри организма. Тем не менее, в дерматологической практике находят применение лишь несколько десятков симптомов, что существенно отличает данную отрасль медицины от таких врачебных специальностей как хирургия, неврология и педиатрия, оперирующих сотнями симптомов. Ниже приведены типичные признаки как псориаза, так и группы патологий, объединённых общим названием «парапсориаз», что должно способствовать упрощению их диагностики.

ПСОРИАЗ

ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ТРИАДА:

1. «СТЕАРИНОВОГО ПЯТНА» симптом (феномен) — при граттаже псориатических высыпаний поверхность высыпных элементов становится интенсивно белой, отделяются стеариноподобные чешуйки, обусловленные паракератозом.
2. ПЛЁНКИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ симптом; терминальной пленки феномен — при снятии чешуек с псориатических папул появляется блестящая красная поверхность за счет акантоза.
3. АУСПИТЦА симптом (Auspitz, 1897); феномен точечного кровотечения; феномен «кровяной росы» А.Г.Полотебнова — при граттаже псориатических высыпаний после феномена стеаринового пятна и терминальной пленки появляется точечное кровотечение, обусловленное папилломатозом.

Симптомы, характерные для прогрессирующей стадии (обострения)

ПИЛЬНОВА симптом; ободок Пильнова — красный ободок гиперемии по периферии псориатических папул, непокрытых в этих участках чешуйками, в прогрессивной стадии.

КЁБНЕРА симптом (Kobner, 1872); изоморфная реакция — при повреждении или раздражении кожи в прогрессивной стадии псориаза на месте травмы появляются свежие высыпания. Наблюдается также при красном плоском лишае, дерматите Дюринга и др.

Симптомы, характерные для стационарной стадии

КАРТАМЫШЕВА симптом — при пальпации с закрытыми глазами ощущение чётких границ по периферии псориатических бляшек на волосистой части головы, в отличие от очагов себорейного дерматита, отграничение которых от непоражённой кожи пальцами не определяется. Дифференциально-диагностический признак псориаза и себореи.

Симптомы, характерные для стадии регресса

ВОРОНОВА симптом; псевдоатрофический ободок Воронова — в регрессивной стадии, при «уходе» псориатических папул вокруг них обнаруживается блестящее светлое кольцо, иногда слегка морщинистой кожи.

ПАРАПСОРИАЗ

БЕРНГАРДТА симптом (Bernhardt, 1926); «белой полосы» феномен — возникновение на коже белой полосы шириной 3-6 мм после проведения ногтем.

ОБЛАТКИ симптом; Пospelова феномен; Брока феномен — плотная сухая чешуйка в виде облатки пили коллодийной пенки на папулах или перламутровый цвет папул после наложения компресса; признак каплевидного парапсориаза.

ПУРПУРЫ симптом (феномен); Брока-Иванова симптом — точечные кровоизлияния при граттаже вблизи папул и на папулах при каплевидном парапсориазе.

ШЕЛУШЕНИЯ СКРЫТОГО симптом; феномен Машкиллеясона — при граттаже папул, не покрытых чешуйками, при парапсориазе выявляется скрытое шелушение.

Источник:

Сайт rusmedserv — <https://www.rusmedserv.com/dermatology/symptoms.htm>