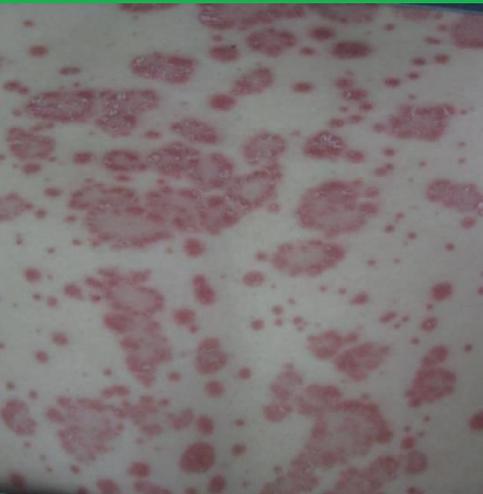


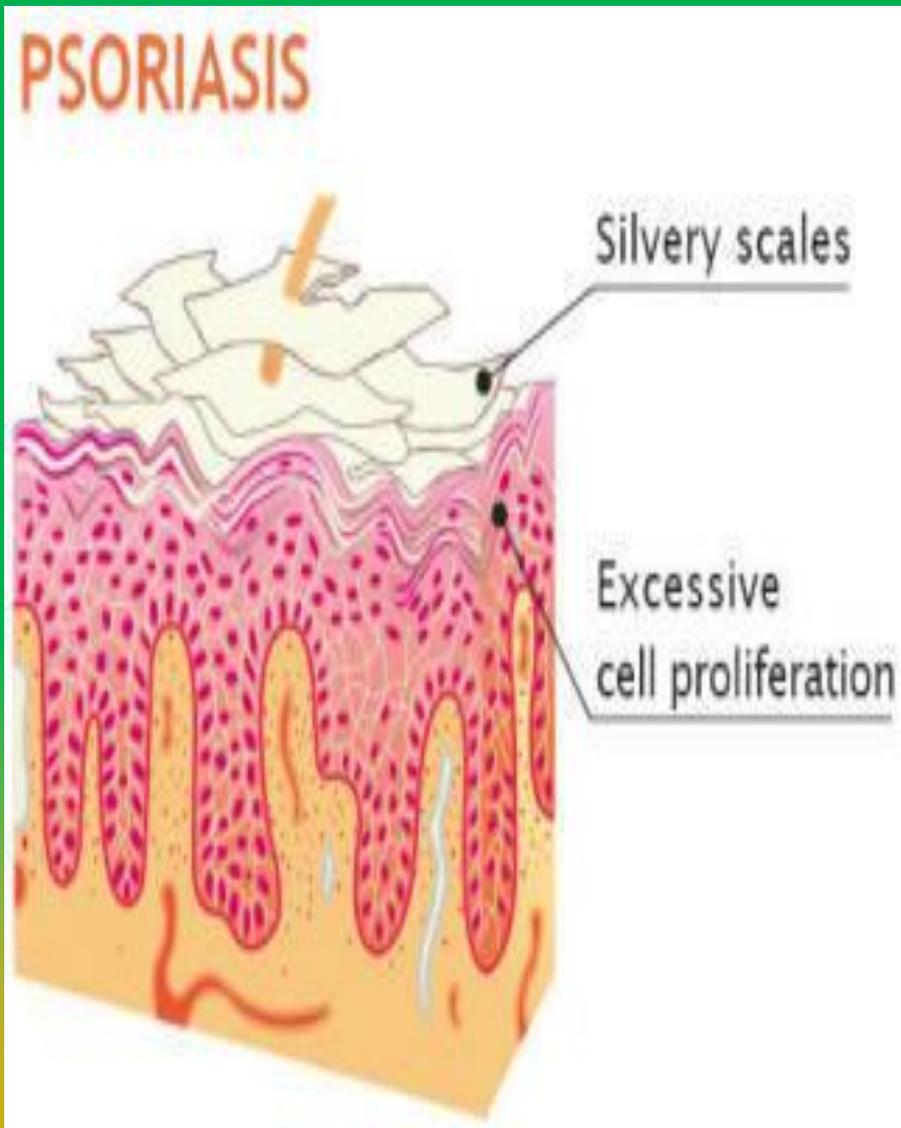
Хронические дерматозы (псориаз, красный плоский лишай, коллагенозы, пузырьные дерматозы)

Доцент кафедры
дерматовенерологии
ВолгГМУ, к.м.н.
Сердюкова Е.А.



ПСОРИАЗ

чешуйчатый лишай



- Хроническое заболевание кожи мультифакториальной природы с наследственной предрасположенностью, характеризующееся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, обусловленной активированными Т-лимфоцитами и синтезом провоспалительных цитокинов

- Наиболее распространенное заболевание кожи
- Встречается в 1-3% (с превалированием в Западной Европе и Скандинавии и России)
- 30% в структуре кожной патологии
- Приводит к инвалидизации и психосоциальной дезадаптации
- Часто сочетается с метаболическим синдромом
- Мужчины болеют чаще и тяжелее
- Начинается в любом возрасте



ЭТИОЛОГИЯ

➤ Генетическая

- 20-25% случаев – семейный псориаз
- 1 тип HLA $Cw6$ и HLA $DR765$ % пациентов начало в 18-25 лет
- 2 тип поздний возраст;
- генетическая компонента 60-70% , средовая 30-40 %
- если один родитель болен 25%, оба 60%)

➤ Инфекционно-бактериологическая

(купирование процесса после лечения очагов фокальной инфекции);

➤ Нейро-эндокринная (стресс в 40 % случаев)

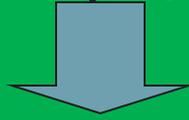
➤ Злоупотребление алкоголем и нарушение диеты;

➤ Некоторые лекарственные препараты (бета-блокаторы, аминоинолиновые препараты, соли лития);

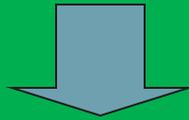


ПАТОГЕНЕЗ

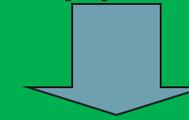
Генетическая предрасположенность



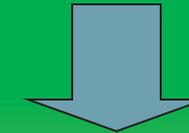
Провоцирующие факторы



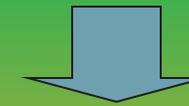
Презентация антигена дендритными АГП-клетками



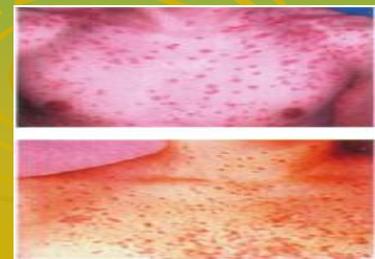
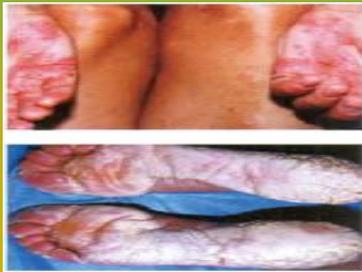
Иммунный ответ, медиированный Т-лимфоцитами



Секреция цитокинов



Воспаление , клеточная пролиферация



Клиническим проявлением является
псориазическая бляшка.



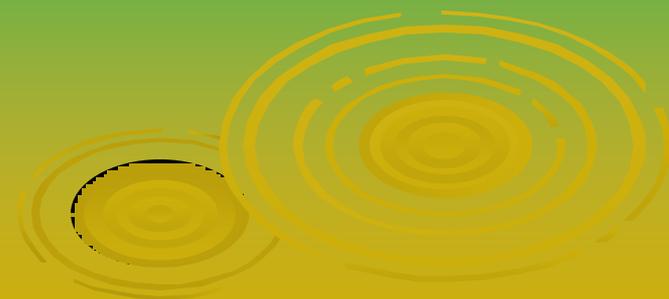
- Папула розового, красного цвета с серебристо-белыми чешуйками
- при пустулезном псориазе – пустула, пятнистом – пятно
- Излюбленная локализация: разгибательная поверхность конечностей, волосистая часть головы, поясница, крестец
- течение хроническое рецидивирующее
- сезонность

Клиническая картина



Клиническая картина

- Ограниченный или распространенный
- «дежурные бляшки» существуют длительно на коленях и локтях



Классификация псориаза

- Вульгарный псориаз
- Экссудативный псориаз
- Псориатическая эритродермия
- Псориатическая артропатия
- Пустулезный псориаз
 - ограниченный ладонно-подошвенный (Барбера)
 - генерализованный (Цумбуша)





Псориатическая триада: СИМПТОМЫ

- «стеаринового пятна»
- «терминальной пленки»
- «кровяной росы»



















- точечные углубления «симптом наперстка»
- легкое помутнение ногтевой пластинки
- утолщение или гипертрофия (онихогрифоз)
- истончение

Поражение ногтей (ониходистрофия)



Прогрессирующая стадия



Стационарная стадия



Регрессирующая стадия



Общее лечение

1. Гипосенсибилизирующая и детоксицирующая терапия (тиосульфат натрия, глюконат кальция, физ. р-р, реамберин)
2. Антигистаминные препараты первого поколения (супрастин, тавегил, фенкарол) и второго поколения (кларитин, эриус, зиртек, кестин)
3. Психотропные средства , седативная терапия (настойка пустырника, валерианы, новопассит, транквилизаторы.
4. Общеукрепляющая терапия : Витамины группы В (В1,В2,В6,В12), аскорбиновую кислоту, фолиевую кислоту , витамины А,С,РР.
5. Энтеросорбенты (лактофильтрум, активированный уголь , полифепан)
6. Гепатопротекторы (карсил, эссенциале, фосфоглив)
7. При легкой форме делагил, плаквенил.
8. Ароматические ретиноиды (неотигазон)
9. При тяжелых формах (инфузионная терапия, цитостатики, системные кортикостероиды, биологические препараты)

Наружная терапия

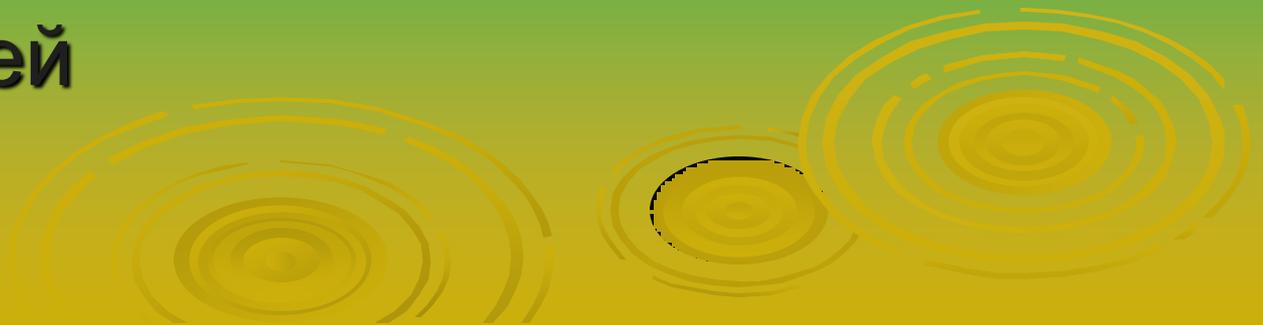
- Топические глюкокортикостероиды (элоком, адвантан, белодерм)
- Средства, содержащие синтетические аналоги витамина Д3 (дайвонекс, дайвобет)
- Активированный цинк пиритион (скин-кап, циновит, цинокап)
- Содержащие салициловую кислоту (2%) , ихтиол, нафталанскую нефть, деготь березовый
- Смягчающие средства

Физиотерапевтические методы лечения

- Гелиотерапия
- УФО источники терапевтического спектра 280-400 нм
- Селективная фототерапия (УФ-Б 280-320 нм)
- ПУВА-терапия
- Электросон
- УЗ на очаги поражения
- Дарсонвализация на волосистую часть головы

Профилактика псориаза

- Санация очагов фокальной инфекции,
- Коррекция нарушений углеводного, липидного обмена, иммунитета,
- Профессиональная ориентация: не рекомендовать профессии, связанные с травматизацией кожи, воздействием аллергезирующих факторов и нервно-психических перегрузок.
- Уход за кожей



**Красный
плоский лишай -**
хроническое
воспалительное
заболевание кожи и
слизистых оболочек,
характеризующееся
гладкими ,плоскими
полигональными
папулезными
высыпаниями,
сопровождающееся
зудом



- Впервые описан Вильсоном в 1869 году
- 1% дерматологической патологии
- Среди болезней слизистой полости рта 35-60%
- Чаще болеют женщины от 35 до 55 лет



ЭТИОЛОГИЯ

- Неврогенные факторы (стрессы, локализация высыпаний по ходу нервов, эффективность гипноза и ИРТ)
- Инфекционная (вирусы, очаги фокальной инфекции)
- Токсико-аллергические воздействия (экзо- и эндогенного происхождения)
- Иммунные нарушения
- Генетическая предрасположенность
- Обменная (сочетание с сахарным диабетом)

Патогенез

Этиологический фактор

```
graph TD; A[Этиологический фактор] --> B[Лимфоцитарная инфильтрация дермы, проникновение CD4 лимфоцитов в эпидермис]; B --> C(Полигональные папулы на коже);
```

Лимфоцитарная инфильтрация
дермы, проникновение CD4
лимфоцитов в эпидермис

Полигональные папулы
на коже

Классификация

По особенностям первичного морфологического элемента	Типичная Гипертрофическая (бородавчатая, веррукозная) Буллезная (пемфигоидная) Атрофическая Пигментная Эрозивно-язвенная
По расположению элементов	Кольцевидная Дугообразная Линейная Фолликулярная
По локализации	Ладоней и подошв, волосистой части головы, монилиформная, слизистой полости рта, ногтей
По течению	Острое, подострое, хроническое

Клиническая картина

- Полигональные папулы
- От булавочной головки до чечевицы
- Красновато-розовая окраска с синюшным оттенком или фиолетовым оттенком
- Воскообразный блеск при боковом освещении
- Пупковидное вдавление в центре
- Положительный симптом Уикхема (сетка Уикхема)
- Выраженный зуд



Локализация высыпаний

- Сгибательная поверхность конечностей,
- Лучезапястные суставы
- Складки,
- Слизистые полости рта и гениталий.
- Практически не поражается в/ч головы, кожа ладоней и подошв



Стадии заболевания

- Прогрессирующая
- Стационарная
- Регрессирующая



Классификация красного плоского лишая

- Типичная
- Веррукозная
- Буллезная (пемфигоидная)
- Атрофическая
- Пигментная
- Кольцевидная

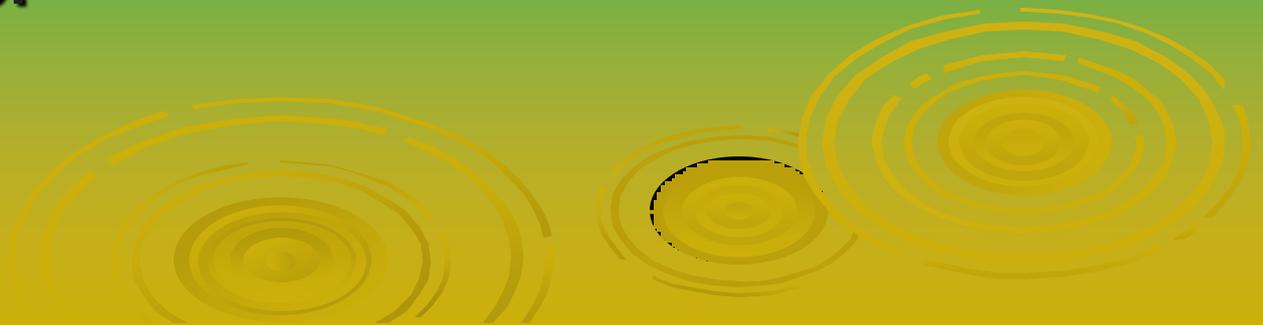


Принципы лечения

1. Санация очагов фокальной инфекции. В остром периоде можно назначить антибактериальную терапию (тетрациклин, макролиды)
2. Седативная терапия (настойка пиона, пустырника, бром, транквилизаторы)
3. Иммунологические препараты (метилурацил, Т-активин)
4. Витамины группы В (В1,В6,В12), С,Е.

Принципы лечения

5. Гипосенсибилизирующие (тиосульфат натрия, глюконат кальция).
6. Антигистаминные препараты.
7. Противомаларийные препараты (делагил, плаквенил).
8. ФТЛ: электросон, УФО, ультразвук, криомассаж и криодеструкция
9. ИРТ, гипноз.



Местное лечение

- Противозудные средства
(спирты, мази – ментоловая, анестезиновая, димедроловая)
- Рассасывающие мази
(нафталан, ихтиол)
- Кортикостероидные мази

Профилактика красного плоского лишая

- Санация очагов фокальной инфекции
- Своевременное выявление сопутствующей патологии
- Предотвращение приема ряда медикаментов, способствующих спровоцировать развитие или обострение заболевания
- Оздоровление, закаливание организма,
- Избегать нервно-психические перенапряжения



**Диффузные болезни
соединительной ткани
(коллагенозы) характеризуются
преимущественным поражением
соединительной ткани**

- **Красная волчанка**
- **Склеродермия**
- **Дерматомиозит**
- **Узелковый периартериит**



КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

(от лат. *lupus erythematoses*)

- диффузное заболевание соединительной ткани, характеризующееся системным иммунокомплексным поражением соединительной ткани с поражением сосудов микроциркуляторного русла

П а т о г е н е з

- Ведущее значение в развитии патологии при волчанке придают аутоиммунным реакциям
- В крови больных выявлен необычный белок – антиядерный или антинуклеарный фактор, повреждающий ядра клеток крови, особенно лейкоцитов и лимфоцитов
- Ядерное вещество гомогенизируется и поступает в кровь в виде отдельных шаров
- Неповрежденные лейкоциты фагоцитируют эти тельца, которые занимают большую часть цитоплазмы, образуя так называемые LE-клетки

Классификация

- Различают хроническую красную волчанку и системную красную волчанку.
- К хронической красной волчанке относят:
 - дискоидную,
 - диссеминированную,
 - центробежную эритему Биетта
 - глубокую форму Ирганга-Копоши

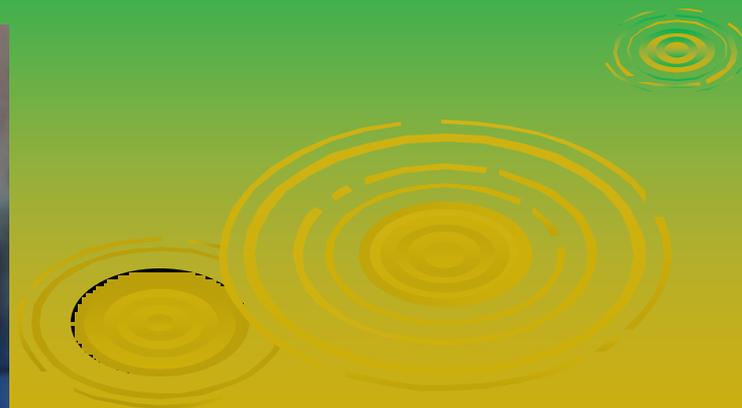
Клиническая картина

- Складывается из трех последовательных стадий.
- **1 стадия** *инфильтративной эритемы* характеризуется появлением на коже красного или розового с синюшным оттенком слегка отеочного круглого с четкими границами пятна



Клиническая картина

- Вскоре в центре его появляются мелкие плотные сероватые чешуйки это **2 стадия фолликулярного гиперкератоза**
- Уплотненные ярко-красного цвета бляшки покрываются роговыми плотно сидящими чешуйками, погруженными в расширенные устья волосяных фолликулов



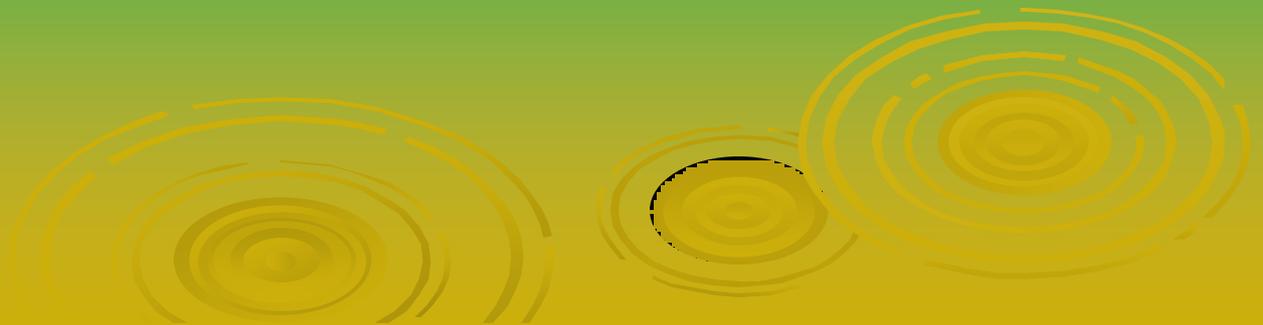
Клиническая картина

- 3 стадия *рубцовой атрофии* характеризуется формированием рубцовой атрофии



Системная красная волчанка

- Может развиваться спонтанно или в результате трансформации из хронических форм в результате нерационального лечения, облучения УФО, стрессовых ситуаций
- Развиваются висцеропатии, боли в суставах, кожные высыпания, лихорадка



Лечение

- Противомаларийные препараты (делагил, плаквенил,)
- Иммуномодуляторы
- Противовоспалительная терапия
- При СКВ системные кортикостероиды
- Местная терапия : нефторированные кортикостероидные мази, солнцезащитные мази
- Криотерапия жидким азотом



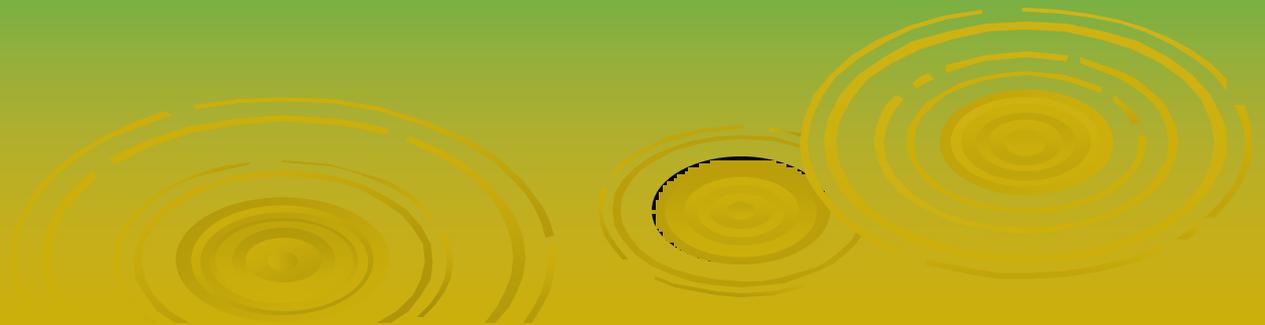
Профилактика красной волчанки

- Первичная профилактика заключается в своевременном обследовании пациентов, находящихся в группе риска и ранней диагностике заболевания
- Вторичная профилактика предусматривает предупреждение развития обострений.
- Сбалансированное питание
- Отказ от употребления алкоголя, прививок, которые могут вызывать обострения заболевания



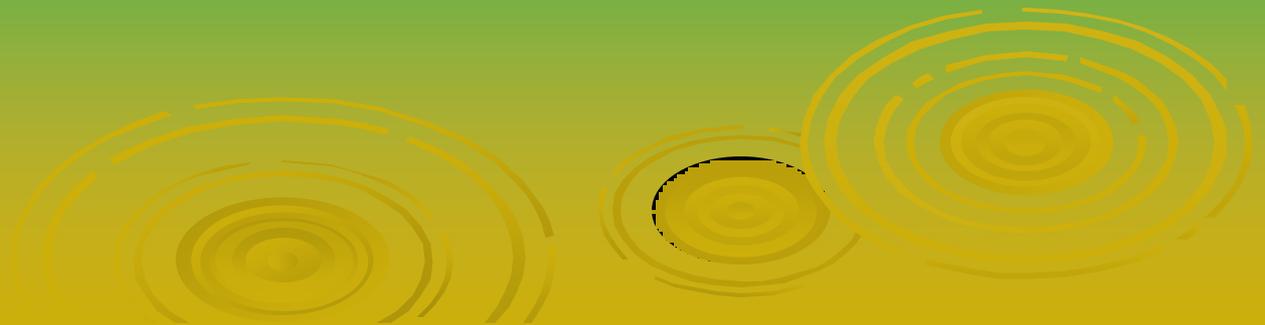
Склеродермия

- Хроническое заболевание соединительной ткани, характеризующееся очаговыми воспалительно-склеротическими изменениями кожи и подлежащих тканей без вовлечения в патологический процесс внутренних органов



Провоцирующие факторы

- переохлаждение
- травмы
- инсоляция
- введение гетерогенных белков, вакцин
- переливание крови



Этиопатогенез

- Этиология неизвестна
- Повышенный синтез коллагена
- Отложение коллагена и других компонентов соединительной ткани в коже и подкожной клетчатке
- Иммунные нарушения
- Расстройства микроциркуляции



Классификация

- Ограниченная и системная
- Ограниченная склеродермия характеризуется очаговым поражением кожи
- Выделяют : бляшечную, полосовидную формы и болезнь белых пятен или склероатрофический лишай



Клиническая картина

- **1.Стадия воспалительного отёка** которой характерно появление на коже туловища, конечностей эритематозного отёчного пятна розового или сиреневого оттенка с нечеткими границами диаметром до 10-20 см и более. В центре пятно бледнеет до цвета слоновой кости с сохранением сиреневого кольца по периферии



Клиническая картина

- **2.Стадия индурации (уплотнения или склероза),** характеризующаяся инфильтрацией и уплотнением пятна
- Его консистенция становится плотной, вплоть до деревянистой
- Кожа в очаге не собирается в складку
- Волосы выпадают
- Снижается чувствительность, сало-и потоотделение



Клиническая картина

- **3.Стадия рубцовой атрофии, при которой уплотнение постепенно рассасывается, кожа истончается наподобие папиросной бумаги вследствие рубцовой атрофии подлежащих тканей**



Системная склеродермия

- Характеризуется тяжелым, неуклонно прогрессирующим течением.
- Висцеропатии по типу склероза
- Боли в мышцах, суставах
- Синдром Рейно (сосудистые спазмы, акроцианоз, ощущение холода, онемение, парестезии)
- Различают два типа течения системной склеродермии: акросклероз и диффузная форма.

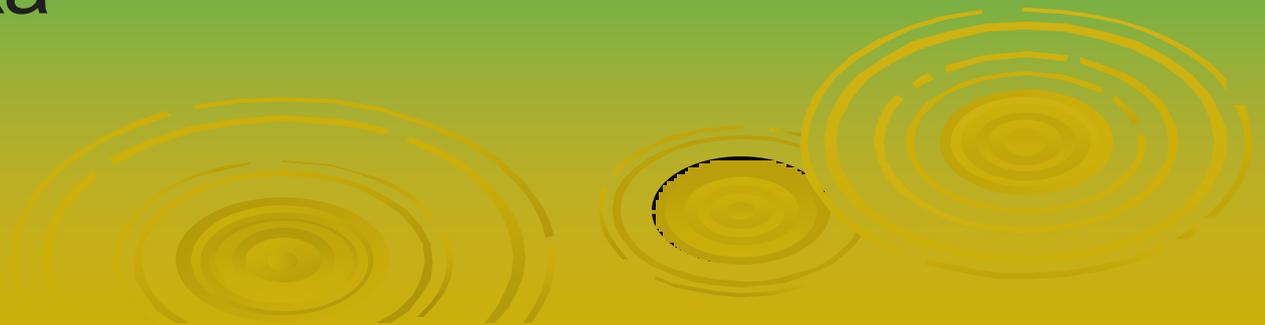


Лечение склеродермии

- Пенициллинотерапии
- Вазоактивные вещества (теоникол, компламин, никотиновая кислота, но-шпа, андекалин)
- В стадию индурации -препараты гиалуронидазы (лидаза, лонгидаза)
- Витамины Е,А,С
- Наружно: кортикостероидные мази, рассасывающие средства
- ФТЛ: ультразвук, гипербарическая оксигенация, магнитотерапия, озокерит, лечебные грязи, гирудотерапия, массаж, низко-интенсивное лазерное облучение, сероводородные, радоновые ванны
- При системной форме склеродермии — системную кортикостероидную терапию

Профилактика коллагенозов

- Санация очагов фокальной инфекции;
- Профилактический прием антималярийных препаратов
- Использование фотозащитных кремов
- Санаторно-курортное лечение
- Бальнеотерапия, массаж, лечебная гимнастика



Пузырные (буллезные) дерматозы

- группа заболеваний различного генеза, объединенных по признаку мономорфности высыпаний (пузыри), реже сочетающиеся с другими морфологическими элементами



Акантолитическая пузырьчатка

- это заболевание с хроническим волнообразным течением, характеризующееся развитием пузырей на неизменённой коже и слизистых, имеющих тенденцию к генерализации с нарушением общего состояния больных.
- Ведущую роль в патогенезе отводят аутоиммунным изменениям.
- Вследствие формирования аутоиммунных реакций IgG откладываются в области тонофиламентов, соединяющих шиповатые клетки, в результате развития иммунокомплексного воспаления происходит нарушение связей между клетками шиповатого слоя эпидермиса (акантолиз) и образуются многочисленные продольные трещины в толще эпидермиса и, как следствие, формируется интраэпидермальный пузырь.

Клиническая картина

- Появление вначале эрозий на слизистой полости рта, затем дряблых пузырей и эрозий на видимо неизменной коже
- Положительные симптомы **акантолиза** (*при потягивании за обрывок крышки пузыря происходит отслойка кожи - симптом Никольского, при надавливании предметным стеклом на пузырь, он увеличивается в размерах - симптом Азбо-Ганзена*)



Классификация акантолитической пузырчатки

- вульгарная пузырьчатка
- вегетирующая пузырьчатка
- листовидная (эксфолиативная) пузырьчатка
- себорейная (эритематозная) пузырьчатка или синдром Сенира-Ашера)



Диагностика акантолитической пузырчатки

- Типичная клиническая картина
- Симптомы акантолиза
- Цитологический метод (обнаружение акантолитических клеток (клеток Тцанка-дегенеративно-измененных клеток шиповатого слоя вследствие акантолиза) в мазках-отпечатках со дна эрозий или с нижней поверхности покрышки пузыря)
- Гистологическое исследование (внутриэпидермальное расположение пузырей)
- Реакции иммунофлюоресценции, при которой находят отложение Ig G в местах межклеточных контактов шиповатого слоя (прямой метод) или в крови (непрямой метод).

Лечение акантолитической пузырчатки

- Назначение по жизненным показаниям системных кортикостероидов
- Параллельно назначают анаболические стероиды, препараты калия, кальция, иммуностимуляторы, антибиотики, витамины С, В
- При необходимости – инфузионная терапия, гемосорбция, плазмоферез, гемотрансфузии
- Местное лечение заключается в назначении анилиновых красителей, полоскании полости рта фурациллином, использовании стероидных и эпителизирующих мазей

Герпетиформный дерматит Дюринга

- хронически-рецидивирующий токсико-аллергический дерматит, в основе патогенеза которого лежит глютенная энтеропатия тонкой кишки, обусловленная ферментопатией, ведущей к сенсибилизации, непереносимости глютена или клейковины – составной части белка злаковых растений
- Заболевание может начаться в любом возрасте, но чаще в 30-40 лет

- Характерна выраженная сезонность (улучшение в осенне-зимний период)
- Заболевание может начинаться с субъективных ощущений (покалывание, жжение, зуд), которые могут на несколько часов или даже дней предшествовать появлению сыпи
- Характерен истинный полиморфизм, когда одновременно появляются различные первичные морфологические элементы: *пузырьки, пузыри, папулы, волдыри, пятна, пустулы*, а затем корочки, эрозии, эксфолиации
- Характерна сгруппированность сыпи по типу герпеса
- Высыпания чаще локализуются на коже пояснично-крестцовой области, ягодиц, разгибательных поверхностей конечностей.
- Высыпания сопровождаются выраженным жжением, зудом и болезненностью, усиливающимися к вечеру



Диагноз герпетиформного дерматита Дюринга

основывается на:

- Наличие характерной клинической картины,
- Отрицательные симптомы акантолиза
- Отсутствие акантолитических клеток,
- Субэпидермальная локализация пузыря при гистологическом исследовании
- Эозинофилия в крови и содержимом пузырей
- При РИФ в зоне базальной мембраны и сосочков дермы выявляют отложения IgA
- Проба Ядассона, которая заключается в аппликации на кожу 50% мази йодида калия (при положительной пробе на месте наложения мази через 24-48 часов возникают новые высыпания)



Лечение герпетиформного дерматита Дюринга

- Безглютеновая диета
- Применение сульфонов
- Системные глюкокортикостероиды
- Также назначаются гипосенсибилизирующие и антигистаминные препараты, энтеросорбенты
- Наружно анилиновые красители, кортикостероидные мази, аэрозоли. Лечение необходимо проводить на фоне безглютеновой диеты.



К мерам профилактики пузырных дерматозов относят

- 1) диспансерное наблюдение;
- 2) режим труда с исключением психо-эмоциональных и физических нагрузок;
- 3) исключение инсоляции;
- 4) исключение контакта с химическими раздражителями, сыростью, грязью;
- 5) своевременное обследование и лечение сопутствующей патологии.

**Благодарю
за внимание**

