



Библиотека
врача-специалиста

Дерматовенерология

К.И. Разнатовский, О.В. Терлецкий

Псориатическая болезнь

Диагностика, терапия,
профилактика



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Глава 2

Классификация псориаза и псориатического артрита

2.1. КЛАССИФИКАЦИИ ПСОРИАЗА

Общепринятой классификации псориаза нет. Традиционно различают четыре типа псориаза:

- вульгарный псориаз;
- пустулезный псориаз;
- псориатическую эритродермию;
- ПА (Машкиллейсон Л.Н., 1965; Ашмарин Ю.Я. и соавт., 1977; Милевская С.Г., Бородулин В.Г., 1989; Довжанский С.И., Утц С.Р., 1992; Мордовцев В.Н., 1995; Терлецкий О.В., 1998; 2007; 2010; Бадочкин В.В., 2005; Самцов А.В., Барбинов В.В., 2008; Молочков В.А. и соавт., 2007).

Коды по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)

- L40 Псориаз:
 - L40.0. Псориаз обыкновенный:
 - ✧ монетовидный псориаз;
 - ✧ бляшечный псориаз;
 - L40.1. Генерализованный пустулезный псориаз:
 - ✧ импетиго герпетиформное;
 - ✧ болезнь Цумбуша;
 - L40.2. Акродерматит стойкий (Аллопо);
 - L40.3. Пустулез ладонный и подошвенный;

- L40.4. Псориаз каплевидный;
- L40.5. Псориаз артропатический (M07.0–M07.3*);
- L40.8. Другой псориаз:
 - ✧ сгибательный инверсный псориаз;
- L40.9. Псориаз неуточненный;

- *M07.0. Псориатическая артропатия;
- M07.1. Мутилирующий артрит;
- M07.2. Остеолитический, псориатический спондилит.

* К другим псориатическим артропатиям (M07.3), как это обозначено, относятся олигоартритический и полиартритический варианты.

2.1.1. Классификации вульгарного псориаза

Существуют различные классификации вульгарного псориаза. Л.Н. Машкиллейсон (1965) выделял следующие типы псориаза:

- себорейный псориаз (*psoriasis seborrhoica*);
- фолликулярный псориаз (*psoriasis follicularis*);
- устрицеобразный, или рупиоидный, псориаз (*psoriasis ostracea*, от лат. *ostrea* — устрица; *psoriasis rupioides*, от лат. *rupia* — грязь, струпная сыпь);
- бородавчатый и папилломатозный псориаз (*psoriasis verrucosa et papillomatosa*);
- экссудативный псориаз (*psoriasis exsudativa*);
- буллезная форма псориаза (*psoriasis bullosa*);
- псориаз ладоней и подошв (*psoriasis palmaris et plantaris*);
- псориаз ногтей (*psoriasis unguitem*);
- псориаз слизистых оболочек (*psoriasis mucosae*);
- обратный псориаз (*psoriasis inversu*);
- псориаз сгибов (*psoriasis flexurarum s. plicarum*);
- застарелый псориаз (*psoriasis inveterata*).

С.Т. Павлов и соавт. (1985) выделяли:

- пятнистый псориаз (*psoriasis exanthematica*);
- раздраженный псориаз (*psoriasis irritabilis*);
- себорейный псориаз (*psoriasis seborrhoica*);
- застарелый псориаз (*psoriasis inveterata*);
- экссудативный псориаз (*psoriasis exsudativa*);
- ладонно-подошвенный псориаз (*psoriasis palmaris et plantaris*);
- псориаз ногтей (*psoriasis unguitem*);
- псориаз слизистых (*psoriasis mucosae*).

С.И. Довжанский и С.Р. Утц (1992) выделяют экссудативный псориаз и следующие атипичные клинические формы: веррукозный псориаз; интертригинозный псориаз; рупиоидный псориаз; фолликулярный псориаз.

Л.Н. Машкилейсон (1965) по величине и форме высыпаний различал: точечную форму псориаза (*psoriasis punctata*) — высыпания величиной с булавочную головку, при несколько большей величине высыпаний — каплевидный псориаз (*psoriasis guttata*), при круглой форме больших бляшек — монетовидный псориаз (*psoriasis nummularis*). При слиянии соседних высыпаний и бляшек возникают разнообразные по очертаниям фигурные очаги (*psoriasis figurata*), часто напоминающие неправильные очертания географических карт (*psoriasis geographica*). В других случаях образуются кольцевидные и серпигиозные очаги (*psoriasis annularis, orbicularis, serpiginosa*). Иногда в результате слияния мелких псориатических высыпаний образуются микроциклические очертания очагов (*psoriasis microcircinata*).

По распространенности процесса С.Т. Павлов и соавт. (1985) различают ограниченный, диффузный (сплошное поражение кожи значительных участков тела) и универсальный псориаз (всего кожного покрова).

По величине и форме С.И. Довжанский и С.Р. Утц (1992) различают: точечный псориаз (*psoriasis punctata*) — мелкие папулы величиной с булавочную головку или просыное зерно; каплевидный псориаз (*psoriasis guttata*) — элементы диаметром 2–3 мм, достигающие размеров чечевицы; монетовидный псориаз (*psoriasis nummularis*) — высыпания величиной с 3–5-копеечную монету и больше; кольцевидный псориаз (*psoriasis annularis seu orbicularis*) — элементы образуют кольца; *psoriasis gyrata* — высыпания располагаются в виде дуг и гирлянд; географический или фигурный псориаз (*psoriasis geographica seu figurata*) — очертания очагов напоминают географическую карту; линейный псориаз (*psoriasis linearis*) — сливаясь между собой, высыпания образуют очаги линейной формы. Для практической работы выделяют следующие формы: папулезную, папулезно-бляшечную, бляшечную, крупнобляшечную, диффузную.

Американские ученые Е. Christophers и W. Sterry (1993) выделяют:

1. Непустулезные формы:

- обычный псориаз:
 - а) с ранним началом (тип I);
 - б) с поздним началом (тип II);
- псориатическую эритродермию.

2. Пустулезные формы:

- ладонно-подошвенный пустулезный псориаз Барбера;
- пустулезный псориаз, протекающий по типу центробежной кольцевидной эритемы;
- генерализованный пустулезный псориаз Цумбуша.

В.Н. Мордовцев (1995) описывает следующие формы псориаза: капельный (*psoriasis punctata, guttata*), псориаз сгибательных поверхностей конечностей (*psoriasis inversa*), инфильтрированный псориаз (*psoriasis inveterata*), экссудативный псориаз (*psoriasis exsudativa*), устрицеобразный псориаз (*psoriasis ostracea, s. rupioides*), псориаз, сходный с микробной экземой (*psoriasis eczematoides*), бородавчатый псориаз (*psoriasis verrucosa*), себорейный псориаз (*sebopsoriasis; psoriasis in seborrhoico*), псориаз складок (*psoriasis intertriginoides*), псориаз головки полового члена и внутренней поверхности крайней плоти (*balanopostitis psoriatica*), на малых половых губах (*vulvitis psoriatica*), псориаз ладоней и подошв (*psoriasis palmarum et plantarum*), псориаз ногтей пластинок (*psoriasis unguutum*), «пеленочный» псориаз (*napkin psoriasis*), фолликулярный псориаз (*psoriasis follicularis*).

D. Matthews и соавт. (1996) делят псориаз на:

- тип I (ранний, в возрасте до 40 лет), ассоциирующийся с антигенами HLA Cw6, B57, Dr7, гаплотипами E57.1 и EP65.1 и семейным наследованием заболевания (гены, предрасполагающие к заболеванию, находятся на хромосомах 4q, 6q, 16q, 17q и 20p);
- тип II (поздний, с началом в возрасте старше 40 лет), характеризующийся слабой связью с антигенами системы HLA, отсутствием семейного риска развития заболевания и большей предрасположенностью к поражению суставов и ногтей пластинок.

Т. Фицпатрик и соавт. в 1999 г. выделяют следующие непустулезные формы: обычный псориаз (с ранним началом — тип I и с поздним началом — тип II) и псориагическую эритродермию. Тип I встречается в 75% случаев (начинается в среднем в 19 лет), тип II — в 25% (начинается в среднем в 56 лет).

Немецкие дерматологи О. Braun-Falco и соавт. (2000) выделяют:

1. Латентный псориаз — врожденное предрасположение к развитию дерматоза, особенности метаболизма, структурные и функциональные изменения кожи (этот тип заболевания констатируют, как правило, в семьях больных псориазом, а также у их родственников).

2. Манифестный псориаз.

Формы манифестного псориаза разделяются:

а) по размеру и характеру высыпаний на:

- каплевидную;
- фолликулярную;
- монетовидную;
- географическую;
- псориагическую эритродермию;

б) по конфигурации высыпаний на:

- кольцевидную;
- спиралевидную;
- серпигиозную (длиной до 1–2 см);

в) по локализации высыпаний:

- псориаз волосистой части головы;
- псориаз складок кожи;
- псориаз перианальной области;
- псориаз полового члена;
- псориаз ладоней и подошв;
- псориаз ногтей;
- псориаз слизистых оболочек;
- псориаз с поражением внутренних органов.

А.А. Кубанова (2003) указывает на два типа псориаза. Тип 1 связан с системой HLA-антиген [HLA-Cw6 (20-кратное увеличение риска возникновения псориаза), HLA Bw17], встречается у 65% пациентов, заболевших псориазом в возрасте до 25 лет, прослеживается наследственный характер заболевания, склонность к более тяжелому течению. Тип 2 не связан с системой HLA и возникает в возрасте старше 50 лет, течение доброкачественное.

2.1.2. Классификации псориагического поражения ногтевых пластинок

Изолированные псориагические онихии представляют значительные трудности для диагностики. Они регистрируются почти у 1% пациентов (Довжанский С.И., Утц С.Р., 1992). Л.Н. Машкиллейсон в 1965 г. выделял первичный и поздний псориаз ногтей.

- *Первичный псориаз ногтей:*
 - точечный псориаз («наперсток»);
 - папулезный псориаз (сосочки Hebra, Heller).
- *Поздний псориаз ногтей:*
 - подногтевой гиперкератоз;

- поперечные борозды на ногтевых пластинках;
- продольные борозды на ногтевых пластинках;
- изменение формы ногтевых пластинок, в частности по типу платонихии;
- деструкция ногтевых пластинок, иногда с полным их отхождением и др.;
- комбинированные изменения ногтевых пластинок.

С.И. Довжанский и С.Р. Утц (1992) различают:

- наперстковидный псориаз ногтей;
- онихолизис;
- подногтевой гиперпаракератоз;
- папулы ногтевого ложа;
- подногтевую эритему;
- полосовидные кровоизлияния;
- онихогрифоз;
- лейконихии.

2.1.3. Классификации пустулезного псориаза

Предложено несколько классификаций пустулезного псориаза. Л.Н. Машкиллейсон (1965) выделял идиопатический (первично-пустулезный со злокачественным течением) и доброкачественный (вторичный) пустулезный псориаз (Машкиллейсон Л.Н., 1965).

Н. Baker и J. Rayan (1968) выделяют три клинических варианта генерализованного пустулезного псориаза.

- *Кольцевидный вариант.* Протекает по типу центробежной кольцевидной эритемы; проявляется кольцевидными элементами с эритемой, шелушением и пустулами в области ползущего края, центробежным ростом элементов (продолжающимся от нескольких часов до нескольких дней), центральным началом регресса, болезненностью высыпаний, общим недомоганием, лихорадкой.
- *Экзантемный вариант.* Характеризуется внезапным появлением мелких пустул, исчезающих за несколько дней. Обычно есть связь с наличием инфекционных очагов или применением лекарственных препаратов (лития и др.), но без общих нарушений.
- *Локализованный вариант.* Пустулы возникают в пределах псориазных бляшек или по их краю. Он нередко обусловлен нерациональной раздражающей местной терапией (препараты дегтя, дитранол и др.) псориаза в его прогрессирующей стадии.

Braun-Falco и соавт. (1987) на основании клинико-морфологических критериев предлагают разделять пустулезный псориаз на четыре подкласса:

- 1) генерализованный пустулезный псориаз и его атипичные формы (аннулярная центрифужная эритема с пустулизацией и без таковой);
- 2) вульгарный псориаз с пустулизацией;
- 3) ладонно-подошвенный пустулезный псориаз (тип Barber—Königsbeck) и его акральный вариант — акродерматит Hallopeau;
- 4) переходные формы.

V.Schubert и соавт. (1988) в рамках пустулезного псориаза рассматривают генерализованный пустулезный псориаз (тип Zumbusch); ладонно-подошвенный пустулезный псориаз (тип Barber—Königsbeck); акродерматит Hallopeau; герпетиформное импетиго. Имеются и другие субклассификации генерализованного пустулезного псориаза.

В своей практической деятельности С.И. Довжанский, С.Р. Утц (1992) использовали следующую классификацию пустулезного псориаза:

- 1) вульгарный псориаз с пустулизацией (*psoriasis vulgaris cum pustulatione*);
- 2) ладонно-подошвенный пустулезный псориаз (тип Barber—Jordan—Königsbeck);
- 3) акродерматит Hallopeau (*acrodermatitis continua suppurativa Hallopeau*);
- 4) генерализованный пустулезный псориаз (тип Zumbusch), в том числе его варианты:
 - герпетиформное импетиго Hebra;
 - экзантематозный;
 - аннулярный;
 - акральный.

В.Н. Мордовцев в 1995 г. выделил собственно пустулезный псориаз — генерализованный (Цумбуша) и ограниченный — ладонно-подошвенный (Барбера), а также псориазиформные пустулезные дерматозы: акродерматит хронический гнойный Аллопо; пустулезный бактериид Эндрюса; генерализованный псориазиформный пустулез; герпетиформное импетиго Гебры; так называемый пустулезный псориаз, протекающий по типу центробежной кольцевидной эритемы (В.Н. Мордовцев, 1995).

Т. Фицпатрик и соавт. (1999) выделяют следующие пустулезные формы: ладонно-подошвенный пустулезный псориаз (пустулезный псориаз Барбера); пустулезный псориаз, протекающий по типу центро-

бежной кольцевидной эритемы; генерализованный пустулезный псориаз (пустулезный псориаз Цумбуша) (Фицпатрик Т. и соавт., 1999).

2.1.4. Классификации псориаатической эритродермии

Под влиянием нерациональной раздражающей терапии псориаз может принять универсальный характер с поражением всего кожного покрова и развитием эритродермии. Этому способствуют различные провоцирующие моменты (Довжанский С.И., Утц С.Р., 1992). Но возможен и другой путь формирования эритродермии, так называемой *спонтанной идиопатической псориаатической эритродермии*, при котором без предшествующего раздражения или действия явных стрессовых факторов бурно развивается застойное диффузное покраснение кожи туловища и конечностей (Мордовцев В.Н., 1995).

Распространение псориаатического процесса и развитие *вторичной эритродермии* может произойти в течение нескольких дней, реже процесс развивается медленно (недели, месяцы). Различают два пути развития эритродермии (Довжанский С.И., Утц С.Р., 1992).

1. Прогрессирующее увеличение и слияние крупных бляшек в сплошные диффузные очаги поражения, которые постепенно занимают всю кожу. При таком универсальном поражении кожи сохраняются все признаки, свойственные псориазу. Кожа инфильтрирована, покрыта серебристыми чешуйками. Псориаатическая триада положительная. Как правило, такое состояние сопровождается лимфаденитом.
2. Развитие более острое. Нарушается общее состояние, сон, повышается температура тела, развивается лимфаденит. Эритема и отек кожи распространяются на значительные участки (*парциальная эритродермия*), захватывая циркулярно кожу конечностей, туловища, головы. Возможно выпадение волос. В дальнейшем весь кожный покров приобретает ярко-красный цвет с бурым оттенком, отек кожи и ее инфильтрация в различных участках выражены неодинаково. Кожа лица стянута, нижние веки могут быть эктропированы. В области головы шелушение отрубевидное, на других участках — пластинчатое и крупнопластинчатое. Псориаатическая триада выражена слабо или отсутствует. Больные предъявляют жалобы на озноб, чувство стянутости кожи, зуд и жжение. Такое поражение кожи трудно дифференцировать от других эритродермий, например токсидермии, осложненной

эритродермией, эритродермической формы болезни Девержи, атопической эритродермии, ихтиозиформной врожденной небуллезной эритродермии Брока, эритродермической формы листовидной пузырчатки, эритродермической формы экземы, эритродермической лимфомы кожи.

Все разновидности псориаза могут принять универсальный характер и протекать по типу эритродермии.

2.2. КЛАССИФИКАЦИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Wolff K. и соавт. (2007) рассматривают четыре клинические формы.

- Периферическая форма. Асимметричный олигоартрит: поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп; подкожные узелки и ревматоидный фактор в крови отсутствуют.
- Энтезопатия. Воспаление в месте прикрепления сухожилий к костям.
- Мутилирующий артрит. Деформирующий артрит: костные эрозии, остеолит и, в конечном счете, анкилозы.
- Аксиальная форма. Преимущественное поражение тазобедренных, крестцово-подвздошных суставов и шейного отдела позвоночника; анкилозирующий спондилит.

М.И. Спущак и соавт. (1990) выделяют при псориазе три варианта поражения суставов:

- воспалительное (ПА);
- артропатическое (псориатическая артропатия);
- дегенеративно-дистрофическое (псориатический полиартроз).

ПА рассматривается в номенклатуре и классификации артритов и ревматизма Американской ревматологической ассоциации (АРА, 1983):

- с поражением главным образом периферических межфаланговых суставов;
- олигоартикулярный;
- полиартикулярный;
- мутилирующий артрит;
- спондилит.

В соответствии с различиями в клинической картине суставного синдрома К.Н. Суворова и соавт. (1976) выделили следующие варианты:

- дистальную форму артрита;
- ревматоидноподобную форму артрита;

- псориатическую деформирующую остеоартропатию:
 - а) генерализованную быстро прогрессирующую форму;
 - б) хроническую медленно прогрессирующую форму;
- атипичные редкие формы (интермиттирующий гидроартроз, артропатия по типу болезни Бехтерева).

Gigaute и соавт. (1968) различают:

- артралгическую форму;
- острый полиартрит;
- псевдоподагрическую форму;
- хроническую артропатию (подразделяющуюся на воспалительную и дегенеративную).

Rook и Wilkinson (1968) выделяют:

- дистальную форму;
- ревматоидоподобную;
- деформирующий полиартрит.

2.3. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СТАДИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

В основе большинства существующих классификаций лежат рентгенологические признаки.

Belot (1909) установил рентгенологически четыре стадии ПА:

- атрофическую;
- фазу деструкции;
- гиперпластическую;
- анкилозирование (Суворова К.Н. и соавт., 1976).

В.И. Овчинникова в 1951 г. выделила три формы артрита:

- артралгию;
- синовиальную;
- синовиально-костную.

Г.Х. Когон выделил пять форм (Когон Г.Х., 1960):

- артралгию;
- синовиальную;
- синовиально-костную форму артроза;
- остеоартроз;
- остеоартропатию.

З.И. Симхович в 1967 г. сообщила о четырех формах:

- артралгической;

- синовиально-костной;
- остеоартрозе;
- остеоартропатии.

Другие авторы выделяли обычную, тяжелую и латентную формы псориатической болезни. Артропатию относили к тяжелой форме.

Н.М. Мылов, Ш. Эрдес, В.Н. Мордовцев (1988) описали скрыто протекающую форму ПА (выраженные артрозные изменения пациента молодого возраста, наличие сакроилеита и диспропорция между отчетливыми рентгенологическими изменениями и отсутствием жалоб).

D. McGonagle и соавт. (1999) выделяют следующие основные варианты суставного синдрома ПА:

- дистальный;
- моноолигоартритический;
- полиартритический (ревматоидоподобный ПА);
- остеолитический и спондилоартритический.

Помимо основных вариантов суставного синдрома ПА, D. McGonagle и соавт. (1999) выделяют особые его варианты:

- синдром SAPHO (синовит, акне, пустулез, гиперостоз, остеит);
- изолированный энтезит;
- синдром передней грудной клетки;
- онихо-пахидермопериостит;
- хронический мультифокальный рецидивирующий остеомиелит;
- спондилодисцит.

Выраженный полиморфизм относится не только к суставному синдрому. Чрезвычайно многообразно и течение ПА. В.В. Бадокин (2005) выделяет тяжелое течение, среднетяжелое и легкое. Характер течения ПА устанавливается на основании комплексной оценки темпов прогрессирования заболевания, выраженности деструктивного процесса в суставах, наличии анкилозирующего спондилоартрита, функциональной способности суставов и позвоночника, выраженности системных проявлений.