

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
им . М. Горького

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

# Псориаз волосистой части головы: особенности клинического течения (на примере анализа клинического случая)

Асп. Гаруст Ю.В.

Донецк 20.10.2021

Псориаз - хроническое воспалительное системное заболевание с преимущественным поражением кожи, характеризующееся генетически детерминированной врожденной иммунностью, реализующейся под воздействием триггерных факторов воспалительным процессом в дерме, нарушением пролиферации и морфологической дифференциации кератиноцитов.

Псориатические высыпания могут локализоваться на любых участках кожи, при этом волосистая часть головы вовлекается в процесс в 80% случаев.

Griffiths C.E., Barker J.N. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet 2007; 370: 263—271.

Очень часто заболевание начинается именно с поражения волосистой части головы.

Долгое время это может являться единственным проявлением дерматоза.

При локализации процесса на волосистой части головы не всегда можно четко увидеть псориатические папулы или бляшки.

Как правило, в начале заболевания отмечается лишь шелушение, но характерным является переход на гладкую кожу лба или шеи («псориатическая корона»). Локализация процесса на волосистой части головы, особенно при дебюте, предполагает проведение дифференциальной диагностики с себорейным дерматитом.

Griffiths C.E., Barker J.N. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet 2007; 370: 263—271.

Себорейный дерматит волосистой части головы никогда не переходит на гладкую кожу и характеризуется отсутствием четко определяемой инфильтрации кожи.

В ряде случаев при постановке диагноза помогает выявление псориаза у родственников.

Lowes M.A., Bowcock A.M., Krueger J.G. Pathogenesis and therapy of psoriasis. *Nature* 2007; 445: 866—873.

## Представляем вашему вниманию случай псориаза волосистой части головы, осложненный псориатической артропатией:

Больной М., 36 лет, поступил с жалобами на высыпания, локализованные на коже волосистой части головы, лица, ушных раковин, околопупочной области, паховой области, сопровождающиеся незначительным зудом, жжением и шелушением; выраженные боли, ограничение движений в суставах кистей, стоп, шейно-грудного отдела позвоночника.

## Анамнез заболевания:

- ✓ болеет с 23 лет, впервые в жизни появились высыпания на коже волосистой части головы после стресса
- ✓ лечился самостоятельно («Бетасалик»), за медицинской помощью не обращался – с временным эффектом
- ✓ в 2012 г появились боли в голеностопных суставах
- ✓ в 2017г отметил ограничение подвижности в мелких суставах стоп
- ✓ в 2018г высыпания распространились на кожу паховой области, впервые консультирован дерматовенерологом РКДВД, установлен диагноз псориаза
- ✓ в 2020г консультирован городским ревматологом, диагноз: Псориатическая артропатия, спондилоартритический вариант, акт II, ФН II, в сочетании с подагрической артропатией
- ✓ с сентября 2020г не однократно стационарное лечение в ревматологическом отделении

- ✓ решением МСЭК в августе 2021 получил 3 группу по псориатической артропатии
- ✓ в октябре отметил ухудшение кожного процесса, самостоятельно обратился в РКДВД, госпитализирован в дерматовенерологическое отделение
- ✓ при опросе наследственный отягощен наследственный анамнез – псориаз у родного брата



























## Патологический процесс :

- распространённый, симметричный
- первичный морфологический элемент – папулы ярко-розового цвета, сливающиеся в бляшки до 15 см в диаметре
- серебристо-белое шелушение на поверхности
- триада Ауспитца
- феномен Кёбнера положительный
- ногтевые пластинки кистей и стоп деформированы, утолщены, с явлениями ониходистрофии, онихолизисом
- конфигурация суставов изменена, дефигурация за счет отечности, объём движений ограничен, кожа над ними не изменена
- индкс PASI 14, 6.

## При обследовании:

В общем анализе крови: гемоглобин – 153 г/л, эритроциты - 5,16 Т/л, тромбоциты - 274 Г/л, лейкоциты – 4,4 Г/л, п-3%, с-63%, э-4%, м-3%, л-27%; СОЭ - 4 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий – 13,5 мкмоль/л, билирубин прямой – 3,4 мкмоль/л, билирубин непрямой – 10,1 мкмоль/л, АлАТ – 8,0 Е/л, АсАТ – 6,8 Е/л, глюкоза - 4,9 ммоль/л, СРБ – 16mg/l, РФ-9,07 InU/ml, мочеваая кислота 401,04, HbsAg – отрицательный, КСР отрицательные.

На основании анамнеза, клинических, лабораторных и инструментальных данных, установлен

**Диагноз:** Псориаз бляшечный распространенный с преимущественным поражением волосистой части головы

**Осложнение основного диагноза:** Псориатическая артропатия, спондилоартритический вариант, акт II, Ро II, ФН II. Вторичная гиперурикемия

**Сопутствующий диагноз:** Хронический спондилогенный пояснично-крестцовый радикулит с мышечно-тоническим, корешковым синдромами. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника с протрузиями межпозвоночных дисков на уровне L3-L4, L4-L5, L5-S1, спондилоартроз. Варикозная болезнь правой ноги

## Особенности данного клинического случая:

- ✓ Дебют псориаза с изначальным поражением волосистой части головы и крупных складок явилось предиктором более тяжелого течения дерматоза, что требует как можно более раннего начала контролируемой болезнь-модифицирующей терапии
- ✓ быстрое развитие суставного синдрома отражает тяжесть течения псориаза и требует преемственности в ведении больного дерматологом и ревматологом

СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!