

Зыкова О.С.¹ ✉, Зыков А.В.²

¹ Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Беларусь

² РУП «Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр», Витебский филиал, Витебск, Беларусь

Осложненный псориаз: вопросы медицинской реабилитации

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 27.05.2022

Принята: 13.06.2022

Контакты: olga.s.zykava@gmail.com

Резюме

В статье определены показания к профессиональному взаимодействию дерматовенеролога и травматолога-ортопеда в медицинском сопровождении пациентов с псориазом.

Ключевые слова: псориаз, травматолог-ортопед, артрит

Zykova O.¹ ✉, Zikov A.²

¹ Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

² RUE "Belarusian Prosthetic and Orthopedic Rehabilitation Center", Vitebsk Branch Office, Vitebsk, Belarus

Complicated Psoriasis: Issues of Medical Rehabilitation

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 27.05.2022

Accepted: 13.06.2022

Contacts: olga.s.zykava@gmail.com

Abstract

The article defines the indications for the professional interaction of a dermatovenereologist and an orthopedic traumatologist in the medical support of patients with psoriasis.

Keywords: psoriasis, traumatologist-orthopedist, arthritis

■ ВВЕДЕНИЕ

Псориаз – хронический рецидивирующий дерматоз, который характеризуется мономорфной (как правило) папулезной сыпью с излюбленной локализацией на голове, симметричных участках разгибательных поверхностей верхних и нижних

конечностей и возможностью поражения любой области кожного покрова. Мультифакториальность псориаза обуславливает его клинический полиморфизм, который выражается в многочисленных вариантах обыкновенной и осложненных форм поражения кожи (в том числе с вовлечением ее производных) и суставов, а также коморбидности с заболеваниями сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем [1–5]. Поэтому лечение и реабилитация пациентов с псориазом в ряде случаев требуют от врача-дерматовенеролога взаимодействия со смежными специалистами. В настоящее время наиболее актуальным является сотрудничество с ревматологами в отношении пациентов с псориатическим артритом. При этом в случаях с преобладающей тяжестью суставного синдрома псориаза дерматовенеролог может являться консультирующим специалистом. Общие вопросы оказания медицинских услуг / медицинской помощи пациентам с псориазом актуальны для общей врачебной практики и амбулаторной терапии. Роль врача – ортопеда-травматолога обычно ассоциируется со случаями необходимости оперативного лечения с последующей реабилитацией пациентов в связи с тяжелым поражением крупных суставов, связанным с их разрушением и развитием деформаций или укорочением конечностей вследствие артропатии. Важным фактором опорной функции является состояние кожи стоп, однако пациентам с ладонно-подошвенной локализацией псориаза редко рекомендуется консультация ортопеда.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить показания к профессиональному взаимодействию дерматовенеролога и травматолога-ортопеда в медицинском сопровождении пациентов с псориазом.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническая ортопедическая оценка выполнена у трех стационарных пациентов с распространенным псориазом с поражением стоп и нарушением опорно-двигательной функции нижних конечностей. Случай 1: L40.0 Псориаз эритродермический, стационарная стадия, псориатическая кератодермия ладоней и подошв. Случай 2: L40.5 Псориаз артропатический, обыкновенный, экссудативная форма, распространенный, прогрессирующая стадия. L40.3 Акродерматит стойкий. Случай 3: L40.5 Псориаз артропатический, экссудативный, пустулезный ладоней и подошв, акропустулез (по фотоматериалу, предоставленному профессором Е.В. Кундер, БелМАПО).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На рис. 1 демонстрируется внешний вид левой стопы пациента с эритродермическим псориазом после купирования острого периода дерматоза и перевода его в стационарную стадию.

У пациента имеется варусная деформация переднего отдела стопы, вальгусная деформация пятки. Необходимо измерить длины конечностей для коррекции. Пациенту показана ортопедическая обувь, ношение которой позволит вывести стопу в физиологическое положение, перераспределив нагрузку на стопу. Ожидаемый эффект – уменьшение напряжения мышц и болей при ходьбе в стопе, голени, тазобедренном суставе и позвоночнике.



Рис. 1. Диффузная воспалительная инфильтрация и гиперкератоз кожи подошв с растрескиванием массивных роговых масс

Fig. 1. Diffuse inflammatory infiltration and hyperkeratosis of the plantar skin with cracking of massive horny masses

Рисунок 2 демонстрирует преимущественную локализацию псориатического воспаления в акральных отделах стоп у пациента с артропатическим псориазом. У пациента имеется клиника акродерматита стойкого Аллопо и акропостулеза. Данный вид осложненного псориаза сопряжен с риском развития тяжелого мутилирующего артрита [3, 6] и сопровождается выраженными объективными и субъективными симптомами эксудативного псориатического поражения кожи и суставов.



Рис. 2. Экссудативное воспаление околоногтевых валиков. В процесс пустулизации вовлечена кожа пальцев стоп. Ногти деформированы за счет неравномерной гипертрофии, онихолизиса; с признаками гнойного расплавления. Деформация пальцев

Fig. 2. Exudative inflammation of the perinodent folds. Pustularization involves the skin of the toes. Nails deformed due to irregular hypertrophy, onycholysis; with signs of purulent melting. Deformity of toes

У пациента определяется распластанность переднего отдела стоп, что оказывает негативное влияние на все суставы нижних конечностей и позвоночника, усугубляя симптомы артрита. С целью разгрузки передних отделов стоп пациенту показано применение ортопедических стелек. Ношение стелек возможно после купирования экссудативного воспаления кожи.

На рис. 3 представлена клиническая картина тяжелого поражения суставов и кожи обеих стоп у пациента с псориатическим артритом. В данном случае превагирует необходимость санации кожного процесса, и такую ситуацию следует рассматривать как неотложную в дерматологическом аспекте. Для разгрузки суставов (стоп) показана ходьба на локтевых костылях.

Таким образом, у пациентов имеется нарушение функции опорно-двигательного аппарата, связанное с воспалением кожи стоп / артритом. У всех пациентов определены признаки плоскостопия.

Персонализированное лечение и медицинская реабилитация пациентов с осложненным псориазом сопряжены как с проведением активной и поддерживающей противовоспалительной комплексной терапии, так и с коррекцией опорно-двигательной функции, которая связана с поражением суставов и/или наличием болезненных или деформирующих патологических изменений кожи или ногтей нижних конечностей. Данное положение представляется актуальным во всех периодах или на всех стадиях развития псориаза. Помощь травматолога-ортопеда целесообразна прежде всего для пациентов с выраженными клиническими проявлениями псориатических артропатий и заключается в подборе оптимального варианта дополнительной опоры при ходьбе для облегчения болей при статической и динамической нагрузке на суставы нижних конечностей и позвоночник. Однако пациенты



A

B

Рис. 3А, В. Экссудативное пустулезное воспаление тыльной и подошвенной поверхностей обеих стоп с признаками акропустулеза, деформации пальцев

Fig. 3A, B. Exudative pustular inflammation on the dorsal and plantar surfaces of both feet with signs of acropustulosis, toe deformity

с псориатическим поражением кожи и ногтей стоп также могут иметь показания к ортопедической коррекции, поскольку воспаление и гиперкератоз, трещины и другие проявления ладонно-подошвенного псориаза также являются причиной нарушения функций опоры и движения и приносят пациентам физические и моральные страдания; затрудняют или делают невозможным ношение привычной обуви. Данная ситуация усугубляется при наличии у пациента плоскостопия и артрита. В свою очередь избыточная механическая нагрузка на кожу в состоянии воспаления в период активного наружного и системного лечения дерматоза является триггерным фактором. Актуальность ортопедической коррекции стоп с признаками воспаления и гиперкератоза возрастает у пациентов с сахарным диабетом.

■ ВЫВОДЫ

1. Нарушение функции опоры и передвижения у пациентов с псориазом может быть обусловлено как системным воспалением суставов, так и псориатическим поражением кожи и ногтей стоп.
2. Деформации стоп и нарушения опороспособности нижних конечностей усугубляют формирование стойких псориатических изменений кожи и суставов.
3. Взаимодействие с травматологом-ортопедом в вопросах медицинской реабилитации и лечения пациентов с осложненным псориазом является важным фактором в достижении оптимальных результатов.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Korotaeva T.V. *Psoriatic arthritis: clinic, diagnosis, pathogenesis, treatment, markers of cardiovascular risk*. Moscow. 2013;309 p. (in Russian)
2. Mineeva A.A., Kozhushnaya O.S., Volnuhin V.A. Studying genetic predisposition factors for psoriasis development. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2021;3:30–38. (in Russian)
3. Raznatovskij K.I., Terleckij O.V. *Psoriatic disease. Diagnostics, therapy, prevention*. M.: GEOTAR-Media. 2017;352 p. (in Russian)
4. Smirnova S.V., Smol'nikova M.V. Immunopathogenesis of psoriasis and psoriatic arthritis. *Medicinskaya immunologiya*. 2014;16(2):127–138. (in Russian)
5. Hvorik D.F., Konkin D.E., Brynina A.V. *Psoriasis and associated pathology*. Izd. GrGMU. 2018;131 p. (in Russian)
6. Sokolovskij E.V., Miheev G.N., Gordeeva A.A. Persistent purulent acrodermatitis Allopo in combination with limited vulgar psoriasis. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2017;93(3):63–67. (in Russian)