УДК 616.517-036

ПРОГНОСТИЧНІ ВАРІАНТИ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПСОРІАЗУ

І.В.Свистунов
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключові слова: псоріаз, клінічний перебіг.

Актуальність теми. Псоріаз є одним з найбільш поширених хронічних рецидивуючих папульозних дерматозів. Методи лікування цього захворювання недостатньо ефективні; а їхній вибір у значній мірі здійснюється суб'єктивно. Рекомендації до призначення глюкокортикоїдів, цитостатиків та інших препаратів базисної терапії при псоріазі суперечливі [1, 3]. Дотепер вибір оптимального лікування даної групи хворих залишається найважливішою проблемою для клініцистів. Він вимагає точної і повної оцінки як виразності процесу на шкірі, так і загального стану пацієнта [4, 5].

Для вирішення цієї проблеми, насамперед, необхідна об'єктивна діагностика, на основі якої можна розробити тактику ведення конкретного хворого. Хто добре діагностує, той добре лікує. Об'єктивна діагностика передбачає облік та аналіз максимально можливого числа якісних і кількісних параметрів, що характеризують патологічний процес у хворого [6]. Це можливо тільки при використанні методів багатофакторного аналізу і математичного моделювання, що дозволяють відібрати найбільш інформативні та прогностично значимі показники. На основі цих показників створюється діагностична таблиця – модель, що дозволяє виділяти прогностичні варіанти клінічного перебігу конкретної нозології, які визначають ступінь важкості перебігу патологічного процесу [2, 7, 8]. Залежно від того, який прогностичний варіант клінічного перебігу захворювання передбачається у конкретного хворого ми можемо призначити ту або іншу адекватну терапію.

Мета дослідження – виділити прогностичні варіанти клінічного перебігу псоріазу на основі вивчення комплексу об'єктивних клініко-морфологічних параметрів.

Матеріал і методи дослідження. Матеріалом дослідження з'явилися власні спостереження 243 хворих на псоріаз, які з 1994 р. по 2007 р. перебували на лікуванні в міському клінічному шкірно-венерологічному диспансері № 1 м.Донецька. Для створення діагностичних таблиць і виділення основних прогностичних варіантів клінічного перебігу дерматозів ми шляхом рандомізованого дослідження відібрали 125 хворих з найчастішим й клінічно значимим різновидом псоріазу – папульозно-бляшковим. З метою уніфікації вибірки всі випадки червоного плоского лишаю характеризувалися наступним: пацієнти чоловічої статі; вік хворих - від 16 до 65 років; мешканці міста; захворювання виявилося вперше в осінньо-зимовий період в стадії прогресування; хворі без ускладнень і ознак супутньої вісцеральної патології. Кожному хворому до початку лікування було проведено комплексне розширене клінічне, лабораторне загальноклінічне, біохімічне й імунологічне дослідження й виконана біопсія ураженої шкіри з наступним морфологічним вивченням. Використовуючи доступні методи дослідження, проаналізували максимально можливе число клініко-лабораторних ознак, що характеризують стан кожного хворого. Це з'явилося основою для створення діагностичної таблиці хронічних рецидивуючих дерматозів і оптимізації вибору їхньої терапії. Клінічне дослідження хворих містило в собі вивчення анамнезу захворювання, з'ясування скарг і об'єктивне обстеження, що проводили до й після лікування. Для оцінки клінічної картини у хворих на

псоріаз була розроблена спеціальна «Облікова карта хворого», у якій паспортні дані представлені 6 показниками, анамнез – 13, об'єктивний стан неураженої шкіри – 6, місце хвороби – 19. Усього у хворих на псоріаз проаналізовано 44 показників. У всіх хворих лабораторним загальноклінічним методом досліджено 21 показник: 12 показників гемограми й 9 - загального аналізу сечі. У кожного хворого на псоріаз до лікування визначали й оцінювали весь можливий спектр біохімічних показників крові й сечі, використовуваних у клінічній практиці й відображаючих стани: гемостазу, як судинно-тромбоцитарного (первинного), так і всі чотири фази гемокоагуляційного (плазмового); а також білкового, зокрема азотистого, пігментного, ліпідного, вуглеводного, мінерального й гормонально-медіаторного обмінів; метаболізму заліза; активності ферментів; системи «Перекисне окислювання ліпідів (ПОЛ) - антиоксидантний захист». Усього досліджували 116 біохімічних показників. Біохімічні дослідження проводили у відділі біохімічних досліджень Донецького діагностичного центру (зав. відділом Штода С.М.) за уніфікованими методиками відповідно до рекомендацій Міжнародних інститутів IFCC і SEBC, Німецького товариства клінічної хімії, а також Наказів МОЗ СРСР «Про уніфікацію клінічних лабораторних методів дослідження» № 290 від 11.04.72, № 960 від 15.10.74 і № 1175 від 21.11.79. Застосовували флуорометричний, електрофоретичний, іонселективний і спектрофотометричний методи дослідження з використанням наступних приладів: колориметра фотоелектричного концентраційного КФК-2МП (Росія), автоматичного біохімічного аналізатора «Vitalab Flexor» (Vitalab, Голландія), спектрофлюорометра «Jasco FP-770» (Japan Spectroscopic Company, Японія), денситометра «Process-24 VISU» (Helena, Франція), іонселективного аналізатора “Microlite 2+3” (KONE, Фінляндія) і спектрофотометра «СФ-46» (Росія), а також наборів реактивів як вітчизняних, так і зарубіжних фірм, зокрема KONE (Фінляндія) і LaChema (Чехія). У кожного хворого на червоний плоский лишай до лікування визначали й оцінювали 13 імунологічних показників периферичної крові. Фенотип лімфоцитів визначали методом непрямої імунофлюоресценції з використанням наборів моноклональних антитіл фірми «BD Biosciences Pharmingen» (США) та кількісним обліком на люмінесцентному мікроскопі «Люмам Р-1» (м.С.-Петербург, Росія). У моноцитах периферичної крові та в біоптатах ураженої шкіри визначали рівні прозапальних цитокінів (ІЛ-6 та СПЛТ) радіоімунним методом за допомогою набору фірми “Amersham Pharmacia Biotech” (Англія). Сироваткові імуноглобуліни классів IgA, IgM, IgG визначали на біохімічному аналізаторі «Flexor» фірми «Vitalab» (Франція) турбидиметричним методом з використанням наборів реактивів фірми «Kone» (Фінляндія). Циркулюючі імунні комплекси середнього розміру (ЦІК 11-19S) визначали уніфікованим методом (ЦОЛІУВ, м.Москва) у реакції преципітації шляхом осадження поліетиленгліколем - 6000 з кількісним обліком на фотоелектроколориметрі (ФЕК-2МП). Антистрептолізин-О (АСЛО) визначали (візуально якісно й кількісно) уніфікованим методом у реакції нейтралізації стандартним набором «Стрептолізин О» РАО «Біопрепарат» (м.С.-Петербург, Росія). Ревматоїдний фактор (РФ) визначали (візуально якісно) методом реакції латекс-аглютинації за допомогою наборів реактивів «Humatex RF» фірми «Human» (Німеччина). С-реактивний білок (СРБ) визначали (візуально якісно) уніфікованим методом у реакції преципітації в капілярі набором «Сироватка діагностична до С-реактивного білка суха (Антипротеїн)» РАО «Біопрепарат» (м.С.-Петербург, Росія). Кріоглобуліни визначали (візуально якісно) уніфікованим методом (ЦОЛІУВ, м. Москва) у реакції нейтралізації при t^o 4-8^{o}С. Дослідження виконувалися у відділі біохімічних досліджень Донецького

діагностичного центра (зав. відділом Штода С.М.). Матеріалом комплексного морфологічного дослідження були біоптати ураженої шкіри живота, спини або кінцівок хворих на червоний плоский лишай. Контрольну групу склали 20 біоптатів незміненої шкіри живота, спини й кінцівок, взятих під час реконструктивних ортопедичних операцій у соматично здорових осіб у віці від 21 до 60 років. Біопсію шкіри виконували за згодою хворого на базі міського клінічного шкірно-венерологічного диспансеру № 1 м.Донецька. Під місцевою інфільтраційною анестезією 2 мл 0,5 % розчину новокаїну або лідокаїну в асептичних умовах висікали ділянку шкіри розмірами 1,5х0,5х0,5 см, що включає морфологічні елементи висипки й перифокальну ділянку очевидно незміненої шкіри. Післяопераційну рану ушивали наглухо шовковим швом; проводили гемостаз і обробку 5 % спиртовим розчином йоду; накладали асептичну пов'язку. Перев'язки робили 1 раз у день; шви знімали на 8-10 добу. У всіх хворих післяопераційний період протікав без особливостей, рани гоїлися первинним натягом. Біопсійний матеріал оброблявся за допомогою комплексу морфологічних методів, а потім аналізувався у відділі патоморфології Центральної науково-дослідної лабораторії ДонНМУ (зав. - д.мед.н., проф. Шлопов В.Г.). Шматочки шкіри для гістоморфологічного дослідження фіксували 24 год. в 10 % розчині холодного (при температурі +4°С) нейтрального формаліну. Фіксовані у формаліні шматочки за загальноприйнятою методикою заливали в парафін. З парафінових блоків на ротаційному мікротомі МПС-2 виготовляли серійні гістологічні зрізи товщиною 5±1 мкм. Депарафіновані зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином, пікрофуксином за ван Гізоном, за Вергоффом (для виявлення еластичних волокон), за Слінченко, за Шуєніновим, метиленовим зеленим і піроніном за Браше, за Гайденгайном, толуїдиновим синім при pH 2,6 і 5,3 (для виявлення сульфатованих і несульфатованих глікозаміногліканів), ставили ШИК-реакцію (для виявлення мукополісахаридів) з обробкою контрольних зрізів амілазою. Для імуногістохімічного дослідження частину серійних гістологічних зрізів, депарафінованих за стандартною методикою, обробляли моноклональними антитілами, міченими пероксидазою хрону, до поверхневих антигенів загальної популяції Т-лімфоцитів (UCHL1), загальної популяції В-лімфоцитів (L26), макрофагів (KP1), субпопуляцій Т-лімфоцитів - хелперів-індукторів (CD4+) і супресорно-цитотоксичних клітин (CD8+), субпопуляцій макрофагів (MAC387, HAM56), до актину й білка S-100 для виявлення клітин Лангерганса шкіри. Імуногістохімічні дослідження були виконані в патологоанатомічній лабораторії госпіталю Сан-Луї (Париж). Визначали по 11 морфометричних показників основних структурних компонентів шкіри у хворих на псоріаз і червоний плоский лишай: товщину епідермісу (He), товщину зернистого шару (Hg), питомий об’єм мікроабсцесів Мунро (Vm), у сосочковому і верхньої третини сітчастого шару дерми – зовнішній діаметр (Dv), товщину стінки (Hv), співвідношення зовнішнього діаметра до товщини стінки судин (Dv/Hv) і питомі об’єми (щільність розподілу) судин мікрогемоциркуляторного русла (МГЦР) (Vv), дермальних клітинних інфільтратів (Vi). В інфільтратах визначали індекс поліморфізму дермальних клітинних інфільтратів (IPi), відносну кількість імунокомпетентних клітин (Vc): популяцій Т-лімфоцитів, В-лімфоцитів, макрофагів, плазматичних клітин, субпопуляцій Т-лімфоцитів – хелперів/індукторів і супресорно-цитотоксичних клітин, субпопуляцій макрофагів. Зокрема, відносну кількість субпопуляцій Т-лімфоцитів – хелперів-індукторів (V_{CD4+}) і супресорно-цитотоксичних клітин (V_{CD8+}), а також співвідношення відносної кількості CD4+/CD8+ лімфоцитів у

дермальних клітинних інфільтратах. Визначали 4 поляризаційно-оптичні показники: вихідну оптичну силу подвійного променезаломлення незабарвлених колагенових волокон (Ipol), оптичну силу подвійного променезаломлення колагенових волокон після постановки фенольної реакції Ебнера – фенольний індекс (Iphen), індекс вмісту нейтральних мукополісахаридів (Inmps), індекс вмісту несульфатованих глікозаміногліканів (Igag). При виконанні морфометричних досліджень керувалися основними засадами, викладеними в керівництвах Г.Г.Автандилова (2002). Основою створення діагностичної таблиці з'явився імовірнісний, байєсовський метод аналізу даних, що дозволяє розробити об'єктивну класифікаційну систему. Для визначення прогностичної значимості (інформативності) показників застосовували неоднорідну послідовну процедуру розпізнавання Вальда (1947, 1960) і формулу Кульбака (1967). Вона, як і непараметричні статистичні критерії розходжень і зв'язку, може бути застосована при різному характері розподілу ознак у розглянутих групах спостережень, а також дозволяє враховувати як якісні, так і кількісні параметри [2, 7, 8]. Рахункова й статистична обробка результатів вимірів, а також їхнє графічне подання виконані за допомогою стандартного пакета прикладних програм Windows Professional XP фірми Microsoft на персональному комп'ютері IBM PC/AT Pentium. Обчислювали значення середньої арифметичної (*M*), помилки визначення середньої арифметичної (*m)*, средньоквадратичного відхилення (σ), визначали рівень вірогідності розходжень *(p)* порівнюваних групових середніх з використанням *t-критерію* Стьюдента (виявлені розходження між порівнюваними групами вважалися достовірними при $p<0,05$).

Результати дослідження. У результаті аналізу 205 клініко-лабораторних ознак були виділені 15 найбільш інформативних і на їхній основі створена «Діагностична таблиця для визначення прогностичного варіанту клінічного перебігу типової форми псоріазу».

У результаті аналізу 205 клініко-лабораторних ознак були виділені 11 найбільш інформативних і на їхній основі створена «Діагностична таблиця для визначення прогностичного варіанту клінічного перебігу папульозно-бляшкового псоріазу».

Інформативність далеко не всіх ознак однакова. У порядку її зменшення вони розподіляються таким чином: гаптоглобін, відношення відносної кількості CD4+/CD8+ лімфоцитів у дермальних клітинних інфільтратах, індекс поліморфізму дермальних клітинних інфільтратів (IPi), орозомукоїд (кислий α-1-глікопротеїн), середні молекули, вік, ІЛ-6 в ураженій шкірі, сульфідопептидні лейкотрієни – ($ЛТС_4$+$ЛТ_4$+$ЛТЕ_4$) в ураженій шкірі, тривалість хвороби до початку лікування, ЦІК (11-19S), значення PASI.

Нами виділені 3 прогностичні варіанти клінічного перебігу папульозно-бляшкового псоріазу. Такий методологічний прийом універсальний як для псоріазу, так і для будь-якого іншого хронічного рецидивуючого папульозного дерматозу.

І прогностичний варіант клінічного перебігу папульозно-бляшкового псоріазу характеризується наступними середньоарифметичними диференційно-діагностичними показниками: вміст СПЛТ в ураженій шкірі – 9,53± 0,31 пг/мл; ІЛ-6 в ураженій шкірі – 0,042±0,002 пг/мг; індекс поліморфізму дермальних клітинних інфільтратів (IPi) – 1,17±0,04; співвідношення відносної кількості CD4+/CD8+ лімфоцитів у дермальних клітинних інфільтратах – 2,19±0,10; індекс PASI - 8,7±0,36; гаптоглобін - 2,25±0,11 г/л; орозомукоїд - 1,68±0,08 г/л; ЦІК (11-19S) периферичної крові - 125,7±5,8 ум. од.; середні молекули - 0,24±0,01 од. Е; тривалість хвороби до початку лікування - 8,7±0,40 днів; вік хворого, у якому з'явився дерматоз - 52,3±2,1 роки.

Діагностична таблиця
для визначення прогностичного варіанту клінічного перебігу псоріазу

№ п/п	ОЗНАКА І ЇЇ ДІАПАЗОНИ	N_A	$P(x_j^i / A)$	N_B	$P(x_j^i / B)$	DK	$J(x_j^i)$	J_{sum}
1.	Гаптоглобін, г/л							3,729
	<2,0	3	0,077	0	0,000			
	2,0-3,0	34	0,872	12	0,400	3,384	0,798	
	>3,0	2	0,051	18	0,600	-10,682	2,931	
2.	Співвідношення відносної кількості CD4+/CD8+ лімфоцитів у дермальних клітинних інфільтратах							3,382
	<1,0	3	0,077	16	0,533	-8,409	1,919	
	1,0-2,0	24	0,615	13	0,433	1,523	0,139	
	>2,0	12	0,308	1	0,033	9,652	1,324	
3.	Індекс поліморфізму дермальних клітинних інфільтратів (IPi)							3,342
	<1,25	2	0,051	14	0,467	-9,590	1,992	
	1,25-1,5	15	0,385	12	0,400	-0,170	0,001	
	>1,5	22	0,564	4	0,133	6,264	1,349	
4.	Орозомукоїд (кислий α-1-глікопротеїн), г/л							2,625
								13,078
	<1,5	4	0,103	1	0,033	4,881	0,169	
	1,5-2,0	32	0,821	13	0,433	2,773	0,537	
	>2,0	3	0,077	16	0,533	-8,409	1,919	
5.	Середні молекули, од. Е (екстинції)							2,513
	<0,25	5	0,128	2	0,067	2,840	0,087	
	0,25-0,3	32	0,821	14	0,467	2,451	0,434	
	>0,3	2	0,051	14	0,467	-9,590	1,992	
6.	Вік, років:							1,785
	16 - 25	2	0,051	5	0,167	-5,119	0,295	
	26 - 35	6	0,154	12	0,400	-4,150	0,511	
	36 - 45	10	0,256	8	0,267	-0,170	0,001	
	46 - 55	15	0,385	4	0,133	4,601	0,578	
	56 - 65	6	0,154	1	0,033	6,642	0,400	
7.	ІЛ-6 в ураженій шкірі, пг/мг сирої ваги тканини							1,708
	<0,035	4	0,103	1	0,033	4,881	0,169	
	0,035-0,065	18	0,462	9	0,300	1,871	0,151	
	>0,065	7	0,179	20	0,667	-5,699	1,388	
8.	Сульфідопептидні лейкотрієни (СПЛТ) – ($ЛТС_4$+$ЛТ_4$+$ЛТЕ_4$) в ураженій шкірі, пг/мг сирої ваги тканини							1,045
	<6,5	1	0,026	0	0,000			
	6,5-9,0	23	0,590	8	0,267	3,447	0,557	
	>9,0	15	0,385	22	0,733	-2,803	0,489	

9.	Тривалість хвороби до початку лікування, дні:							0,914
	- 1 - 7	3	0,077	1	0,033	3,632	0,079	
	- 8 - 14	10	0,256	3	0,100	4,089	0,320	
	- 15 -21	12	0,308	6	0,200	1,871	0,101	
	- 22 - 28	9	0,231	13	0,433	-2,736	0,277	
	- >28	5	0,128	7	0,233	-2,601	0,137	
10.	Циркулюючі імунні комплекси (ЦІК 11-19S), ум. од.							0,720
	<130	1	0,026	0	0,000			
	130-140	26	0,667	12	0,400	2,218	0,296	
	>140	12	0,308	18	0,600	-2,900	0,424	
11.	Значення PASI:							0,583
	- 0 - 13,5	28	0,718	14	0,467	1,871	0,235	
	- 13,6 - 27,9	7	0,179	10	0,333	-2,688	0,207	
	- 28,0 - 54,0	4	0,103	6	0,200	-2,900	0,141	
								22,346

І прогностичний варіант клінічного перебігу папульозно-бляшкового псоріазу характеризується наступними середньоарифметичними диференційно-діагностичними показниками: вміст СПЛТ в ураженій шкірі – 9,53± 0,31 пг/мл; ІЛ-6 в ураженій шкірі – 0,042±0,002 пг/мг; індекс поліморфізму дермальних клітинних інфільтратів (ІРі) – 1,17±0,04; співвідношення відносної кількості CD4+/CD8+ лімфоцитів у дермальних клітинних інфільтратах – 2,19±0,10; індекс PASI - 8,7±0,36; гаптоглобін - 2,25±0,11 г/л; орозомукоїд - 1,68±0,08 г/л; ЦІК (11-19S) периферичної крові - 125,7±5,8 ум. од.; середні молекули - 0,24±0,01 од. Е; тривалість хвороби до початку лікування - 8,7±0,40 днів; вік хворого, у якому з'явився дерматоз - 52,3±2,1 роки.

ІІ прогностичний варіант клінічного перебігу папульозно-бляшкового псоріазу характеризується наступними середньоарифметичними диференційно-діагностичними показникам: вміст СПЛТ у шкірі – 10,80± 0,43 пг/мл; ІЛ-6 в ураженій шкірі – 0,051±0,002 пг/мг; індекс поліморфізму дермальних клітинних інфільтратів (ІРі) – 1,34±0,06; співвідношення відносної кількості CD4+/CD8+ лімфоцитів у дермальних клітинних інфільтратах – 1,15±0,03; індекс PASI - 21,8±1,02; гаптоглобін 2,46±0,11 г/л; орозомукоїд 1,94±0,09, г/л; ЦІК (11-19S) периферичної крові - 139,8±6,72 ум. од.; середні молекули - 0,28±0,01 од. Е; тривалість хвороби до початку лікування - 16,4±0,81 днів; вік хворого, у якому з'явився дерматоз - 35,1±1,6 року.

ІІІ прогностичний варіант клінічного перебігу папульозно-бляшкового псоріазу характеризується наступними середньоарифметичними диференційно-діагностичними показникам: вміст СПЛТ у шкірі – 12,53± 0,94 пг/мл; індекс поліморфізму дермальних клітинних інфільтратів (ІРі) – 1,63±0,08; співвідношення відносної кількості CD4+/CD8+ лімфоцитів у дермальних клітинних інфільтратах – 0,91±0,04; індекс PASI – 43,5±1,97; гаптоглобін 3,25±0,19 г/л; орозомукоїд 2,34±0,15 г/л; ЦІК (11-19S) периферичної крові - 154,9±7,44 ум. од.; середні молекули - 0,33±0,02 од. Е; тривалість хвороби до початку лікування - 32,3±1,42 дні; вік хворого, у якому з'явився дерматоз - 16,5±0,8 року.

Висновок. Таким чином, на основі відбору найінформативніших і прогностично значимих показників розширеного клінічного, лабораторного загальноклінічного, біохімічного, імунологічного, гістоморфологічного досліджень хворих нами був створений

діагностичний алгоритм хронічних рецидивуючих папульозних дерматозів, розроблені класифікація й виділені основні прогностичні варіанти клінічного перебігу цих дерматозів. Це дозволить з використанням уже відомих методів розробити й впровадити в практику патогенетично обґрунтовані й ефективні схеми лікування хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрашко Ю.В. Терапевтична та ліпідонормалізуюча дія курортних факторів Солотвино при псоріазі: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.20 “Шкірні та венеричні хвороби” / Ю.В.Андрашко. — К., 2003. — 38 с.
2. Гублер Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии / Гублер Е.В. – Л.: Медицина, 1990. – 176 с.
3. Коляденко В.Г. Вибір стратегії лікування хворих на псоріаз з обмеженими висипами / В.Г.Коляденко, П.В.Чернишов // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. — 2006. — N 4. — С. 23 – 26.
4. Кутасевич Я.Ф. Современный взгляд на проблему псориаза / Я.Ф. Кутасевич // Дерматологія та венерологія. – 2002. – № 2 (16). – С. 3 –10.
5. Мавров И.И. Итоги и перспективы научных исследований в дерматологии и венерологии / И.И.Мавров // Журнал дерматологии и венерологии. – 2000. – № 1 (9). – С. 42– 49.
6. Шевченко Т.И. Патологическая анатомия псориатической болезни / Т.И. Шевченко, В.Г. Шлопов. – К.: УкрІНТЕК, 2001. – 358 с.
7. Spiegelhalter D.J. Bayesian methods in health technology assessment: a review / D.J. Spiegelhalter, J.P. Myles, D.R. Jones // Health Technol. Assess. – 2000. – Vol. 4, N 38. – P. 1 – 130.
8. Steenland K. Empirical Bayes adjustments for multiple results in hypothesis-generating or surveillance studies / K. Steenland, I. Bray, S. Greenland // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2000. – Vol. 9, N 9. – P. 895 – 903.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

И.В.Свистунов

На основе отбора наиболее информативных и диагностически значимых клинико-лабораторных и морфологических показателей был создан диагностический алгоритм при папулезно-бляшечной форме псориаза и выделены основные прогностические варианты клинического течения этого дерматоза.

THE CLINICAL-MORPHOLOGICAL TYPES PSORIASIS

I.V.Svistunov

The most informative and diagnostically important parameters of clinical, laboratory and morphological researches are determined at the patients with a psoriasis. The algorithm of papular-plaque psoriasis and the typical form of are created. Their clinical-morphological types are allocated. The arithmetic-mean differential-diagnostic parameters characteristic for each type are produced.