

ЗНАЧЕНИЕ ПСОРИАЗА В МЕДИЦИНЕ

Насритдинова Наргиз Бахадыровна

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация: Псориаз – один из самых распространенных хронических дерматозов, которым страдает от 1 до 5% населения планеты. В последнее время все чаще о псориазе говорят как о системном заболевании из-за вовлечения в процесс не только кожи, но и суставов, ряда внутренних органов, называя его «псориатической болезнью». В обзоре литературы обсуждаются современные взгляды на патогенез, представлены инфекционно-иммунологическая, генетическая, обменная, нейроэндокринная концепции его развития. Подробно рассмотрены изменения желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, нервной, гепатобилиарной, мочевыделительной систем и опорно-двигательного аппарата. Представлены современные методы лечения псориаза. Обсуждается тактика иммуносупрессивной терапии.

Ключевые слова: псориаз, патогенез, артрит, висцеральная патология, лечение.

SIGNIFICANCE OF PSORIASIS IN MEDICINE

Nasritdinova Nargiz Bakhadyrovna

Andijan State Medical Institute

Abstract: Psoriasis is one of the most common chronic dermatoses, which affects from 1 to 5% of the world's population. Recently, more and more people talk about psoriasis as a systemic disease due to the involvement in the process of not only the skin, but also the joints, a number of internal organs, calling it “psoriatic disease”. The review of the literature discusses modern views on

pathogenesis, presents the infectious-immunological, genetic, metabolic, neuroendorenal concepts of its development. Changes in the gastrointestinal tract, cardiovascular, nervous, hepatobiliary, urinary systems and the musculoskeletal system are considered in detail. Modern methods of psoriasis treatment are presented. The taetie of immunosuppressive and anticytoeine therapy is discussed.

Keywords: psoriasis, pathogenesis, arthritis, visceral pathology, treatment.

ВВЕДЕНИЕ

Псориаз – распространенный хронический дерматоз, популяционная частота которого, по данным различных авторов, составляет от 1 до 5%. В последние годы отмечены рост заболеваемости этим дерматозом, увеличение числа тяжелых, атипичных, инвалидизирующих, резистентных к проводимой терапии форм заболевания. Болезнь значительно ухудшает качество жизни, снижает работоспособность и социальную активность пациентов, что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы.

Псориаз – хроническое, рецидивирующее, генетически обусловленное, мультифакторное заболевание с ярко выраженными кожными симптомами, в основе которого лежит генетически обусловленное нарушение кератинизации, вызванное гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки кератиноцитов, возникающее под влиянием эндогенных и экзогенных факторов. Основным патологическим изменением кожи при данном дерматозе становится ускоренный митоз эпидермоцитов, носящий транзиторный характер и сопровождающийся нарушением их дифференцировки. Морфогенез псориаза характеризуется нарушением архитектоники дермы, клеточной активацией и локальной инфильтрацией кожи воспалительными клетками (Т-лимфоциты, нейтрофилы).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Сведения о роли нарушений разных видов метаболизма при псориазе противоречивы [18,37]. Основной обмен у пациентов с псориазом замедлен. Нередко выявляются значительные нарушения азотистого обмена. Одним из

проявлений изменений азотистого метаболизма при псориазе может быть гиперурикемия, обусловленная гиперпродукцией иммунных комплексов вследствие ускоренного метаболизма пуринов в активно пролиферирующих клетках кожи. Нарушение белкового обмена сопровождается диспротеинемией, снижением содержания альбуминов, возрастанием альфа, гамма-глобулинов и, соответственно, понижением альбумино-глобулинового коэффициента.

У больных псориазом обнаружены нарушения липидного обмена, проявляющиеся гиперхолестеринемией и гиперлипидемией [1]. Так, Е.С. Фортинская и соавт. (1995) выявили повышенный уровень свободного холестерина в псориазных бляшках, коррелирующий с тяжестью течения кожного процесса [3]. Аналогичные изменения наблюдались и во внешне неизмененных участках кожи. Важную роль в развитии псориаза играет повышение активности перекисного окисления липидов [1].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Уже на ранних этапах развития псориазного процесса выявляются определенные отклонения в деятельности сердечно-сосудистой системы – тахикардия, брадикардия, приглушенность тонов, систолический шум на верхушке, смещение границ сердца за счет гипертрофии и дилатации желудочков [4]. Показано, что сердечно-сосудистые нарушения при псориазе проявляются миокардиодистрофией, миокардиофиброзом, неревматическим миокардитом, пороками митрального клапана без нарушения системного кровообращения. При электрокардиографическом исследовании у части пациентов определяются отклонения электрической оси сердца, признаки мерцательной аритмии, гипертрофии желудочков, гипоксии миокарда. У больных псориазом нередко отмечаются ухудшение венозного кровообращения и снижение сократительных свойств миокарда, которые, возможно, связаны с нарушениями липидного обмена и ранним развитием атеросклеротического процесса [3]. Установлена зависимость между изменениями в сердечно-сосудистой системе и тяжестью течения дерматоза, что, вероятно, связано с

увеличением кровотока через расширенные кровеносные сосуды кожи [3].

В ряде исследований установлено вовлечение в патологический процесс при псориазе желудка, кишечника, поджелудочной железы, печени [2]. При псориазе возможны воспалительно-деструктивные поражения слизистых оболочек ротовой полости, различных участков желудочно-кишечного тракта вплоть до язвенно-некротических изменений [4].

Поражение желудка проявляется нарушением его морфологического и функционального состояния [2]. Проведенные эндоскопическое и морфологическое исследования показали, что патология желудка выявляется у 93% пациентов с псориазом. Степень морфологических изменений зависит от длительности заболевания: атрофические изменения чаще наблюдаются при давности псориатического процесса свыше 6 лет [2].

Отмечено снижение секреции соляной кислоты и пепсина, нарушение всасывательной функции желудка, увеличение секреции мукопротеидов. Это приводит к преобладанию в желудочном соке щелочного компонента, снижению его защитной функции и протеолитической активности [3].

В последнее время уделяется внимание функциональному состоянию гепатобилиарной системы. Имеются данные о повышении смертности от цирроза печени среди больных псориазом [4]. С помощью пункционной биопсии были получены и исследованы 503 гепатобиоптата при псориазе, в которых в 24,0% случаев обнаружили жировую дистрофию, в 1,4% - неспецифическое портальное воспаление, в 1% - портальный фиброз.

Исследования ферментативной активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, гамма-глутаминтранспептидазы, лактатдегидрогеназы, монооксигеназной системы не позволили выявить каких-либо специфических изменений. Отмечались лишь достоверные изменения функций печени при тяжелых, торпидных и осложненных формах псориаза [4]. У больных псориазом констатированы нарушение белковообразовательной, пигментной, антитоксической функций печени, равновесия желчных кислот, повышение активности фосфолипазы А2 и

неспецифической липазы в сыворотке крови, что свидетельствует о вовлечении в патологический процесс не только печени, но и поджелудочной железы [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Псориазический процесс носит хронический рецидивирующий характер течения. Ремиссия может быть длительной – от нескольких месяцев до десятков лет, однако у ряда пациентов ремиссия вообще не наступает. Прогноз для жизни при псориазе чаще всего благоприятный. Исключения составляют случаи тяжелого артропатического и пустулезного псориаза.

Таким образом, псориаз часто сопровождается системными проявлениями. Нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой, мочевыделительной, пищеварительной систем оказывают негативное влияние на течение заболевания, ухудшают прогноз и качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азарова, В.Н. Генетика псориаза / В.Н. Азарова, И.В. Хамаганова, А.В. Поляков // Рос. журнал кожных и венерических болезней.- 2013. - №6. – С.29-33.
2. Бадюкин, В.В. Псориазический артрит: клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис... д-ра мед.наук / В.В. Бадюкин. – М., 2013. – 27с.
3. Богатырева, А.В. Состояние секреторной функции желудка у больных псориазом / А.В. Богатырева // Вестник дерматологии и венерологии. –2012. – №4. – С. 13–17.
4. Довжанский, С.И. Псориаз или псориазическая болезнь. В 2 ч. / С.И. Довжанский, С.Р. Утц. - Саратов: Изд-во Саратов.ун-та, 2012.-272с.
5. Дядькин, В.Ю. Опыт применения тимодепрессина для лечения больных с тяжелыми формами псориаза / В.Ю. Дядькин, Б.А. Шамов // Дерматология. – 2013. – №1. – С.36.