

крови наблюдалось повышение уровня АсАТ и АлАТ, что может свидетельствовать о патологии сердечно-сосудистой или гепатобилиарной систем. Наследственный анамнез был отягощен у 63,3 % пациентов, что говорит об определенной наследственной предрасположенности к развитию заболевания. Снижение качества жизни отметили 43,3 % пациентов, что говорит о важности дальнейшего изучения псориаза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бакулев, А. Л. Псориаз как системная патология / А. Л. Бакулев, Ю. В. Шагова, И. В. Козлова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С. 13–20.

УДК 616.517-02

К. В. Тарелко, Е. В. Ласко

Научный руководитель: ассистент А. С. Демиденко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ ВОЗНИКНОВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА

Введение

Псориаз является хроническим аутоиммунным генетически детерминированным дерматозом мультифакториальной природы. Характеризуется гиперпролиферацией кератиноцитов и нарушением их дифференцировки чаще в виде эритематозных папул и бляшек с серебристыми чешуйками, воспалительной реакцией в дерме, иммунными нарушениями и поражением кожи, ногтей, суставов и других органов.

Главная причина возникновения заболевания остается до конца не выясненной, но окончательно установлено, что в патогенезе псориаза наиважнейшая роль принадлежит врожденному иммунному цитокиновому ответу, при этом одним из основных патогенетических звеньев в иммунных изменениях является отклонение цитокинового профиля преимущественно по Th1, Th17-типу с доминирующими цитокинами: интерлейкин (ИЛ)-1, ИЛ-6, фактор некроза опухоли α (ФНО- α), ИЛ-17, ИЛ-22 и др., продуцируемыми CD4+ – активированными лимфоцитами, приводящих к нарушению кератинизации. Однако существует несколько концепций происхождения псориаза: генетическая (генетический механизм повышенной способности клеток к размножению), вирусная (вирусо-зрешающий фактор), нейрогенная (нейрогуморальный механизм предрасположенности), гипотеза врожденной нестабильности лизосом и врожденных структурных дефектов капилляров кожи, первичных нарушений кератинизации и обмена липидов [1].

Эмоциональный стресс, инфекционные заболевания с очагами стрептококковой инфекцией по типу ангин, гайморита могут стать пусковым механизмом и спровоцировать появление первых признаков псориаза. Стоит уделить большое внимание появлению псориаза в местах механического повреждения кожи и при назначении лекарственных средств (ЛС), что также может спровоцировать его.

Цель

Изучить причинно-следственные связи возникновения псориаза у пациентов УЗ «ГОККВД»

Материал и методы исследования

Исследование проводилось методом социологического опроса – метод интервью, осмотра пациентов дерматовенерологического отделения Гомельского областного кли-

нического кожно-венерологического диспансера. Использовали специально разработанную анкету. Анкета состояла из блока вопросов: социальной части, включающей в себя пол, возраст, социальный статус и основной части: частота рецидивов в год, сезонность, наследственность, вредные привычки и сопутствующие заболевания. В опросе приняло участие 37 пациентов, средний возраст которых составил $44 \pm 6,6$ лет (от 16 до 71 года). По половой принадлежности: 51 % (n = 19) составили лица мужского пола и 49 % – женского пола. Результаты опроса представлены в виде процентных соотношений. Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием программного обеспечения Microsoft Office Excel 2022.

Результаты исследования и их обсуждения

В группе исследуемых у 24 % (n = 9) псориаз был установлен впервые, а неоднократно проходили стационарное лечение 76 % (n = 28). Длительность заболевания варьировала в пределах от года до 41 года, в среднем составив $15,7 \pm 3,8$ лет. Наиболее распространенной формой был обыкновенный псориаз у 73 % (n = 27), у 11 % (n = 4) ладонно-подошвенный и в равных значениях пустулезный, каплевидный и экссудативный формы, что составило по 5,4 % (n = 2). Псориаз с ониходистрофией встречался у 41 % (n = 15), из них у 47 % (n = 7) обнаружен микоз ногтей. В большинстве случаев (65 %, n = 24) отмечался зимний тип псориаза, при котором обострения процесса возникали в холодное время года. Внезапными обострениями страдали 35 % (n = 13) пациентов. По частоте обострений в год умеренно рецидивирующий псориаз (от 1 до 2 раз в год) встречался у 78 % (n = 29), часто рецидивирующий (от 3 и более) составил 22 % (n = 8).

Из субъективных ощущений в области псориазических высыпаний наиболее часто пациентов беспокоил зуд различной степени интенсивности – у 87 % (n = 32). Отсутствие субъективных ощущений отмечалось у 13 % (n = 5) пациентов. Во время опроса 43 % (n = 16) пациентов жаловались на боли в суставах. Из них по 6 % (n = 1) пришлось на подагру и псориазический артрит; остальным 88 % (n = 14) был поставлен диагноз недифференцированный артрит и назначено дообследование.

На следующем этапе анкетирования пациентам был задан вопрос: «С чем вы связываете у себя возникновение псориаза?». Основными триггерами были: стресс у 70 % (n = 26), лекарственные средства (антибиотики пенициллинового ряда, НПВС, β -блокаторы, ингибиторы АПФ) у 14 % (n = 5), ангина у 24 % (n = 9), у 5,4 % (n = 2) – заболевания эндокринной системы (СД, заболевания щитовидной железы), у 8 % (n = 3) – наследственность и у 3 % (n = 1) – ожирение.

У 30 % (n = 11) анкетированных пациентов при анализе истории болезни регистрировались сопутствующие заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и гепатобилиарной системы. В анамнезе 46 % наблюдался хронический гастрит, у 18 % – язва двенадцатиперстной кишки, у 9 % – хронический панкреатит, у 18 % – желчнокаменная болезнь и у 9 % – цирроз печени.

Сопутствующие заболевания мочевыделительной системы отмечались у 11 % (n = 4) пациентов. Из них у 50 % был хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь наблюдалась у 25 % пациентов, а другие 25 % болели хроническим циститом. Из ЛОР-патологии отмечались хронический тонзиллит у 5 % (n = 2) пациентов и хронический гайморит у 3 % (n = 1).

У всех пациентов, включенных в исследование, было изучено наличие коморбидных состояний, общее значение которых 30 % (n = 11). Со стороны эндокринной системы СД 2-го типа отмечен у 5 % (n = 2) пациентов, узловой зоб в анамнезе – у 8 % (n = 3). Ишемической болезнью сердца: атеросклеротическим кардиосклерозом страдали 19 % (n = 7), постоянная форма фибрилляции предсердий отмечена у 5 % (n = 2), в прошлом пере-

несли инфаркт миокарда 5 % (n = 2) пациентов, артериальная гипертензия наблюдалась у 30 % (n = 11).

При помощи формулы индекса массы тела (ИМТ) был произведен расчет весовой категории пациентов. Высокие значения ИМТ наблюдались у 8 % (n = 3) и у 19 % (n = 7), что интерпретировалось как ожирение 2 (35–39,9 кг/см²) и 1 (30–34,9 кг/см²) степени соответственно, у 35 % (n = 13) избыточная масса тела, а у 38 % (n = 14) была нормальная масса тела.

По изучению лабораторных данных отмечались изменения в общем анализе крови: лейкоцитоз у 11 % (n = 4) и повышение СОЭ у 30 % (n = 11) пациентов. Воспалительные изменения не связаны с наличием у пациентов псориаза, но могут быть повышены при других сопутствующих патологиях.

Сдвиг количества глюкозы в крови в большую сторону замечен у 21 % (n = 8) исследуемых, что свидетельствует о нарушении толерантности к глюкозе и СД. В биохимическом анализе крови наблюдалось повышение: холестерина у 21 % (n = 8) пациентов с атеросклеротическими изменениями сердечно-сосудистой системы, антистрептолизина-О у 30 % (n = 11), что связано с наличием стрептококковой инфекции ЛОР-органов, это в свою очередь может являться провоцирующим фактором псориаза; билирубина у 8 % (n = 3), АлАТ у 14 % (n = 5), АсАТ у 16 % (n = 6) и снижение в равных количествах общего белка и билирубина у 16 % (n = 6). Мочевая кислота у 5 % (n = 2) сильно превышает норму. Изменения печеночных показателей свидетельствуют о заболеваниях гепатобилиарной системы, это нужно учитывать при назначении системной терапии.

В общем анализе мочи у 14 % (n = 5) повышались показатели эритроцитов, эпителия и лейкоцитов в равных количествах, а бактерий у 16 % (n = 6). Эти изменения указывали на развитие воспалительных процессов в органах мочевыводящей системы.

На последний вопрос, заданный в анкете, «Влияют ли симптомы, связанные с псориазом, на Вашу работоспособность и/или выполнение ежедневных дел?», 59 % (n = 29) не имели жалоб, 41 % (n = 15) отмечали негативное влияние на повседневную жизнь. Из них у 67 % нарушалась нормальная работоспособность, а у 33 % отмечался психологический дискомфорт.

Выводы

При изучении причин возникновения псориаза одним из ведущих факторов являлся стресс у 70 %.

У пациентов, болеющих псориазом, падает качество жизни и это связано не только с клиническими проявлениями дерматоза, а также с психоэмоциональным состоянием: раздражительностью, тревожностью, стыдом, депрессией. Эмоциональное расстройство чаще возникает при высыпаниях на открытых частях тела, а эмоциональный фон может влиять на качество лечения [3].

Сердечно-сосудистая патология одна из самых часто регистрируемых коморбидностей у пациентов с псориазом.

Таким образом полученные результаты свидетельствуют об необходимости мультидисциплинарного подхода к таким пациентам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Олисова, О. Ю. Псориаз: эпидемиология, патогенез, клиника, лечение / О. Ю. Олисова // Дерматология. – М., 2010. – Т. 4, № 4. – С. 3–8.
2. Владимирова, И. С. Влияние различных факторов на течение псориаза и качество жизни больных / И. С. Владимирова, К. М. Монахова // Дерматология. – 2012. – Т. 4, № 4. – С. 47–50.
3. Пашиян, А. С. Оценка качества жизни больных псориазом: обзор современных исследований / А. Г. Пашиян, А. С. Дворников, Е. В. Донцова // Лечебное дело. – М., 2019. – № 2. – С. 32–35.