

НОВОЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

Гумаюнова Н.Г., Нестеров А.С.

Ульяновский государственный университет, Кафедра инфекционных и кожно-венерических болезней, г. Ульяновск

В настоящее время псориаз является одним из самых часто встречающихся хронических дерматозов. Около 5% населения земного шара страдает данным заболеванием. Дерматоз вызывает значительные косметические дефекты и очень трудно поддается терапии. Псориаз часто рецидивирует, иногда сопровождается тяжелыми поражениями суставов, явлениями эритродермии, что приводит к инвалидизации больных. Несмотря на многочисленные успехи в изучении этиологии и патогенеза данного дерматоза современная медицина не разработала универсального средства лечения данной патологии и не может установить основную причину возникновения кожного заболевания. В последние годы установлено, что многие инфекционные агенты напрямую или опосредованно провоцируют обострение заболевания. В тоже время, в последние годы появились многочисленные сообщения о «новой» протозойной инфекции – бластоцистозе, обусловленном паразитированием, преимущественно в толстой кишке, простейших *Blastocystis hominis*.

При дисбиозе ЖКТ, сформировавшемся на фоне паразитирования в толстом кишечнике *B. hominis*, повышается восприимчивость организма к инфекционным заболеваниям, многие патологические процессы приобретают затяжной, рецидивирующий характер, течение их осложняется. Однако, на сегодняшний день вопрос об участии *B. hominis* в патогенезе псориаза является неизученным.

В связи с этим, целью работы явилось изучение особенностей течения и влияние антипротозойной терапии на проявления псориаза, при инвазированности бластоцистами.

Обследовано 40 пациентов с псориазом, находившихся на лечении в стационарном отделении областного кожно-венерологического диспансера г. Ульяновска. Группой сравнения являлись 20 практически здоровых людей. Из всех больных, находившихся под наблюдением, лица мужского пола составили 60% (24 человека), женского – 40% (16 человек). Псориаз у всех исследуемых больных характеризовался осенне-зимней формой заболевания. Длительность обострений у большинства пациентов составляла 1-1,5 месяца, ремиссии – непродолжительные. У 6 пациентов отмечена тяжелая – эритродермическая форма псориазической болезни. Почти половина больных – 47,5% имела клинические и рентгенологические признаки поражения суставов.

С целью изучения инвазированности пациентов *B. hominis* проводилось микроскопическое исследование мазков, получаемых из фекалий. В ходе исследования установлено, что простейшими *Blastocystis hominis* инфицировано 90% обследованных с псориазом – это значительно выше аналогичного показателя у людей из группы сравнения (5%). Выявлен высокий процент бластоцист у больных с распространенным псориазом (77,5%), по сравнению с другими формами.

Из 40 выделенных клинических изолятов бластоцист 85% обладали высокой патогенностью. В ходе работы была изучена морфология клинических изолятов *B. hominis*. Вакуолярная форма, являющаяся наиболее патогенной (с наличием центрального тела, занимающего большую часть клетки) была выявлена во всех случаях у пациентов с частыми рецидивами псориазического процесса. Только у данной группы больных наблюдалась эритродермическая форма псориаза и выявлены выраженные изменения в дистальных суставах конечностей.

Таким образом, полученные результаты позволяют предположить высокую значимость бластоцист в формировании и хронизации псориазического процесса. Данный факт требует разработки полноценной терапии псориаза, с учетом обязательной иррадикации *B. hominis*. Проводимая терапия бластоцистоза противопротозойными препаратами из группы нитроимидазола, например, метронидазолом в дозе 250 мг 3-хкратно ежедневно в течение 7-10 дней приводит к практически полной иррадикации кишечника от бластоцист. После иррадикационной терапии бластоцистоза у больных псориазом наступает более быстрый и полный регресс клинической симптоматики, уменьшается период обострения, сокращается время пребывания больного на больничной койке. Поэтому рациональным является использование иррадикационной терапии бластоцистоза в комплексном лечении псориаза.