

СОЧЕТАНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА И ПСОРИАЗА

Рахимова О.Ю., Юрков М.Ю., Митрофанова И.П., Пайзуллаева З.К.

Городская клиническая больница №24. Департамента здравоохранения города Москвы

Изучение механизмов возникновения и развития неспецифических воспалительных заболеваний кишечника остается важной задачей современной медицинской науки и клиники.

Болезнь Крона чаще заболевают молодые люди, преимущественно женщины, в возрасте 20-29 лет с развитым социально-экономическим статусом.

Этиология болезни Крона не известна. Существует ряд гипотез, в том числе иммунологическая и инфекционная. Предполагается роль вирусов, хламидий, микобактерий, так как при данном заболевании в основном поражаются отделы желудочно-кишечного тракта с высокой обсемененностью бактериями.

Ряд исследований установили склонность к повышенному (на 50-250% выше, чем в популяции) потреблению сахара у лиц с болезнью Крона, следствием чего является образование гиперосмолярных растворов сахара повышающих проницаемость слизистой оболочки, что способствует абсорбции антигенов из просвета кишечника, а также изменению состава кишечной микрофлоры и образованию токсичных метаболитов.

Среди факторов риска развития болезни Крона достоверно значимым является курение, которое повышает риск заболевания в 1,8-4,2 раза. Выявляется зависимость между количеством выкуриваемых сигарет и риском возникновения рецидива болезни Крона. К моменту установления диагноза 86% пациенток в возрасте 20-29 лет оказываются курящими.

Заболевание имеет многообразную клиническую картину с различными кишечными, внекишечными проявлениями и осложнениями. Воспалительное поражение может локализоваться практически в любом отделе желудочно-кишечного тракта, однако наиболее часто поражается терминальный отдел подвздошной кишки и толстая кишка.

У некоторых пациентов встречается сочетание болезни Крона и псориаза. Оба заболевания можно рассматривать как болезни барьерных органов (кожа, стенка кишки), в основе которых лежат генетические нарушения.

Современные исследования показывают наличие генетической взаимосвязи между этими заболеваниями. Выявлены области сцепления болезни Крона и псориаза в 1-й, 6-й, 16-й и 19-й хромосомах. Некоторые генетические мутации определяют не только предрасположенность к воспалительным заболеваниям кишечника, но и фенотипические проявления болезни Крона. Например, мутации NOD2 ассоциируются с тонкокишечной локализацией болезни Крона, склонностью к образованию стриктур и ранним возрастом начала заболевания.

В литературе не встречается данных о частоте сочетания болезни Крона и псориаза. За 2006 год в отделении консервативной колопроктологии ГКБ №24 пролечен 71 больной с болезнью Крона, из которых у 6 (8,5%) больных выявлено сочетание болезни Крона с псориазом.

В одном случае первые симптомы псориаза задолго предшествовали проявлениям болезни Крона, в остальных кожные проявления появились позже. Обращает на себя внимание, что патогенетическая терапия болезни Крона у этих больных приводит к значительному уменьшению кожных проявлений псориаза. Обострение болезни Крона у этих больных всегда сопровождается увеличением количества псориазических высыпаний.

Требуют дальнейшего изучения критерии и скрининговые методы исследования для ранней диагностики и своевременного адекватного лечения болезни Крона, поражающей в основном молодых людей трудоспособного возраста.