

Литература

1. Герасимович Г.И. // Здоровоохран-е.–2000.– №4.– С. 30.
2. Грищенко О.В., Щербак В.Ю. // Междунар. мед. ж.– 1998.– №2.– С. 77–81.
3. Елисеев О.М., Шехтман М.М. Беременность. Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек.– Ростов-на-Дону, 1997.– 230 с.
4. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии.– М.: Медицина, 1996.– 487 с.
5. Омеляновский В.В., Попова Ю.Н. // Проблемы стандартизации в здравоохранении.– №4.– 2001.– С. 14–22.
6. Пытель О.А., Лоран О.Б. // Всерос. сб-во урологов. Правление. Пленум: Мат-лы.– Екатеринбург, 1996.– С. 229–233.
7. Шехтман М.М. // Тер. архив.– 1996.– №10.– С. 55–59
8. Quintiliani R. et al. // Rev. Inf. Dis.– 1996.– Vol. 13.– P. 770–777.

УДК 616.517

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ.

Н.В. ПАВЛЕНКО, Е.Н. МАХНОВЕЦ*

Инфекция, вызванная *Helicobacter pylori* (НР), имеет глобальное значение. Некоторые авторы называют ее наиболее частой инфекцией человека. Примерно 60% населения земного шара инфицировано НР. Пристально изучается роль НР в развитии ишемической болезни сердца, атеросклеротического поражения сосудов мозга, ряда аутоиммунных заболеваний, а также аллергических состояний. По результатам исследования авторы сделали вывод о том, что одновременное наличие у пациента заболевания кожи, инфекции НР и иммунных нарушений может говорить о патогенетической связи между бактериальной инфекцией и воспалительными изменениями при дерматозах.

Цель исследования – изучение особенностей клинического течения вульгарного псориаза на фоне хеликобактериоза.

Для объективного сопоставления полученных результатов обследованы 50 пациентов, страдающих вульгарной формой псориаза, 38 (76%) в сочетании с *Helicobacter pylori*; контроль составили 12 человек (24%). Основной жалобой больных вульгарной формой псориаза, протекающей на фоне НР-инфекции, при поступлении в стационар было наличие высыпаний на коже туловища, а 55,3% из них беспокоил интенсивный зуд, что не характерно для данной формы заболевания (в контрольной группе зуд не беспокоил ни одного больного из 12). Начало заболевания у больных было неодинаково: у части пациентов элементы возникли в раннем возрасте (преимущественно 7–18 лет) и сохранялись в течение длительного времени на одних и тех же местах, чаще на волосистой части головы, в области крупных суставов и в лямбдосакральной области. Достоверных различий в количестве таких больных в основной (34,2%) и в контрольной (33,3%) группах не было. У большинства больных заболевание возникло недавно, и имела тенденция к прогрессирующему течению. Ярких отличий в клинической картине псориаза в сравниваемых группах больных выявлено не было, однако при наличии хеликобактероза выявлена тенденция к усилению признаков экссудации и инфильтрации псориатических элементов. Высыпания локализовались на коже груди, туловища, разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. Имелась тенденция к симметричному расположению элементов. Площадь поражения варьировалась у разных больных от 0,6% до 75% от площади тела, однако никаких закономерностей распределения в разных группах выявлено не было.

В основной группе больных высыпания на коже были представлены папулезными элементами, склонными к сливанию в бляшки, четко отграниченные от здоровой кожи, розовато-красной окраски, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Как правило, чешуйки более плотно прилегали к элементам, чем при высыпаниях у больных контрольной группы, что связано с уве-

личением явлений экссудации. Свежие элементы у больных прогрессирующей стадией заболевания имели более яркую окраску, а интенсивность шелушения была менее выражена. Слизистые оболочки у всех больных были чистые от высыпаний. Поражение ногтей пластинок, чаще на кистях, отмечено у 47,4% больных псориазом с сопутствующим хеликобактерозом против 16,7% пациентов в контрольной группе. Из них в 26,6% случаев наблюдались точечные вдавления (синдром «наперстка»), а у 13,3% – утолщение ногтей пластинок за счет подногтевого гиперкератоза. При дифференциальной диагностике, в т.ч. лабораторными методами, онхомикоз был исключен. Следует выделить тот факт, что 21,1% пациентов с хеликобактерной инфекцией жаловались на периодические неинтенсивные боли в суставах, но при рентгенологических исследованиях никаких изменений не было обнаружено, и эти проявления были расценены как реактивный инфекционно-аллергический артрит.

Значение индекса PASI в основной группе было на 20,1% выше такового в контрольной группе за счет показателя инфильтрации. При вульгарной форме псориаза, текущего на фоне хронического хеликобактероза выявлены следующие особенности: наличие зуда; более выраженные явления экссудации, и в связи с этим уменьшение шелушения элементов; более частое поражение ногтей пластинок по типу «наперстка».

УДК 615.517

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Н.В. ПАВЛЕНКО*

Псориаз может лучше всего быть понят при мультифакторном подходе, который признает системные аспекты нарушения. Идея о том, что на этиологию и патогенез псориаза влияет патология желудочно-кишечного тракта, заняла заметное положение в литературе. Псориаз – хроническая кожная болезнь с неизвестной причиной [1]. Хотя нет общепризнанного метода лечения псориаза, используются многочисленные методы с тем, чтобы уменьшить тяжесть проявлений и их воздействие на жизнь пациента. Местная терапия может быть полезна для симптоматического облегчения, особенно для легкого псориаза. Для умеренного и тяжелого псориаза применяются фототерапия и системные терапии. Однако они связаны с существенными неблагоприятными эффектами. Фототерапия может обусловить эритему, зуд, сморщивание, солнечный эластоз и увеличивает риск рака кожи. Системные терапии с применением ацитретина, метотрексата, циклоспорина, гидроксимочевина и тиогуанина связаны с существенной системной токсичностью и должны быть внимательно изучены [2]. Стоимость стандартного лечения псориаза существенна, и в США в настоящее время оценивается от 1,6 до 3,2 миллиарда долларов в год [3]. Продолжает существовать потребность в эффективных терапиях с меньшим количеством побочных эффектов. Понимание этиологии и патогенеза псориаза может привести к недорогим терапиям, направленным на основные причины болезни при сокращении неблагоприятных эффектов.

Системная аутоинтоксикация – одна из вероятных причин патогенеза псориаза. Рассмотрение системных моделей, связанных с псориазом, может внести вклад в понимание различных патофизиологических процессов, вызывающих эту болезнь. Взаимосвязь псориаза и патологии желудочно-кишечного тракта особенно хорошо прослеживается на примере кишечника [4].

Термин «взаимосвязь» используется, чтобы описать совмещение болезней, которые имеют тенденцию наблюдаться у одного пациента одновременно. После рассмотрения источников, изучающих такую взаимосвязь заключили что: «болезни могут совмещаться по нескольким причинам: одно нарушение увеличивает уязвимость к другому; одно нарушение – иное выражение другого; оба нарушения происходят из-за некоторого третьего, лежащего в основе, или случайного совпадения...» [5].

T.Henseler и E.Christophers [6] описали выраженную взаимосвязь псориаза с несколькими другими состояниями, включая ожирение, диабет и заболевания сердца. Они выдвинули гипоте-

* Новосибирск

* Новосибирск