

Краткие сообщения

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Павленок Н.В.

ООО «Дентал-Косметик», Южно-Сахалинск

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, гидроксимочевины 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, М.М.Weissman и соавт. 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 гипотезу, что взаимосвязь этих системных нарушений может быть определена диетическими привычками, пищевым статусом или генетическими факторами. Многочисленные истории болезней демонстрируют взаимосвязь псориаза и болезней кишечника [7–9]. J.R.Person и J.D.Bernhard [9] наблюдали пустулезный дерматит, связанный с операцией обхода тонкой кишки и другие кожные проявления в связи с воспалениями кишечника. Эти болезни кожи обычно происходят из-за поглощения микробных антигенов из кишечника. Таким образом, аутоинтоксикация описана как первичный патофизиологический процесс во взаимосвязи болезни кожи и кишечника.

В тоже время, роль патологии такого важного отдела желудочно-кишечного тракта как желудок в патогенезе псориаза остается не изученной. Одним из этиологических факторов в формировании различной патологии гастроуденального отдела ЖКТ, таких как гастриты, дуодениты, язвенные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является *Helicobacter pylori*. Появление антител к данной бактерии может привести к образованию иммунных комплексов и развитию иммунокомплексной патологии различных органов и систем. Многие состояния, не связанные с патологией желудочнокишечного тракта, приписывали *H. pylori* (сердечно-сосудистые и соединительнотканые заболевания, артериальная гипертензия, синдром Рейно, мигрень, сахарный диабет, псориаз, хроническая крапивница), однако данных об этой связи недостаточно или они отсутствуют [10].

Целью нашего исследования явилось изучение роли хеликобактерной инфекции и выраженности функциональных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки в патогенезе псориаза и разработка методов коррекции этих нарушений. Снижение выраженности инфицирования *H.pylori* может привести к снижению выраженности иммунодеструктивного компонента псориазической болезни и снижению аутоинтоксикации продуктами неполного протеолиза в желудке и верхних отделах кишечника.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Espinoza L.R., van Solingen R., Cuellar M.L., Angulo J. Insights into the pathogenesis of psoriasis and psoriatic arthritis // *Am. J. Med. Sci.* – 1998. – Vol. 316. – P.271-276.
2. Tristani-Firouzi P., Krueger G.G. Efficacy and safety of treatment modalities for psoriasis // *Cutis.* – 1998. – Vol. 61. – Suppl. 2. – P.11-21.
3. Sander H.M., Morris L.F., Phillips C.M., Harrison P.E., Menter A. The annual cost of psoriasis

// J. Am. Acad. Dermatol. – 1993. – Vol. 28. – P.422-425.

4. Richards D., Mein E., McMillin D., Nelson C. Systemic aspects of psoriasis: an integrative model based on intestinal etiology // *Integr. Med.* – 2000. – Vol. 2. – N 2. – P.105-113.

5. Weissman M.M., Merikangas K.R., Wickramaratne P., Kidd K.K., Prusoff B.A., Leckman J.F., Pauls D.L. Understanding the clinical heterogeneity of major depression using family data // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 43. – P.430-434.

6. Henseler T., Christophers E. Disease comitance in psoriasis // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1995. – Vol. 32. – P.982-986.

7. Anderson P.C. Dialysis treatment of psoriasis // *Arch. Dermatol.* - 1981. – Vol. 117. – P.67-68.

8. Halevy S., Halevy J., Boner G., Rosenfeld J.B., Feuerman E.J. Dialysis therapy for psoriasis. Report of three cases and review of the literature // *Arch. Dermatol.* – 1981. – Vo. 117. – P.69-72.

9. Kramer P., Brunner F.P., Brynger H., Chantler C., Donckerwolcke R.A., Jacobs C., Selwood N.H., Wing A.J. Dialysis treatment and psoriasis in Europe. *Clin. Nephrol.* – 1982. – Vol. 18. – P.62-68.

10. Person J.R., Bernhard J.D. Autointoxication revisited // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1986. – Vol. 15. – P.559-563.