

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПСОРИАЗА

Белкина Ирина Сергеевна

студент Гомельского государственного медицинского университета, Беларусь г. Гомель

Пинчук Виктория Юрьевна

студент Гомельского государственного медицинского университета, Беларусь г. Гомель

Кузьмук Вероника Юрьевна

студент Гомельского государственного медицинского университета, Беларусь г. Гомель

Кузьмук Александр Владимирович

студент Гомельского государственного медицинского университета, Беларусь г. Гомель

Порошина Лариса Александровна

научный руководитель, ст. преподаватель Гомельского государственного медицинского университета, Беларусь г. Гомель

Болезнь под названием псориаз существует на протяжении всего существования Homo sapiens, в разные периоды развития человеческого общества отношение к этому заболеванию резко менялось. Так в 17 веке псориаз называли «императорской» болезнью или «розой дьявола» и отношение к больным людям было как к прокаженным. Во времена Гиппократы псориаз обозначали как «lepra» или «psora» (чесотка, парша) [1]. Пионером в описании псориаза считается римский философ и врач Авл Корнелий Цельс. В пятом томе его труда «De medicina» имеются сведения о болезни кожи, соответствующие описанию псориаза. Впервые как самостоятельное заболевание псориаз охарактеризовал английский дерматолог Robert Willan (1757-1812), получивший в 1780 году в Эдинбурге звание доктора медицины за диссертацию «De inflammation jecinoris».

Долгие годы отсутствовала концепция артрита при псориазе как самостоятельного заболевания, а псориатического артрита (ПсА) зачастую идентифицировали с ревматоидным артритом. В 1973 году J.M. Moll и V. Wright охарактеризовали псориатический артрит как воспалительный периферический артрит и/или спондилит, ассоциированный с псориазом и негативный по наличию ревматоидного фактора [2]. Фактически с этого времени ПсА окончательно сформировался как самостоятельное заболевание [3].

Неизлечимым недугом болели многие известные люди, в том числе Иосиф Сталин, Уинстон Черчилль, Джон Рокфеллер. В 30-е годы прошлого века Уинстон Черчилль, много лет страдавший псориазом, от отчаяния предложил поставить памятник из чистого золота человеку, который разгадает тайну этого заболевания. Болезнь настолько измучила нефтяного магната Джона Рокфеллера-старшего, что он даже учредил свою премию, практически равную по размеру Нобелевской, для тех, кто разработает препарат, полностью исцеляющий от псориаза. Ученые всего мира вот уже многие десятилетия продолжают бороться с этой актуальной проблемой [4].

Псориаз является одной из актуальных и сложных проблем современной дерматологии, что связано с высокой распространенностью заболевания, неясностью этиологии, увеличением

инвалидизирующих форм. Псориаз рассматривается как системное заболевание, при котором поражается не только кожа, но и различные органы и системы. Первостепенное значение имеет неспецифическая стимуляция (CD4+) Т-лимфоцитов, которая приводит к гиперсекреции цитокинов, а это в свою очередь способствует стимуляции эпидермальных кератиноцитов и синовиоцитов, из которых освобождаются биологически активные субстанции, ответственные за развитие морфологических изменений [5].

У 12-15% пациентов с псориазом возникают прогрессирующие изменения суставов. Одной из наиболее тяжелых клинических форм прогрессирования псориаза с формированием необратимых инвалидизирующих костно-деструктивных повреждений является псориатический артрит [6]. Вовлечение в патологический процесс сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной и других систем организма позволяют рассматривать псориаз и ПсА с позиции системного заболевания — псориатической болезни [7]. Актуальна разработка новых подходов к оценке активности суставного синдрома и состояния костной ткани. Изменения метаболизма, взаимосвязь костно-суставного синдрома с тяжестью и распространенностью кожного процесса изучены недостаточно.

Цель исследования. провести сравнительную оценку ключевых клинико-лабораторных показателей у пациентов с псориазом и псориатическим артритом для выяснения патогенетически значимых изменений.

Материалы и методы. Был выполнен анализ 60 историй болезни: 30 пациентов с псориазом и 30 пациентов с псориатическим артритом, находившихся на стационарном лечении в учреждении «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер» с 2018 по 2020 год. В исследование включены пациенты в возрасте от 20 до 75 лет. Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel2010. Оценка нормальности распределения признаков проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилка. При распределении количественных показателей, отличных от нормальных, данные представлялись в виде медианы 25-го и 75-го перцентилей: Me (25%;75%).

Результаты и их обсуждение. Возраст, среди обследуемых в общей группе составил 50(38;58,6) лет. В данной группе возраст пациентов с псориазом 47(36;58,2) лет; с псориатическим артритом 50(44;58,8).

В результате проведенного анализа данных анамнеза выделены основные формы псориаза: в 70% встречался вульгарный псориаз; в 23,3% экссудативный; в 5% пустулезный; в 1,7% каплевидный. Следует отметить, что экссудативная форма псориаза встречалась чаще при псориатическом артрите.

При оценке показателей общего анализа крови были получены следующие показатели:

Таблица.

Результаты при оценке показателей общего анализа крови

Показатель	Псориаз	Псориатический артрит
Эритроциты,	4,2 (4;4,5)	3,96 (3,8;4,2)
Гемоглобин, г/л	137 (127,5;146,5)	128 (122,7;135,5)
СОЭ, мм/ч	8,5 (5;15,5)	15 (11,3;20,8)
Лейкоциты,	6,8 (5,5;7,9)	7,7 (6,5;8,8)
Эозинофилы, %	2 (1;3)	3 (1;4)
Базофилы, %	1 (1;2)	1,5 (1;2)
Нейтрофилы, %		
• Палочкоядерные	4 (2;8)	4 (1,25;5)
• Сегментоядерные	51 (43;62)	57 (50;60,8)
Лимфоциты, %	36,5 (32,2;47,2)	33,5 (26,5;40,7)
Моноциты, %	1 (1;2)	2 (1;3)

У пациентов с псориазом и псориатическим артритом отмечается тенденция к снижению количества эритроцитов. Следовательно, патохимические нарушения при псориазе, влияющие на регуляцию гемопоэза, не связаны с поражением суставов.

Повышение количества лейкоцитов отмечено при псориатическом артрите у 50% пациентов, без суставного синдрома - у 26,6%. При псориазе в большей степени повышается количество палочкоядерных нейтрофилов, а при псориатическом артрите сегментоядерных нейтрофилов. При псориатическом артрите отмечается, существенное снижение относительного количества лимфоцитов.

Следовательно, клеточная реакция у пациентов с псориазом и псориатическим артритом имеет некоторые отличия.

При изучении биохимических показателей крови пациентов с псориазом и псориатическим артритом были получены следующие данные.

У пациентов с псориазом без суставного синдрома содержание холестерина в крови изменялось следующим образом: у 66,7% пациентов выявлено повышение содержания холестерина, у 60% обследуемых с проявлениями псориатического артрита.

У больных с псориатическим артритом был незначительно повышенный уровень холестерина 5,8(5,1;6,3 и среднее значение общего белка 70,3(67;73,1). Также у 60% (18 из 30) обследуемых с псориатическим артритом определялся высокий уровень белка острой фазы С-реактивного белка, СРБ 8,2(4,1;15), что свидетельствует о патогенетическом значении воспалительного процесса в развитии суставного синдрома, связанного с тяжестью кожных проявлений.

Следует отметить, что коэффициента атерогенности был повышен у пациентов с псориазом 3,15(2,8;4,5) и псориатическим артритом 3,7(3,25;4,5

При сравнении биохимических показателей крови больных псориазом и ПсА среднее значение содержания общего билирубина у пациентов с псориазом 12,15(10,5;13,8) и ПсА 9,45(8,3;10,7) соответственно, холестерин ЛПВП у пациентов с псориазом 1,4(1,1;1,7) и ПсА 1,2(1,06;1,5) - таким образом, **достоверных изменений**

содержания прямого билирубина, холестерина ЛПВП не выявлено.

Заключение. Псориатический артрит характеризуется преимущественной локализацией патологического процесса в тканях опорно-двигательного аппарата, развитием эрозивного артрита, внутрисуставного остеолита и спондилоартрита, что связано с повышением количества циркулирующих предшественников остеокластов [7]. Поражения суставов могут быть обусловлены воспалительными изменениями синовиальной оболочки, нарушениями микроциркуляции [8] при уменьшении мышечной массы [9].

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о системной реакции организма у больных псориазом и псориатическим артритом, что проявляется однонаправленными нарушениями метаболизма и изменениями состава крови.

Список литературы:

1. Иларион (Алфеев), еп. Таинство веры: Введение в православное догматическое богословие. — М.: Эксмо, 2012.

2. Moll, J.M. Wright V. Psoriatic arthritis. Semin. Arthritis. Rheum. - 1973. - Vol. 3. - P. 55-78.
3. Gladmann, D.D. Psoriatic arthritis. Baillieres Clin. Rheumatol. - 1995. -Vol. 9. - P. 319-329.
4. Терлецкий О. В., Разнатовский К. И., Григорьев Г. И. Псориаз. Руководство по диагностике и терапии разных форм псориаза и псориатического артрита. — СПб.: ДЕАН, 2014.
5. Смагина Н. Н., Порошина Л. А., Ивашкевич Е. А. Дифференциальная диагностика псориатического артрита. Проблемы здоровья и экологии. – 2016. - № 4. – С 19-25.
6. Смольникова М.В., Смирнова С.В., Барило А.А. Особенности иммунопатогенеза псориаза и псориатического артрита. Фундаментальные исследования. — 2015. — №1-7. — С. 1443—1447.
7. Кошкин С.В. К вопросу о патогенезе псориаза. Клиническая дерматология и венерология. 2008. № 1. С. 32-35.
8. Давыдкин И.Л., Косякова Ю.А. Исследование микроциркуляции у больных гемофилией. Терапевтический архив. 2012. № 7. С. 58-60.
9. Сазонова О.В., Косякова Ю.А., Давыдкин И.Л. Пищевой статус у больных гемофилией с поражением суставов. Вопросы питания. 2011. № 6. С. 47-51.