

тора и развитием заболевания или патологического состояния. ОШ — отношение вероятности того, что под воздействием данного фактора событие произойдет к вероятности того, что оно не произойдет. При величине ОР и ОШ больше 1,0 — вероятность развития неблагоприятного исхода в основной группе выше.

Результаты: среди социальных факторов курение одного или обоих родителей существенно повышает неблагоприятные шансы развития дисплазии (ОШ=6,2). Выявлена взаимосвязь между плохим микроклиматом в семье и развитием ДСТ (ОШ=1,08). Увеличивает шансы формирования ДСТ неблагоприятная наследственность. Так наличие варикозно расширенных вен у ближайших родственников повышает риск развития ДСТ в 3,2 раза, сердечнососудистой системы и опорно-двигательного аппарата — в 1,5 раза. Повышенный риск развития ДСТ наблюдается у детей, чьи родители страдают заболеваниями глаз, пищеварительной системы, кожи. Учитывая, что все перечисленные заболевания нередко ассоциированы с ДСТ, то можно предположить, что у родителей этих детей также имеет место соединительнотканная дисплазия. Установлена взаимосвязь между формированием ДСТ и неблагоприятным акушерско-гинекологическим анамнезом матери. Наиболее значимыми из них оказались предшествующие выкидыши, угроза прерывания данной беременности, токсикоз первой половины беременности, 4-я и более по счету беременность, внутриутробное инфицирование, хроническая внутриутробная гипоксия плода. Существенный риск развития ДСТ у детей представляют интранатальные факторы: пособия в родах повышают вероятность развития ДСТ в 20,5 раз. Наличие перинатального поражения ЦНС повышает риск развития ДСТ — в 2,11 раза. В свою очередь ДСТ способствует развитию целого ряда заболеваний и патологических состояний у детей: относительный риск развития вегетососудистой дистонии выше в 9 раз, энуреза — в 4,5 раза, бронхиальной астмы — в 3,5 раза, острых пневмоний — в 2 раза, хронического тонзиллита — в 2,5 раза. Значительно выше, чем у детей без ДСТ, риски развития патологии органа зрения (ОР 2,9): астигматизма, миопии, гиперметропии, спазма аккомодации. При наличии ДСТ существенно повышаются шансы возникновения заболеваний гастродуоденальной зоны, гепатобилиарной и мочеполовой системы (1,2–1,7), поскольку эти системы являются одними из наиболее коллагенизированных.

Выводы: математические расчеты показали большую значимость перинатальных (особенно интранатальных) факторов, неблагоприятной наследственности по заболеваниям, ассоциированным с ДСТ, и курения родителей в повышении шансов формирования ДСТ, что следует учитывать при профилактике и раннем выявлении соединительнотканной дисплазии у детей. С другой стороны, математически выявлена тесная взаимосвязь дисплазии соединительной ткани с формированием коморбидных заболеваний у детей.

УДК:616.517-092-08

А. Г. Слонецкая

Запорожский ГМУ, г. Запорожье, Украина

Научный руководитель: канд. мед. наук, ст. преподаватель И. А. Соколовская

ПСОРИАЗ: АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Врачи рассматривают псориаз как системное заболевание, которое характеризуется поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, функциональными и морфологическими нарушениями других органов и систем. Это явилось основанием рассматривать псориаз как «псориатическую болезнь» с разной степенью вовлечения в патологический процесс висцеральных органов. «Псориаз — хронический, рецидивирующий системный дерматоз, который характеризуется мономорфной папулезной сыпью, располагающейся

симметрично, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей. Однако высыпания могут локализоваться на любом участке кожного покрова и на слизистых оболочках. Возможно также поражение опорно-двигательного аппарата, ногтей и внутренних органов» (Довжанский С.И., 1992).

По данным Международной Федерации ассоциаций пс о р и а з а , средний показатель распространенности псориаза составляет около 3 % от общей популяции. Иначе говоря, фактически псориазом страдает около 1,5 млн. украинцев. У 30 % украинских пациентов с псориазом течение болезни среднетяжелое и тяжелое с поражением более 10 % поверхности тела и / или поражением суставов, вовлечением психологически значимых зон, таких как кисти, стопы, лицо и гениталии. Системное влияние псориаза проявляется в повышенной заболеваемости сопутствующими заболеваниями, которые делятся на две группы: связанные с иммунным воспалением (п с о р и а т и ч е с к и й а р т р и т , болезнь Крона) и с метаболическими нарушениями (метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания). Так у больных псориазом повышается риск тяжелых хронических заболеваний: относительный риск развития диабета I типа (по сравнению с контрольной группой больных) составляет 3,99, диабета II типа — 2,48, артериальной гипертензии — 3,27, сердечных заболеваний — 1,77, метаболического синдрома — 5,92. Смертность больных с тяжелым течением заболевания возросла за счет роста кардиоваскулярного риска и амилоидоза почек, и этот показатель ежегодно ухудшается.

В разное время были предложены различные теории происхождения псориаза: паразитарная, инфекционная (в том числе вирусная), аллергическая, инфекционно — аллергическая, аутоиммунная, нейрогенная, эндокринная, обменная, наследственная. Каждая из этих теорий основывается на соответствующих клинических наблюдениях и результатах некоторых лабораторных исследований: псориаз у представителей 2–6 поколений, семейные случаи заболевания (наследственная теория), нарушения жирового (холестеринового) обмена, энзимопатии, повышенное содержание в псориазных чешуйках фосфора, ДНК и РНК, снижение заболеваемости во время голода (обменная теория), менструальные обострения псориаза, улучшение его течения и даже излечение в период беременности (эндокринная теория), начало заболевания после нервного потрясения, торпидное течение с поражением слизистых оболочек во время войны (нейрогенная теория), связь заболевания псориазом с фокальной инфекцией в миндалинах (инфекционная теория) и т. д. Однако ни одна из указанных теорий не позволяет объяснить все случаи псориаза.

Иммуногенетические аспекты патогенеза псориаза. Многие исследователи обращают внимание на семейный характер псориаза и признают его генетическую природу. Фицпатрик Т. и соавт. считают, что псориаз это заболевание с полигенным наследованием. Если болен один из родителей, риск заболевания у ребенка составляет 8 %; если псориазом страдают и отец, и мать — 41 % (Фицпатрик Т. и соавт., 1999). Другие авторы утверждают, что вероятность наследования болезни — 25 %, если болен только один родитель и до 70 % — при наличии псориаза одновременно у отца и матери (Самцов А. В., Барбинов В. В., 2002). Наследственная концепция патогенеза псориаза указывает на высокий риск патологии среди носителей антигенов гистосовместимости HLA-A1, 9, 11, 28, 31; HLA-13, 17, 21, 27, 38, 39; HLA-Cw2, 3, 4, 6. Различные HLA-локусы ответственные за различные проявления псориаза, а в патогенетический процесс вовлекается более чем один фактор [34]. В высоко достоверных уровнях (УД) A1 и A2 была продемонстрирована ассоциация определенных клинических феноменов с носительством антигенов гистосовместимости в следующих случаях:

1. при дефиците Т-лимфоцитов — HLA-A1, B13, B17, CW 2;
2. при вульгарной форме псориаза — HLA-Ax, B17, Вход, CW 2;
3. при наличии HLA-B17 — риск развития псориаза;

4. при псориазической эритродермии (ПЭ) — HLA-B13 и A-11; HLA-A9 и B17;
5. при псориазе и хроническом тонзиллите — HLA-A1, Aх, B13, B17, Вход, Cw2;
6. при артропатическом псориазе (АП) — HLA-A1, B13, B17, Вход, Cw2, Cw6, Dr 4;
7. при периферийном АП — HLA-B38 (39), Dr4;
8. при серонегативном спондилоартрите (СПА) — HLA-B27;
9. в случае HLA-B27-негативного спондилоартрита — носительство HLA-B7-антигена, относится к B7-CREG группы (включая B-7, -13, -22, -27, -40, -42);
10. в случае слабо выраженной эффективности от терапии — HLA-A1, B1, 17, 35;
11. при псориазической болезни и циррозе — HLA-A8, B17;
12. при ревматоидном артрите (РА) — HLA-Aх, B27, CW 2, Dr 4, CW 4.

Иноксикации. Экология, лекарственные препараты, пища и др.

«Синдром негерметичной кишки». Большая часть кишечных стенок должна иметь постоянные складки, помогающие при поглощении и движении химуса. Анатомически они называются складки Керкрина (plicae circulares). В наибольшей степени они сконцентрированы при переходе двенадцатиперстной кишки в тощую кишку. Согласно Эдгару Кейсу, эти складки сглаживаются и истончаются у больных псориазом, облегчая проникновение токсинов через стенки и кровеносную систему, что ведет к отравлению организма хозяина (Пегано Джон О.А., 2001). У больного псориазом катастрофу могут вызвать не опасные для здорового человека продукты питания. Они действуют как пусковой механизм заболевания, превращая жизнь человека, страдающего псориазом, в сплошной кошмар. Диета для людей, страдающих псориазом должна поддерживать правильный кислотно-щелочной баланс в организме. Для сохранения и поддержания здоровья в организме должна преобладать щелочная реакция. Это происходит когда в крови слегка щелочная реакция с рН 7,3—7,5 ед. Такое состояние в организме поддерживается с помощью внутренних механизмов, но более всего зависит от потребляемой пищи и эмоционального состояния [1].

Уместно предположить, что большинство кожных болезней: экземы, псориаз, нейродермит, витилиго, излишняя пигментация, угревая сыпь и т. д. есть не что иное, как системные заболевания. То есть внешние проявления заболеваний внутренних органов, отвечающих за процессы фильтрации и выведения из организма различного рода эндо- и экзотоксинов, продуктов жизнедеятельности нашего собственного организма и триллионов обитающих в каждом из нас микроорганизмов.

Когда печень и почки уже не справляются с повышенной нагрузкой, начинается аутоинтоксикация (самоотравление) организма. Тогда в работу включается компенсаторный механизм выведения «грязи», например, через кожу, проявляющийся у кого-то в виде бляшек, отсутствия пигментации и т.п. У других — никаких наружных проявлений, зато происходит «атака» на внутренние органы: простату, мочеиспускательные и желчевыводящие функции и т.п. Таким образом, самая различная симптоматика, возможно, является лишь проявлением нарушения симбиоза (взаимовыгодное сосуществование организмов разных видов) нашей внутренней среды. Хотя псориазом может быть поражена любая часть тела, по преимуществу страдают кожа головы, ногти или окружающие их участки кожи, разгибательные поверхности локтей и колени. Вначале обычно образуются ярко-красные, четко отграниченные пятна; они могут оставаться небольшими или же распространиться на обширные участки тела. Пятна покрываются мелкими серебристыми чешуйками, которые легко слущиваются, оставляя влажную поверхность с многочисленными кровоточащими точками. При поражении ногтей на них появляются бороздки и ямки, а под ними — желтовато-коричневые восковидные пятна. Иногда при псориазе развивается тяжелая форма артрита, сходного с ревматоидным [2].

В последнее время на фармацевтический рынок хлынули зарубежные антипсориазные препараты. Практика их применения показывает, что в большинстве случаев они лишь на какое-то время облегчают страдания больного, и к ним быстро развивается невосприимчивость (не говоря уже о побочных эффектах). Недостаточная эффективность методов псориазотерапии часто вынуждает расширять понятие клинической ремиссии до «дежурных бляшек». Приходится сталкиваться как с тяжелыми формами псориаза (часто — осложненными нерациональной предшествующей терапией), так и с больными, которым дерматоз приносит только косметические и душевные неудобства. Для некоторых больных возможность удержать псориаз в стадии косметического комфорта — уже величайшее благо.

Сегодня в Украине внедряются современные методики лечения заболевания. Это, прежде всего, узкополосная УФБ-фототерапия и иммунобиологическая терапия, которые позволяют добиться относительно стойкой ремиссии.

По словам внештатного ревматолога МОЗ Украины Олега Яременко, через восемь лет после выявления псориаза, у пациента, как правило, развивается псориазный артрит, который может повлечь за собой полную или частичную утрату работоспособности. Помимо этого, согласно последним данным ученых, на фоне псориаза у больных развиваются сердечно-сосудистые заболевания.

В Украине существуют 18 специализированных центров по лечению псориаза. Четыре из них находятся в Киеве, остальные — в регионах. В Запорожье заболевание лечится на базе частных клиник и медицинских центров.

В этих условиях применяемый метод должен обеспечивать первичное лечение до косметического комфорта и возможно полного исчезновения проявлений болезни (ремиссия). Необходимо также обеспечить быстрое купирование рецидивов на начальной стадии точечных высыпаний до достижения полной или длительной ремиссии. Немаловажное значение имеют безвредность лечения, его сроки и доступность (стоимость, а также возможность самостоятельного лечения в домашних условиях), и минимальные неудобства применения, ибо лечение не должно отягощать более, чем сама болезнь.

Учеными Днепропетровской государственной медицинской академии на базе пансионата «Эксскребул» (Приазовский район, село Ботево-Строгановка), была разработана и внедрена методика дифференцированной рациональной терапии в летний, а также осенне-зимний периоды, с использованием целебных факторов Приазовского района, побережья Азовского моря при полном или частичном исключении фармакологических препаратов. Контроль эффективности лечения проводили, основываясь на регрессе клинических проявлений псориаза, устранении болей в суставах и их отёчности, исчезновении зуда.

В летнее время в комплексной терапии псориаза, помимо море-, солнце-, грязелечения (морская и лиманная грязи) используется морская глина, а также минеральная вода местных источников. Недалеко от пансионата находятся залежи лечебных лиманных грязей и целебных голубых глин, которые чрезвычайно успешно используются для лечения таких заболеваний как: псориаз, витилиго, артрит, артроз и др. Азовский воздух насыщен озоном, бромом и йодом, повышающими защитные силы организма, а уникальные экологически чистые источники хлоридно-натриевых и йодо-бромных минеральных вод (по бальнеологическому типу «Миргородская», «Нафтуса», «Свялява») в сочетании с морскими, солнечными и воздушными процедурами дают превосходные результаты в лечении.

У больных в стационарной стадии на 3-й день лечения уменьшалась эритема папул и бляшек, шелушение и зуд.

У больных в прогрессирующей стадии к 3-му дню лечения не было свежих высыпаний, начинался регресс милиарных папул и побледнение их с уменьшением шелушения.

У 28 % больных с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и печени существенный лечебный эффект давала минеральная вода, способствующая уст-

ранению явлений гастрита и колита. На фоне регресса клинических проявлений дерматоза отмечалась нормализация показателей билирубина, общего белка, количества лимфоцитов, АСТ, АЛТ. Лечение хорошо переносится, не дает осложнений и побочных явлений, а при наличии сопутствующих заболеваний отмечается не только улучшение состояния кожного покрова, но и других органов и систем. Таким образом, эффективность лечения оказывается в среднем вдвое выше по сравнению с традиционными методами. Отдаленные результаты многолетних наблюдений также вполне благоприятны: у части больных ремиссия сохраняется на протяжении двух и более лет после нескольких курсов. Использование минеральных вод, целебных грязей и глин Приазовья в медико-курортных целях рекомендовано Одесским НИИ курортологии и медицинской реабилитации [3].

В результате комплексного лечения клиническая ремиссия или значительное улучшение наступили у 89 % больных псориазом; улучшение — у 10 %; состояние осталось без изменений — у 1 % больных.

Литература

1. Арифов С. С. Клиническая дерматология и венерология. — М.: Медицинская книга, 2008. — 565 с. — С. 41-49.
2. О. Л. Иванов Кожные и венерические болезни (2006). — С. 104-107.
3. <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=24537>
4. Общество православных врачей Санкт-Петербурга имени свт. Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Крымского «Современное состояние лечения псориаза» — канд. мед. наук Терлецкий О.В. 09.02.2010

УДК 504.5: 614.87

Д. Д. Смирнова

Запорожский ГМУ, г. Запорожье, Украина

Научный руководитель: канд. мед. наук, ст. преподаватель И. А. Соколовская

СОЧЕТАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ТЕХНОГЕННЫХ ФАКТОРОВ (ХИМИЧЕСКИХ, ФИЗИЧЕСКИХ, БИОЛОГИЧЕСКИХ) И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Оценка уровня загрязнения атмосферы в Запорожской области, проведенная в соответствии с требованиями, показывает, что состояние атмосферного воздуха по критерию показателя уровня загрязнения остается «недопустимым», а по степени опасности — «умеренно опасным». Аналогичная ситуация наблюдается при оценке качества питьевой воды, не соответствующей санитарным нормам по микробиологическим и химическим показателям. В связи с вышеуказанным, в целом эколого-гигиеническая ситуация в г. Запорожье и области оценивается как напряженная. Население отдельных сельских районов Запорожской области, расположенных вблизи промышленных центров, испытывает дополнительную антропогенную нагрузку и подвергается более высокому риску развития различных патологий у населения, а существующие социально-экономические, производственные, санитарно-гигиенические и медико-социальные различия между городом и селом могут только усугублять показатели заболеваемости сельских жителей.

Следовательно, изучение негативного влияния окружающей среды на организм человека, на общий уровень заболеваемости, инициированной воздействием патогенных экологических факторов (заболеваемость псориазом), является актуальной гигиенической проблемой.

Мониторинг качества атмосферного воздуха свидетельствует о существенном, по сравнению с прошлыми годами, снижении загрязненности как на границе санитарно-защитных зон, так и в жилых районах.