УДК 616.517

**ПИТАННЯ, ЯКІ ХВИЛЮЮТЬ ХВОРИХ НА ПСОРІЗ**

Почерніна В.В.

*Харківський національний медичний університет*

*м.Харків, Україна*

***Ключові слова****:псоріаз,запитання.*

Псоріаз - хронічне запальне захворювання шкіри з вираженою генетичною основою для якого характерні комплексні зміни росту і диференціювання епідермісу, численні біохімічні, імунологічні і судинні аномалії, а так же, поки ще не недостатньо вивчений взаємозв'язок з нервовою системою.

Питома вага псоріазу в загальній структурі захворювань шкіри становить від 7% до 10%, а серед госпіталізованих хворих з шкірними хворобами до 20-25%.

За даними Міжнародної федерації асоціацій псоріазу, його поширеність у світі коливається в межах 1,2–5% у загальних популяціях, становлячи в середньому близько 3%. У західноєвропейських країнах захворюваність на псоріаз становить більше 2%, в інших країнах Європи - не перевищує 6% (в Ірландії - 5,5%, Іспанії - 3,7%, Швеції - 2,3%, США та Канаді — 2,2 і 4,7% відповідно). Простий (вульгарний), або бляшковий псоріаз - найбільш поширена форма захворювання, яку реєструють у 80–90% пацієнтів.

В Україні статистичні дані щодо захворюваності на псоріаз суттєво відрізняються від середніх показників в Європі та світі, оскільки поширеність хвороби за останні десятиліття зросла від 114,8 на 100тис. населення у 1994р. до222,5 на 100тис. у 2014р., серед яких було понад 6000 дітей. Це може бути зумовлено як недосконалістю медико-статистичних систем, так і гіподіагностикою псоріазу внаслідок низького рівня звернень пацієнтів. [1]

**Питання номер 1 - Чому виникає псоріаз?**

Серед етіологічних і патогенетичних факторів псоріазу можна виділити такі що обумовлюють схильність, і ті що провокують клінічні прояви.

Існує декілька теорій щодо виникнення псоріазу вірусна, інфекційно-алергійна, нервово-психогенна, порушення обміну, спадкова та інші.

Сьогодні з впевненістю можна сказати, що генетична схильність відіграє велику роль у виникненні псоріазу. В 1951 році Штейнберг довів що діти, один з батьків яких страждає псоріазом, у 4 рази частіше хворіють, ніж діти здорових батьків. У 60% пацієнтів хтось із рідні був хворий на псоріаз.[2]

Концепція мультифакторної природи захворювання обумовлює розвиток псоріазу, як результат взаємодії генів і факторів зовнішнього середовища. Генетичні фактори значно домінують над факторами середовища. Разом з тим вплив середовища занадто великий, щоб на нього не звертати уваги.

Багато досліджень вказують на важливу етіологічну та патогенетичну роль у виникненні псоріазу нервово-психічної травми. На даний момент у нікого не виникає сумнівів, що провокуючий вплив на прояви псоріазу чи загострення його протікання відбувається під впливом на організм надзвичайних подразників чи стресорів, до яких належать: сильні емоції, інфекції, травми, інтоксикації та інше.

Найбільш обґрунтованою теорією етіопатогенезу псоріазу вважають *імунну*, згідно з якою активація Т-клітин є ключовим моментом в каскаді взаємодій між клітинами запального інфільтрату, кровоносних судин і кератиноцитами, що призводить до виникнення клінічних проявів псоріазу [3, 4, 5].

Порушення процесів проліферації та диференціювання кератиноцитів розглядають як наслідок надлишкової продукції цитокінів, хемокінів і чинників росту, активованих Т-лімфоцитами.

*Провокуючі фактори за часту відмічають самі пацієнти, не рідко вони вказують на можливі причини виникнення захворювання чи його загострення.*

Дуже важливим пусковим механізмом при псоріазі є нервово-психічна травма, стрес, фокальні інфекції (тонзиліт, холецистит, гайморит, отит, карієс та інші), медикаменти (антибіотики (26 %): тетрацикліни, пеніциліни та інші; не стероїдні протизапальні (15%): ібупрофен, індометацин та ніші; вітаміни групи В (15%); бета–блокатори (13%).

Виникнення і загострення псоріазу може бути внаслідок вживання алкоголю. Алкогольна інтоксикація сприяє генералізації процесу, виникненню ускладнених форм псоріазу, вкорочення періоду ремісії. Цей дерматоз виявлений у 0,7% людей, що не вживають алкоголь, і у 5,3%- тих що вживають. Пристрасть пацієнта до алкоголю обмежує можливості лікування.

Хоча не доведений чіткий зв'язок між палінням і розвитком псоріазу, але в деяких дослідженнях є асоціація між цими двома явищами. Серед хворих псоріазом кількість тих що палять становить 58,2%, а в контрольній групі 43,5%. Серед жінок, хворих псоріазом, курці становлять 40,3%, а тих хто ніколи не палив 28%. Доведено, що у жінок, що випалюють 1 пачку цигарок на день, ризик виникнення псоріазу на 3,3 рази вище, ніж у тих що не палять. Також встановлено, що ризик виникнення псоріазу більше у тих людей, що випалюють більш як 20 цигарок на день. Основним патологічним процесом впливу тютюну на генез псоріазу є, ймовірно, порушення у імунній системі, порушення мікроциркуляції в шкірі, послаблення антиоксидантного захисту організму.[6,7]

**Питання номер 2 - Чи впливає харчування на перебіг псоріазу?**

Існує багато досліджень щодо впливу харчування на перебіг псоріатичного процесу.

Доведено, що несприятливим чинником розвитку псоріатичного процесу є підвищення вмісту загальних ліпідів та холестерину в сироватці крові. [8, 9]. Також була виявлена кореляційна залежність між гіпертригліцеридемією та поширенням псоріатичного процесу. При цьому високу тригліцеридемію виявляли у хворих з бляшковою псоріатичною висипкою на долонях та підошвах.

Для псоріазу характерні значні зміни співвідношень фосфоліпідних фракцій при псоріазі. Більше того, гіперемію, інфільтрацію та паракератоз вважають наслідком відкладення їх у ретикулоендотеліальних клітинах. Мікроциркуляторні порушення пов’язують зі змінами вмісту фосфоліпідних фракцій у сироватці крові та еритроцитах. При цьому слід зауважити, що за клінічне одужання відповідає лише нормалізація в епідермісі, а в дермі і передусім у судинах запалення зберігається. [10].

Безперечний інтерес приділяється вивченню ліпопротеїнів, оскільки відомо, що майже всі випадки порушень ліпідного обміну впливають на зміни концентрації тих чи інших класів ліпопротеїнів у крові. Відомо, що універсальною транспортною формою ліпідів у крові в організмі людей та тварин є ліпопротеїни, що становлять білок-ліпідні комплекси і поділяються залежно від хімічного складу та фізико-хімічних властивостей на основні класи: ліпопротеїни низької та високої щільності. Ліпопротеїни здійснюють транспорт ліпідів як екзогенного (харчового) походження, так і заново синтезованих у печінці та стінці тонкого кишечнику (ендогенного походження). Разом з тим окремі ліпопротеїни «захоплюють» надлишковий холестерин із клітин периферичних тканин і його «зворотньо» транспортують у печінку для окиснення в жовчні кислоти і виділення з жовчю. Зрештою ліпопротеїни здійснюють транспорт жиророзчинних вітамінів, гормонів та інших біологічно активних речовин. Серед них слід відокремити сполуки, які характеризуються щодо ліпідів антиоксидантною активністю. Основними ліпідами, що транспортуються в кров'яному руслі у складі ліпопротеїнових комплексів, є тригліцериди, фосфоліпіди, етерифікований холестерин, неетерифікований холестерин та ненасичені жирні кислоти [10,11].

Чимало авторів вказують на значні зміни вмісту ліпопротеїдів крові при псоріазі. У 62% хворих на цей дерматоз було зареєстровано гіперліпопротеїнемію. Встановлено, що порушення ліпопротеїнового обміну при псоріатичній хворобі здебільшого є стійким, причому в деяких випадках воно поєднується із гіперхолестеринемією [10].

Тож беззаперечним є те, що хворі на псоріаз потребують особливої дієти.

**Питання номер 3 - Чи виліковний псоріаз?**

Це запитання,що найбільш хвилює хворих на псоріаз. Такого медичного засобу, який би раз і назавжди допоміг позбавитися псоріазу, сьогодні ще немає. Псоріаз є хронічною хворобою. Але це не означає, що лікуватися взагалі не варто. Є багато сучасних засобів і методик, які дозволяють прибрати прояви хвороби і добитися їх довготривалої відсутності чи послаблення. При достатній увазі до свого організму та обізнаності з приводу захворювання, воно може бути приборкане і протікати так, щоб не спричиняти зниження якості життя хворого. Чим важче і довше тривалість хвороби, тим важчим буде і лікування. Близько 30 відсотків хворих – з більш тяжкою формою псоріазу, потребують призначення складнішого лікування, у тому числі з імунобіологічними препаратами, гормональною терапією. Інші 70 відсотків хворих будуть гарно себе почувати вже тоді, коли виконуватимуть прості рекомендації лікарів щодо дотримання режиму – відпочинку, дієти. Будуть проходити курси протирецидивного лікування. Воно полягає у використанні сучасного методу фототерапії та спеціально підібраних зволожуючих косметичних засобів. Щоденний догляд за шкірою за допомогою цих засобів є незамінною складовою лікування.[12]

Тож ідеальною відповіддю на це питання буде: чисельні дослідження свідчать, що псоріаз невиліковний, але можливий розвиток довготривалої ремісії

**Висновки**

Успіх лікування хворих на псоріаз залежить не тільки від професійних навичок лікаря, а й від дотримання пацієнтом усіх необхідних правил лікування. Тому роз’яснення усіх складних питань для пацієнта є надзвичайно важливим і це може зіграти ключову роль у лікуванні хворого.

**Література**

1. Федоренко О.Е. Клинический опыт терапии псориаза /О.Е.Федоренко// Український журнал дерматології, венерології, косметології. -2012. № 1(44). – С. 59-62
2. Харченко Т. Псориаз в Украине: современные подходы к решению проблемы / Т. Харченко // Український медичний часопис. – 01.10.2012 г. [Электронная публикация] www.umj.com.ua – C 1-3.
3. Wolkenstein P. Psoriasis in France and associated risk factors: results of a case control study based on a large community survey// P. Wolkenstein, J. Revuz, J.C. Roujeau, et al/ Dermatology. – 2009. Vol. 218. – P. 103-109
4. Chandran V. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis/ V. Chandran, S.P. Raychaudhuri// Journal of Autoimmunity. – 2010. – Vol.34. – P. 314-321
5. Молочков В.А. Псориаз и псориатический артрит / В.А. Молочков, В.В. Бадокин, В.И. Альбанова [и др.]. – М. : Тов-во научных изд. КМК; Авторская академия, 2007. – 300 с.
6. Gudjonsson J.E. Psoriasis: epidemiology/ J.E. Gudjonsson, J.T. Elder// Clin. Dermatol. – 2007. Vol. 25. – P. 533-546
7. Ibrahim G. The prevalence of psoriatic arthritis in people with psoriasis / G. Ibrahim, R. Waxman, P.S. Helliwell// Arthritis Rheum. – 2009. – Vol. 61. – P. 1373-1378
8. Schafer T. Epidemiology of psoriasis Review and the German perspective/ T. Schafer // Dermatology. – 2006. – Vol.212.-№4.-P. 327-337
9. Жукова Н. В. Прогностическое значение социально-средовых факторов риска в профилактике формирования распространенного псориаза/ Н.В. Жукова // Вісник проблем біології і медицини. - 2008. - N 4. - С. 67-71.
10. Айзятулов Р. Ф. Аллергические зудящие дерматозы/ Р.Ф. Айзятулов // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. - 2008. - N 5. - С. 27-35.
11. Безродная А. И. Исследование некоторых синтропных генов мультифакториальных заболеваний/ А.И. Безродная // Клінічна генетика і перинатальна діагностика. - 2012. - N 2 - С. 121-126
12. Владимиров В.В. Современные представления о псориазе и методы его лечения / В.В. Владимиров, Л.В. Меньшиков // Русский медицинский журнал, 2001, т.6, №20, С.1318-1323

**ВОПРОСЫ КОТОРЫЕ ВОЛНУЮТ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

*Почернина В.В.*

В статье приведены ответы на наиболее часто задаваемые вопросы больными псориазом.

**THE MOST FREQUENTLY ASKED QUESTIONS OF PSORIASIS PATIENTS**

*Pochernina V.V.*

The article contains answers to the most frequently asked questions of psoriasis patients.