УДК: 616.517:616.596-07-08-036

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ОНИХОМИКОЗАМИ

Х.И. НАСИМОВ[1], А.Б. РАХМАТОВ[2]

Республиканский спецпализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

https://doi.org/10.5281/zenodo.21338636

АННОТАЦИЯ

При обследовании 120 больных псориазом явления ониходистрофии были установлены у 94 (78,3%) пациентов, причем в 65,9% случаев у них были выявлены патогенные грибы, чаще всего с помощью ПЦР-исследований. Проведение антимикотической терапии способствовало улучшению течения псориатического процесса и удлинению сроков клинической ремиссии дерматоза.

Ключевые слова: *псориаз, клиника, диагностика, онихомикозы, лечение, прогноз.*

АННОТАЦИЯ

Псориаз билан огриган 120 нафар беморни текширишда 94 (78,3%) нафар беморда ониходистрофия холатлари аникланди, 65,9% холларда уларда патоген замбуруглар, купинча ПЗР текширувлари ёрдамида аникланди. Антимикотик терапияни утказиш псориатик жараёнининг кечишини яхшилашга ва дерматознинг клиник ремиссияси муддатини узайтиришга ердам берди.

Калит сўзлар: *псолриаз, клиникаси, диагностикаси, онихомикозлар, даволаш, прогнози.*

ABSTRACT

In the examination of 120 patients with psoriasis, onychodystrophy phenomena were detected in 94 (78.3%) patients, and in 65.9% of cases pathogenic fungi were detected in them, most often using PCR studies. Antimycotic therapy has improved the course of the psoriatic process and prolonged the clinical remission of dermatosis.

Key words: *psoriasis, clinic, diagnosis, onychomycosis, treatment, prognosis.*

Псориаз является хроническим кожным заболеванием, популяционная частота которого составляет 2-4% [4,9]. Существуют самые разнообразные проявления данного дерматоза, включая и развитие псориатической ониходистрофии, которая рассматривается как предиктор развития псориатического артрита [3,4,8]. Клиническая картина псориатических поражений ногтей имеет свои особенности, но большинство из них не патогмоничны именно для данного дерматоза. Классический псориаз ногтей представлен чаще всего симптомами «наперстка» и «масляного пятна», субунгвальным гиперкератозом, онихогрифозом и онихолизисом [4,5]. Необходимо подчеркнуть, что в настоящее время псориатическая ониходистрофия рассматривается в виде предиктора развития псориатического артрита, ввиду чего диагностика данной патологии весьма важна не только для дерматологов, но и для ревматологов [3,4,7]. Измененные ногтевые пластинки являются благоприятной средой для проникновения и распространения грибковой инфекции, как дерматофитной,

так и недерматофитной природы. Грибковая инфекция, длительное время существующая в ногтевых пластинках, может вызывать развитие микогенной сенсибилизации, которая способна приводит к ухудшению течения псориатического процесса и снижать терапевтическую эффективность применяемых лекарственных средств [1,2,6].

Целью настоящего исследования являлась оптимизация терапии больных с псориатической ониходистрофией, осложненной микотической инфекцией.

Под нашим наблюдением находилось 120 больных (мужчин-75, женщин- 45) в возрасте от 19 до 45 лет и давностью заболевания от 3 месяцев и более 10 лет. Были выделены следующие клинические формы псориаза: вульгарная – у 54 (45%), экссудативная – у 22 (18,3%), эритродермическая – у 10 (8,4%) и артропатическая – у 34 (28,3%) больных. По степени тяжести псориаза больные распределялись следующим образом: легкая степень (индекс PASI до 10 баллов) установлена у 28 (23,3%) пациентов; средне-тяжелая степень (индекс PASI 10-19 баллов) – у 57 (47,5%); тяжелая степень (индекс PASI более 20 баллов) – у 35 (29,2%) больных. Псориатическая ониходистрофия была выявлена у 94 из 120 (78,3%) больных, причем в основном это касалось пациентов со средне-тяжелой и тяжелой формами псориатического процесса.

Для оценки тяжести псориатической ониходистрофии был использован индекс NAPSI. Пораженный псориазом ногтевой матрикс оценивался наличием следующих признаков: точечное углубление, лейконихия, красные точки в ногтевой лунке и онихолизис. Ногтевое ложе в каждом квадранте ногтевой пластинки оценивали путем выявления следующих симптомов: онихолизис, продольные геморрагии, подногтевой гиперкератоз, «масляное» пятно.

Тяжесть течения онихомикоза оценивалась с помощью классического индекса КИОТОС, разработанного в 1999 году Сергеевым Ю.В. и соавт., который определяет объем лечебных мероприятий у больных с онихомикозами (местная, системная, комбинированная).

У больных были выявлены следующие коморбидные состояния: заболевания сердечно-сосудистой системы (14 больных – 11,8%), болезни желудочно-кишечного тракта (18 больных – 15,0%), наличие метаболического синдрома (24 больных – 20,0%), сахарный диабет (17 больных – 14,2%).

У всех 94 больных с наличием псориатической ониходистрофии были проведены микроскопические, культуральные и ПЦР-исследования (дерматофитные и недерматофитные грибы). У 62 из 94 (65,9%) пациентов было выявлено наличие грибковой инфекции, причем чаще всего с помощью ПЦР-исследований, нежели других методов. Из дерматофитных грибов наиболее часто выявлялся Trichophyton rubrum – у 30 (48,4%) и Trichophyton mentagrophytes var.interdigitale – у 22 (35,5%), а также Candida spp. – у 10 (16,1%) пациентов.

Для установления грибковой сенсибилизации, которая способна влиять на течение псориатического процесса, было проведено изучение содержания IgE с помощью ИХЛА (tIgE, Autobio, Китай), которые представлены в таблице 1..

Таблица 1.

Содержание IgE у больных псориазом

Обследованные группы	IgE (IU/ml)
Контрольная группа (n=22)	33,7±5,1
Больные псориазом (n=58)	37,9±8,5
Больные псориазом+онихомикоз (n=62)	135,2±11,5*

Примечание: * - достоверность различий между больными псориазом и псориазом в сочетании с онихомикозами при p<0,001.

Как видно из представленных данных в общей группе больных псориазом значения IgE практически не отличаются от аналогичного показателя контрольной группы: 37,9±8,5 IU/ml и 33,7±5,1IU/ml при p>0,05. Наличие микотической инфекции у

больных псориазом в ногтевых пластинках приводит к значительному повышению IgE, определяемый методом ИХЛА и значения данного показателя уже значительно превышают значения контрольной группы: 135,2±11,5 IU/ml и 33,7±5,1 IU/ml при p<0,001.

Больные псориазом в зависимости от выявленных данных PASI на аппарате «Fotofeinder» получали соответствующее лечение, согласно имеющимся «Стандарты диагностики и лечения кожных и венерических заболеваний» (Ташкент, 2024г.): индекс PASI<10 баллов (преимущественно наружная терапия); индекс PASI>10 баллов (симптоматическая терапия); PASI>20 (патогенетическая терапия, включая и биологические препараты).

Всем больным псориазом, у которых была выявлена грибковая инфекция, проводилось лечение антимикотическим препаратом (текназол) в виде пульс-терапии (3-4 курса). Результаты лечения онихомикозов оценивали через 3-4 месяца пульс-терапии, когда оценивался индекс КИОТОС и данные микробиологических и молекулярно-генетических исследований. Если в общей группе 62 больных с онихомикозами индекс КИОТОС до лечения составлял 18,2±2,1 баллов, то после проведенного лечения – 4,7±0,2 баллов (p<0,001). Клинико-микологические излечение отмечалось у 57 из 62 (91,9%) пациентов. Другим 5 пациентам противогрибковое лечение было переведено на тербинафиновый препарат (по 250 мг в сутки в течение 6-12 недель).

Во всех наблюдаемых случаях антимикотической терапии у больных псориазом с наличием грибковой инфекции не выявлено каких-либо побочных явлений со стороны изученных биохимических показателей.

На основании результатов проведенных исследований можно заключить, что, во-первых, при обнаружении патогенных грибов в измененных ногтевых пластинках у больных псориазом необходимо проводить системную антимикотическую терапию; во-вторых, улучшение динамики индексов PASI и КИОТОС указывает на этиопатогенетическую направленность антимикотической терапии, улучшающее течение псориатического процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Базаев В.Т., Дзиццоева А.А., Кобаидзе Л.М., Джаваева Д.Г. Диагностика, лечение и профилактика средне-тяжелых и тяжелых форм псориаза. Владикавказ: ИП Цопанова А.Ю. 2024. 190с.
2. Барабанов А.Л. Особенности течения некоторых дерматозов, сочетанных с грибковой инфекцией. Медицинская панорама. 2008;94(11):43-48.
3. Кондрашова Г.В., Потекаев Н.Н. Псориатическое поражение ногтей: клинические аспекты. Клиническая дерматология и венерология. 2008;5:95-100.
4. Рахматов А.Б. Псориатическая болезнь. Ташкент. 2019. 237с.
5. Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т. Болезни ногтей. 2019. 237с.
6. Рыбин А.В., Нестеров А.С., Потатуркина-Нестерова А.В. Этиологическая структура онихомикозов у больных псориазом. Успехи современного естествознания. 2011;1:107-108.
7. Baran R, Barth J, Dawber R. Nail disorders. London. 1991. 345p.
8. Chaudhari U, Romano P, Mulkany L. Psoriasis and nails. Lancet. 2001:357:1842-1847.
9. Guonsson J, Elder J. Psoriasis epidemiology. Clin Dermatol. 2007;25:535-546.