

© Попова І.Б.

УДК 616.5-002-002.8-28-08

ВПЛИВ НЕПАТОГЕННИХ ТА УМОВНО – ПАТОГЕННИХ ГРИБІВ НА ПЕРЕБІГ ТА ЛІКУВАННЯ ПСОРІАЗУ

Попова І.Б.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведено обстеження 65 больних з установленим діагнозом псоріаз, прогресуюча стадія, смешаний тип, тривалість захворювання – не менше 5-ти років. В цілому, з усієї групи обстежених больних у 72% больних встановлено наявність в очагах ураження хоча б одного з досліджуваних грибів в кількості, достатній для ускладнення течії патологічного процесу. В 62,8% випадків з загальної кількості больних з установленим наявністю на шкірі досліджуваних грибів, було встановлено наявність грибів роду Candida, відповідно в 37,2% виявлено наявність грибів роду Malassezia. Після призначення больним, поряд з традиційним лікуванням, в період лікування препаратом «Ламизил» і при повторному обстеженні були отримані наступні результати: покращення клінічної картини на 7 – 10 днів спостерігалося у 37% больних.

Ключові слова: псоріаз, непатогенні гриби, умовно - патогенні гриби, грибкове ураження шкіри, гриби роду Malassezia, Candida.

Псоріаз – одне з найбільш розповсюджених хронічних рецидивуючих мультифакторних захворювань шкіри з домінуванням генетичної упередженості, для якої характерні гіперпроліферація епідермальних клітин, порушення процесу кератинізації на тлі запальної реакції в дермі, а також ураження нігтів, суглобів і волосистої частини голови. За результатами клініко – епідеміологічних досліджень на псоріаз хворіє близько 3-4 % населення нашої планети, незалежно від статі, віку та етнічної групи, при цьому питома вага цієї патології в загальній структурі шкірних хвороб сягає, за різними авторами, від 1- до 40% [1]. За даними досліджень американських вчених розподіл хворих різними формами псоріазу за важкістю клінічної картини підпорядковується правилу «третин» - дві третини хворих страждають на легку та помірну за важкістю та перебігом формами захворювання, а одна третина – середньо важкими та важкими формами псоріазу [2]. Якщо загальна кількість хворих на псоріатичну хворобу в країнах Європи та США ще кілька років тому нараховувало 10 млн. осіб, то на долю легких форм припадає від 6 до 7,5 хворих, а точніше 3,5 млн. хворих в країнах Європи та 1,5 – 2 млн. хворих осіб в США, а на важкі форми псоріазу страждають коло 3 млн. осіб (відповідно 1,6 млн. в країнах Європи та 1,5 2 млн. осіб в США).

Більшість дослідників провідну роль у механізмі розвитку псоріазу віддає генетичній теорії [1,3], а серед провокуючих факторів – травматичним, фізичним, хімічним, медикаментозним, біологічним, інфекційним факторам, а також неадаптованому живленню і психогенному стресу [4,5]. За думкою інших авторів провідну роль грають порушення адаптаційно – компенсаторних та нейроендокринних механізмів регуляції гомеостазу [6], які пов'язані з внутрішньоклітинним метаболізмом і системою вторинних посередників, а саме мелатоніна.

Клінічними проявами порушення проліферації та диференціювання епідермоцитів, імунної регуляції, мікроциркуляції є ураження шкіри, опірно – рухового апарату, внутрішніх органів, а біохімічним – гіпоксія та активація ПОЛ, ліпідний дисбаланс, порушення кальцієвого гомеостазу та ін. [7, 8].

Виходячи з вищевказаного, особливу вагу в перебігу та лікуванні псоріазу набувають непатогенні бактеріальні, грибкові, вірусні агенти, як фактори ризику ускладнення хвороби. Такі види грибів як Malassezia, Candida, Trichophyton можуть ускладнювати перебіг хвороби не тільки як патогенні чинники, а і внаслідок формування сенсibiliзації до їх структурних компонентів [9]. Відомо, що гриби роду Malassezia є складовими нормальної шкірної флори, однак послаблення бар'єрної функції шкіри може посилювати антигенні властивості цього гриба та впливати на реактивність імунної системи. Умовно – патогенні гриби роду Candida також входять до нормального складу флори слизових оболонок, шлунково – кишкового тракту, статевих органів. Тому при дослідженні хворих на псоріаз, треба враховувати не тільки наявність цих грибів на шкірі а й ступінь розповсюдженості їх на шкірі, наявність клінічних ознак мікотичного ураження, перебіг хвороби та резистентність до лікування в кожному випадку захворювання на псоріаз. На наш час відомо сім різновидів грибів роду Malassezia, кожен з яких має свої, власні особливості, однак дослідники відмічають і загальні ознаки всіх різновидів, особливо наявність щільної, багаточарової клітинної оболонки, внутрішня поверхня якої є нерівною, а протоплазматична мембрана щільно з'єднана з внутрішньою частиною клітинної оболонки. Головні компоненти клітинної оболонки – маннопротеїни (75-80%), ліпіди (15-20%), хітин (1-2%) більшість дослідників вважають тими антигенами, які і мають найбільшу імуногенну активність, що може впливати на перебіг псоріазу та резистентність лікування [9, 10].

З огляду на вище приведені аргументи нами була визначена мета дослідження: дослідити наявність у хворих на псоріаз грибкового ураження шкіри, визначити доцільність призначення протигрибкової терапії таким хворим та ефективність її застосування у цієї категорії хворих.

Матеріали та методи дослідження

Проведено обстеження 65 хворих з встановленим діагнозом псоріаз, прогресуюча стадія, змішаний тип, які хворіють не менш 5-ти років та на час обстеження перебували на стаціонарному лікуванні в Полтавсь-

кому обласному шкірно – венерологічному диспансері. 32% з обстежених хворих склали жінки, 68% хворих відповідно склали чоловіки. Вік обстеженої групи хворих коливався від 25 до 47 років. Діагноз псоріаз встановлювався на підставі клінічної картини захворювання: характеризується появою монормфного папульозного висипу, розташованого здебільшого на розгинальних поверхнях кінцівок (особливо на ліктях і колінах), тулубі, волосистої частині голови. Різно відмежовані папули діаметром від 2-3 мм до 1-2 см рожево-червоного кольору кулястих обрисів, які виступають над поверхнею шкіри, покриті сріблясто-білими лусочками. При пошкрябуванні папул виявляються 3 діагностичних феномена: 1) стеаринової плями (лусочки, як стеарин, легко відокремлюються з поверхні папул), 2) термінальної плівки (після видалення лусочок оголюється червонувата волога блискача поверхня), 3) кров'яний роси (на гладкій вологій червоній поверхні з'являється крапкова кровотеча). Папули відрізняються вираженою схильністю до ексцентричного росту, що призводить до утворення бляшок, які зливаються в свою чергу в суцільні ділянки ураження з нерівними контурами. При прогресуванні процесу навколо папул виникає яскраво-червоний облодок, позбавлений лусочок, зростає кількість нових висипань; феномен Кебнера (ізоморфна реакція) позитивний; суб'єктивно - свербіж. При регресуванні процесу характерні послаблення інтенсивності забарвлення, розсмоктування висипів, поява обкладки Воронова. Розсмоктування бляшок зазвичай починається з центральної частини, в результаті чого псоріатичні елементи набувають кільцеподібну або гірляндоподібну форму. На місцях розсмоктування висипань залишається тимчасова депігментація (псевдолейкодерма). У періоди неповних ремісій на окремих ділянках шкірного покриву (частіше в ділянці ліктьових, колінних суглобів) можуть залишатися одиничні "чергові" бляшки [11]. Дослідження проводилося за допомогою бактеріологічного методу: посів патологічного матеріалу з вогнищ ураження, який був взятий методом зішкрябу на середовище Сабуро з цукром та без цукру (ФГУП «Санкт – Петербургский научно – исследовательский институт вакцин и сывороток и предприятие по производству бактериальных препаратов» Федерального медико – биологического агентства, Россия) з метою виявлення грибів роду *Candida*, та на теж середовище з покриттям оливковою олією для встановлення наявності в патологічному вогнищі грибів роду *Malassezia*, після 14 днів проводилася мікроскопія отриманої культури («Биолам Ломо», Россия). Після обстеження, та виявлення наявності на шкірі хворого вказаних вище грибів хворим, поряд з традиційним лікуванням призначався препарат «Ламізіл» (Новартіс Фарма С.А.С., Юнінг, Франція) по 250 мг на добу протягом 1 тижня.

Результати та їх обговорення

Обстежена група пацієнтів, яка складала 65 осіб, з встановленим діагнозом псоріаз. В цілому з усієї групи обстежених хворих у 72% хворих встановлено наявність у вогнищі ураження хоча б одного з досліджених грибів у кількості, достатній для ускладнення перебігу патологічного процесу. В 62,8% випадків з загальної кількості хворих з встановленою наявністю на шкірі досліджених грибів, було встановлено наявність

грибів роду *Candida*, відповідно в 37,2% випадків виявлено наявність на шкірі хворого грибів роду *Malassezia*. Звертає на себе увагу те, що з загальної кількості хворих з встановленою наявністю на шкірі грибів роду *Candida* більшість, а саме 66% склали жінки, що ймовірно може бути пов'язано з особливістю мікрофлори статевих органів у цих осіб. З загальної групи хворих, в яких в результаті обстеження було встановлено наявність на шкірі грибів роду *Malassezia* 46% склали жінки та, відповідно, 54% хворих склали чоловіки. Крім того, з загальної групи хворих з встановленою наявністю хоча б одного з досліджених грибів на шкірі 65% склали особи віком від 32 до 47 років, що дає змогу припустити наявність зв'язку між віком хворого на псоріаз та резистентністю шкірної мантії від непатогенних та умовно – патогенних грибів.

Після призначення хворим, поряд з традиційним лікуванням, протягом тижня препарату «Ламізіл» в дозі 250 мг на добу, та при повторному обстеженні були отримані наступні результати: покращення клінічної картини захворювання на 7 - 10 добу спостерігалось у 37% хворих з встановленою наявністю досліджених грибів на шкірі, покращення клінічної картини захворювання на 10 -12 добу після прийому препарату спостерігалось у 65% хворих. Скорочення строку перебування на стаціонарному лікуванні до 14 - 20 днів спостерігалось у 32% хворих, з загальної групи хворих, які поряд з традиційним лікуванням отримували протимікотичне лікування.

Розглядаючи отримані результати можливо припустити, що наявність у хворого на псоріаз підвищеної концентрації на шкірі непатогенних та умовно – патогенних грибів має значний вплив на перебіг хвороби та на резистентність до лікування. Це припущення підтверджується даними інших дослідників, за даними яких, якщо пацієнт на псоріаз має хронічну дерматофітну інфекцію, лікування та довготривала ремісія у таких хворих більш ускладнюється. Крім того, отриманими результатами показано, що при призначенні протигрибкових препаратів в більшості хворих спостерігалось значне покращення клінічної картини захворювання, а в вагомій долі хворих спостерігалось значне скорочення терміну перебування на стаціонарному лікуванні. Багаточисленні дослідження показують наявність зв'язку між наявністю на шкірі грибі роду *Malassezia* та ефективністю лікування псоріазу [12].

Таким чином, розглядаючи отримані результати, можливо припустити, що не дивлячись на безумовну необхідність проведення традиційної терапії хворим на псоріаз, необхідно брати до уваги вірогідність розвитку у цієї категорії хворих ураження шкіри непатогенними та умовно – патогенними грибами, що, в свою чергу потребує допоміжних обстежень хворих та призначення адекватної протимікотичної терапії.

Література

1. Рыжко П. П., Федота А. М., Воронцов В. М. Генодерматозы: буллезный эпидермолиз, ихтиоз, псоріаз.— Харьков: Фолио, 2004.— 334 с.
2. Mrowietz U, Kragballe K, Nast A., Reich K. Strategies for improving the quality of care in psoriasis with the use of treatment goals—a report on an implementation meeting // J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011. – Vol. 25, N3. P. 1-13.
3. Романенко К. В., Лебединская Л. А. Псоріаз — полигенная форма дерматоза с наследственной предрас-

- положенностью // дерматол. та венерол.— 2004.— № 1 (23).— С. 7–11.
4. Псориаз и очаги фокальной инфекции в ЛОР-органах / Л. Б. Важбин, Ю. А. Хлыстов, В. В. Карпов и др. // Вестн. дерматол. и венерол.— 1995.— № 6.— С. 39–40.
 5. Алпатова И. А. диагностика и профилактика экологически зависимых заболеваний кожи / Под ред. проф. А. и. горовой.— днепропетровск: Пороги, 2003.— 133 с.
 6. Беляев Г. М. Стресс, адаптация, псориаз. Планирование научных исследований по проблеме этого заболевания // дерматол. та венерол.— 2002.— № 2 (16).— С. 11–14.
 7. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии: Пособие для врачей, интернов и студентов. — Харьков: Факт, 2007. — 792 с.
 8. Shan M., Kavanaugh A., Coyle E. Effect of a cultural sensitive cholesterol lowering diet on lipid and lipoproteins, body weight, and quality life in patients with lupus erythematosus // J. Rheumatol. — 2002. — Vol. 29, № 10. — P. 2122-2128.
 9. Faergemann J. *Pityrosporum* yeasts—what's new? / J Faergemann. // Mykoses. — 1997.- №40, Suppl. 1. — P.29-32.
 10. IgE-sensitization to cellular and culture filtrates of fungal extracts in patients with atopic dermatitis / D. Nissen, L. J. Petersen, R. Esch, [et al] // Ann. Allergy Asth. Immunol. - 1998. - №81. — P.247-255.
 11. В.І. Савчак Хвороби шкіри. Хвороби,що передаються статевим шляхом / Савчак В.І., Галнікіна С.О. // Тернопіль, Укрмедкнига, 2001 – 507с.
 12. Stability of *Pityrosporum ovale* allergens during storage / P. Lintu, J. Savolainen, K. Kalimo, [et al] // Clin. Exp. Allergy. - 1998. - №28. — P.486-490.

Summary

INFLUENCE OF NONPATHOGENIC AND OPPORTUNISTIC PATHOGENIC FUNGI ON THE CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF PSORIASIS

I.B. Popova

Key words: psoriasis, non-pathogenic fungi, opportunistic pathogenic fungi, fungal infection of skin, fungi of genus *Malassezia*, *Candida*

65 patients, diagnosed with psoriasis (the progressing stage, the mixed type, duration of disease - not less than 5 years), were examined. In general, from the entire group of the surveyed patients, the research revealed the presence in the lesion focus of at least one of the investigated fungi in quantity, sufficient for complication of the pathological process in 72 % of patients. In 62,8 % of cases from total number of patients with the determined presence of investigated fungi, the presence of the fungi of genus *Candida* has been detected, accordingly, in 37,2 % the presence of fungi of genus *Malassezia* has been revealed. After prescribing «Lamizil», along with traditional treatment, within a week and during the repeated inspection, the following results have been received: the improvement of the clinical picture on the 7th – 10th day in 37 % of patients.

Higher State Educational Establishment of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatological Academy”, Poltava

Матеріал надійшов до редакції 25.10.2012 р.