

УДК 616.517

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ПСОРИАЗА НА ТЕРРИТОРИИ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

В.С. ГОРСКИЙ*, А.Л. ТИЩЕНКО**, Н.С. РУДНЕВА***

* ГУЗ «Тульский областной кожно-венерологический диспансер», врач-дерматовенеролог.

** ГОУ ВПО «Российский Университет Дружбы Народов», Медицинский факультет,

*** ГУЗ «Тульский областной кожно-венерологический диспансер»

Аннотация: статья посвящена изучению распространённости осложнённых и атипичных форм в общей структуре заболеваемости псориазом на радиоактивно загрязнённых территориях Тульской области в сравнении с благополучными по данному показателю районами. Также в статье приведены данные цитокинового профиля больных эксудативным псориазом из разных районов.

Ключевые слова: заболеваемость, провоспалительные цитокины, эксудативный псориаз.

SOME EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES OF PSORIASIS COURSE
IN THE TULA REGION

V.S. GORSKIY, A.L. TISHCHENKO, N.S. RUDNEVA

*Tula Regional Dermatovenereologic Dispensary
Russian People's Friendship University of, Medical faculty,
Chair of Dermatovenereologic Diseases, Moscow*

Abstract: the article considers studying the prevalence of complicated and atypical forms in the general structure of psoriasis morbidity rate on radioactively polluted territories in the Tula region in comparison with safe districts according to the given index. Also the data on cytokine profile of patients with exudative psoriasis from different districts are given.

Key words: case rate, pro-inflammatory cytokines, exudative psoriasis.

Псориаз является одной из актуальнейших проблем современной дерматологии, что обусловлено значительной распространённостью и неуклонным ростом заболеваемости, системным характером клинических проявлений, тяжестью течения псориазического процесса, увеличением числа тяжёлых форм заболевания и несовершенством методов существующей терапии. Псориаз приводит к существенному снижению качества жизни и потери работоспособности у большинства больных, развитию у них психологических и социальных проблем, большим материальным затратам на лечение [7,10].

Многочисленные исследования указывают на то, что псориаз – мультифакториальное заболевание, которое во многом провоцируется факторами окружающей среды [9].

Популяционная частота псориаза колеблется от 0,2 до 11,8% [4]. Несмотря на то, что вопросами изучения эпидемиологических и клинических аспектов, региональных особенностей псориаза посвящены многочисленные работы [2,10,11], отсутствуют исследования о влиянии радиационных особенностей территории проживания на течение псориаза. В то же время данные ряда авторов дают возможность предположить участие хронически воздействующих малых доз радиации на формирование и течение псориаза [5].

С позиции географического принципа изучения псориаза, прослеживаемого в позициях последних лет, представляется весьма важным изучение распространённости псориаза и влияния местных факторов риска на формирование этого заболевания.

В Тульской области, согласно закону «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» от 15 мая 1991 года №1244-1 были выделены в зависимости от подверженности радиационному загрязнению зоны относительного благополучия и зоны проживания с льготным социально-экономическим статусом. Данное условное разграничение и легло в основу проведённого исследования.

По современным представлениям, псориаз является мультифакториально наследуемым заболеванием, при котором многообразие иммунных, метаболических, функционально-структурных нарушений, лежащих в основе развития системного патологического процесса, сопровождается ведущим кожным синдромом. Нарушения регуляции функциональных систем организма влекут за собой изменения в коже, характеризующиеся интенсивным эпидермопозом и сдвигами в синтезе кератина. За последние 10-15 лет произошли серьёзные достижения в понимании патогенеза псориаза и значительные улучшения его терапии [10].

Известно, что значительную роль в развитии псориаза имеют иммунные механизмы [4]. Изменения сывороточных уровней многих известных цитокинов отражают активность различных воспалительных процессов, происходящих в организме. Цитокины – это медиаторы, продуцированные активирован-

ными клетками различного гистогенеза, осуществляющие межклеточные взаимодействия, эффекты которых реализуются через связывание со специфическими мембранными рецепторами [6]. По данным разных авторов, известно от 150 до 300 цитокинов [3,6]. Спектры биологической активности цитокинов могут перекрываться за счёт синергизма при формировании цитокиновой сети [1,8]. В данном исследовании помимо эпидемиологических данных приведены значения уровней ИЛ-6 у и некоторые клинические показатели больных эксудативным псориазом.

Цель исследования – изучение распространённости осложнённых и атипичных форм в общей структуре заболеваемости псориазом на радиоактивно загрязнённых территориях Тульской области в сравнении с благополучными по данному показателю районами.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на базе ГУЗ «Тульский областной кожно-венерологический диспансер». Изучение течения псориаза осуществлялось поэтапно в определённой последовательности на выборочных группах населения районов Тульской области. Основным объектом исследования – коренные жители обоего пола в возрасте от 17 до 60 лет. Был проведён сбор материалов по заболеваемости, распространённости и определению доли осложнённых форм. Для изучения особенностей изменений ИЛ-6 и некоторых клинических показателей был обследован 21 больной: 16 мужчин и 5 женщин. При формировании выборки использовался метод типологического отбора районов обследования в соответствии с подверженностью радиоактивного загрязнения территории Тульской области, в которых путём случайной выборки отбирались населённые пункты.

В наблюдаемую выборку вошли больные, находившиеся на стационарном лечении в ГУЗ «Тульский областной кожно-венерологический диспансер» из исследуемой зоны риска в сравнении с больными, проживающими в зоне относительного благополучия. Все обследуемые пациенты были с верифицированным эксудативным псориазом, так как именно такие варианты его течения создают большие сложности в лечении, чаще приводят к инвалидизации, значительно снижают качество жизни. В клиническое и лабораторно-инструментальное обследование входило изучение анамнеза жизни, заболевания, общего и локального статуса, клинического и биохимического анализов крови, определение уровня ИЛ-6 в сыворотке крови. Каждый пациент получал подробную информацию о проводимом исследовании и давал информированное согласие на участие в исследовании.

В соответствии с поставленной целью исследование было проведено в качестве открытого рандомизированного контролируемого.

Критерии включения: в исследовании участвовали, дееспособные больные эксудативной формой псориаза, мужского и женского пола в возрасте от 17 до 60 лет, проживающие в Тульской области, давшие информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: наличие сопутствующей соматической патологии в стадии обострения (соматическое состояние оценивалось врачами других специальностей), декомпенсированные формы сердечной и почечной недостаточности, онкологические заболевания, последнее лечение по поводу псориаза с применением иммунодепрессивных лекарственных препаратов менее 3 месяцев назад, развитие побочных эффектов на получаемую терапию, нарушение режима лечения, «осложнённый» аллергологический анамнез, алкоголизм, наркомания, психические расстройства, беременность, проживание вне Тульской области, в том числе и в самом г. Тула.

В зависимости от метода терапии и зоны проживания больные были разделены на две группы: основную и контрольную. Основную группу составили 13 больных, проживающих в исследуемой зоне риска. Контрольная группа включает больных, проживающих в зоне относительного благополучия (8 человек).

Параметры иммунного статуса (уровень ИЛ-6) изучали до лечения. Забор крови у пациентов проводили в стерильные пробирки с гепарином. Анализ ИЛ-6 осуществляли при помощи ELISA (“Immunotech”, Франция), при этом количественное определение в биологических образцах проводили с помощью твёрдофазного (сандвич-варианта) иммуноферментного анализа. Нормальные значения уровня ИЛ-6 <4,1 пг/мл.

Статистическая обработка результатов исследования проведена на ПК Intel при помощи пакета Statistica 6.0 for Windows, встроенных функций электронных таблиц Microsoft Excel 2007. В ней для обработки полученных результатов используется альтернативный метод вариационной статистики с вычислением средней выборочной (M), ошибки среднего (m), среднеквадратичного отклонения (σ), достигнутого уровня значимости (p) по таблице Стьюдента (t). Статистическую оценку результатов исследования проводили при минимальном допустимом уровне вероятности (95%), обычно используемом в медико-биологических исследованиях. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Был проведён сбор материалов по заболеваемости, распространённости и определению доли осложнённых форм (табл. 1).

Данные таблицы стандартизированы по возрастному составу на 1000 населения. Анализ относительных величин выявил крайнюю неравномерность заболеваемости псориазом по районам Тульской области. Нами установлено, что в пределах территории области показатель заболеваемости колеблется от

0,03 (Ленинский район – зона относительного благополучия) до 0,51 (Богородицкий район – зона риска) на 1 тыс. жителей.

Таблица 1

Некоторые эпидемиологические показатели исследованных районов

	Зона риска	Зона относительного благополучия
Количество больных псориазом, состоящих на диспансерном учёте, чел.	570	1296
Численность населения (Росстат, 2010), чел.	287579	629995
Распространённость псориаза, %	0,19%	0,2%
Заболеваемость псориазом, на 1000 жителей	0,12	0,28
Доля осложнённых форм, %	3,8%	16,4%

Заболеваемость для зоны риска составляет 0,12 на 1000 жителей; для зоны относительного благополучия – 0,28 на 1000 жителей.

Выявлено неравномерное соотношение обычных/осложнённых форм псориаза. Как видно из табл. 1, доля осложнённых форм псориаза у больных, проживающих в зоне риска (16,4%) значительно превышает эту долю у больных, проживающих в зоне относительного благополучия (3,8%).

Анализ заболеваемости псориазом в Тульской области позволило нам обнаружить чёткое совпадение очагов повышенной заболеваемости населения псориазом с зоной риска. Самые низкие уровни заболеваемости населения псориазом наблюдались в зоне относительного благополучия. Кроме того, доля больных с осложнёнными формами псориаза значительно выше в зоне риска.

Установленная нами высокая заболеваемость взрослого населения псориазом именно на территориях Тульской области, подверженных радиоактивному загрязнению позволила нам выбрать эту зону в качестве зоны риска для изучения причинно-следственной связи псориаза с экологическими характеристиками районов. В качестве зоны относительного благополучия была выбрана территория Тульской области, не подверженная радиоактивному загрязнению и которая отличается самым низким уровнем заболеваемости населения псориазом, а также характеризуется самой низкой долей осложнённых форм псориаза.

Также был проведён анализ содержания ИЛ-6 у больных экссудативными формами псориаза и сроки пребывания таких пациентов в стационаре.

В исследовании участвовал 21 больной экссудативным псориазом: 16 мужчин и 5 женщин. 13 пациентов проживают в зоне риска, 8 в зоне относительного благополучия. Результаты исследования уровня ИЛ-6 представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты исследования ИЛ-6 у больных экссудативным псориазом

Показатели	Основная группа, М±m	Контрольная группа, М±m	Референтные значения,	Достоверность различий, p
ИЛ-6, пг/мл	101,3±86,11	14,9±3,96	<4	≤0,05*

Полученные данные говорят о более тяжёлом течении экссудативного псориаза в зоне риска. Средние значения ИЛ-6 при исследовании его уровней у больных экссудативным псориазом выше, чем в общем исследовании, что вполне закономерно, учитывая тяжесть протекания данной формы. Эта закономерность характерна как для зоны риска, так и для зоны относительного благополучия.

Помимо объективных лабораторных показателей имеются различия и в сроках госпитализации (табл. 3).

Таблица 3

Средняя продолжительность госпитализации больных экссудативным псориазом

Показатели	Основная группа, М±m	Контрольная группа, М±m	Достоверность различий, p
Средняя продолжительность госпитализации, койко-дней	22,4±5,86	16,6±1,92	≤0,05

Полученные значения времени пребывания в стационаре позволяют говорить о более продолжительном течении обострения заболевания в зоне риска ($22,4 \pm 5,86$ койко-дней) по сравнению с зоной относительного благополучия ($16,6 \pm 1,92$ койко-дня) ($p \leq 0,05$). Данные показатели различаются в 1,3 раза.

Выводы:

1. Показатели заболеваемости псориазом наиболее высокие в районах, относящихся к районам, подверженным радиоактивному загрязнению в результате аварии на ЧАЭС. Общий уровень заболеваемости по зоне риска – 0,28 на 1 тыс. Наименьший уровень заболеваемости псориазом регистрируется среди населения, проживающего в районах, входящих в число районов, не подверженных радиоактивному загрязнению. В зоне риска псориаз характеризуется более тяжёлым течением, большим процентом осложнений.

2. Исследование показало, что уровни ИЛ-6 у больных экссудативными формами псориаза в обеих группах превышали референтные значения и отличались между собой.

3. У пациентов, проживающих в районах подверженных радиоактивному загрязнению в результате аварии на ЧАЭС уровни ИЛ-6 достоверно выше, чем у пациентов проживающих в районах не подверженных радиоактивному загрязнению ($p \leq 0,05$).

4. Сроки пребывания в стационаре пациентов, проживающих в зоне риска в 1,3 раза превышают таковые для пациентов из относительно благополучных районов.

Результаты данного исследования позволяют также сделать вывод о том, что необходима оптимизация терапии пациентов в зависимости не только от формы и стадии заболевания, но и от воздействия некоторых экзогенных факторов на территории проживания конкретного больного. Это в свою очередь предполагает поиск нового алгоритма терапии.

Литература

1. *Бережная, Н.М.* Цитокиновая регуляция при патологии: стремительное развитие и неизбежные вопросы / Н.М. Бережная // Цитокины и воспаление.– 2007.– №2.– С.26–34.
2. *Дакиева, Л.М.* Эволюция псориаза и его особенности в разных климато-географических зонах России / Дакиева Л.М., Гребенников В.А. // Рос. журн. кож. и вен. болезней.– 2002.– №5.– С.29–31.
3. *Кетлинский, С.А.* Цитокины / С.А. Кетлинский, А.С. Симбирцев.– СПб.: Фолиант, 2008.– 552 с.
4. *Машкилейсон, А.Л.* Современные представления о патогенезе и терапии псориаза: Обзор / Машкилейсон А.Л., Бочарова Е.Н., Дмитриев Г.А. // МРЖ.– 1994.– №7.– С.3–7.
5. *Орадовская, И.В.* Анализ состояния здоровья и иммунного статуса лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС / И.В. Орадовская, И.А. Лейко, М.А. Оприщенко // Международный журнал радиационной медицины.– 2001.– № 3–4.– С. 257.
6. *Симбирцев, А.С.* Новые возможности применения цитокинов в дерматологии и косметологии. / А.С. Симбирцев // Вестн. эстет. мед.– 2010.– Т. 9.– №2.– С. 44–50.
7. *Скрипкин, Ю.К.* Новые возможности наружной терапии псориаза / Ю.К. Скрипкин, П.Г. Богущ, Л.С. Круглова, А.С. Дворников // Вестн. Дерматол. и венерол.– 2006.– №3.– С.33–36.
8. *Телетаева, Г.М.* Цитокины и противоопухолевый иммунитет / Г.М. Телетаева // Практик. онкол.– 2007.– Т. 8.– №4.– С. 211–218.
9. *Barker, J.N.* Genetics of psoriasis / J.N. Barker // Clin. Exp. Dermatol.– 2001.– Vol.26.– P.321–325.
10. *Burd, R.M.* Psoriasis: a general overview / R.M. Burd // Br. J. Hosp. Med. (Lond.).– Vol.67.– №5.– 2006.– P.259–262.
11. An Italian study on psoriasis and depression / M. Esposito [et al.] // Dermatology.– 2006.– Vol.212.– №2.– P.123–127.