

положения о метаболических различиях данных патологических процессов. Известно, что мультифакториальные заболевания являются возрастзависимыми. Средний возраст начала онкопатологий в целом в харьковской популяции составляет 57,1 года, для мужчин 58,7 года, для женщин — 55,0 лет. Средний возраст начала рака легкого для мужчин — 55,5 года, рака желудка — 61,9 года, для женщин — 50,5 года и 59,6 года, соответственно. Поскольку данная возрастная группа характеризуется стадией поздней зрелости, выборка больных псориазом для регистрации среди них и их родственников больных с онкопатологиями включала 68 пробандов и из родственников I степени родства - только родителей, из родственников II степени родства - только прауродителей, в возрасте от 50 лет, так как более молодые родственники, вероятно, еще не дожили до возраста манифестации рака. Изучение фактической частоты злокачественных новообразований среди больных псориазом показало, что среди них лиц с онкозаболеваниями не обнаружено. Популяционная частота онкопатологий для населения харьковского региона составила 6,95%.

Обнаружена более высокая отягощенность онкопатологиями родственников I степени родства пробандов с генотипами СС-АА и ТТ-АА по сравнению с популяционной частотой ( $t_{st} = 2,07$ ,  $t_f = 3,0$ ,  $p < 0,01$ ).

Наименее отягощенными больными онкопатологиями родственниками I степени родства оказались пробанды с генотипом СТ-АС относительно пробандов с другими генотипами. Пробанды с генотипом СТ-АС наименее отягощены по сравнению с пробандами генотипа СТ-СС ( $t_{st} = 2,07$ ,  $t_f = 3,5$ ,  $p < 0,01$ ), наименее отягощены больными родственниками женского пола по сравнению с пробандами генотипа СС-АА ( $t_{st} = 2,09$ ,  $t_f = 2,3$ ,  $p < 0,05$ ), наименее отягощены родственниками женского ( $t_{st} = 2,09$ ,  $t_f = 2,3$ ,  $p < 0,05$ ) и мужского ( $t_{st} = 2,04$ ,  $t_f = 2,2$ ,  $p < 0,05$ ) пола по сравнению с пробандами генотипа ТТ-АА. Отягощенность пробандов с различными генотипами больными онкопатологиями родственниками II степени родства по

материнской линии - 3,6%-8,3%, по отцовской линии - 4,2%-50%.

Известно, что носительство аллеля Т в позиции 677 и аллеля С в позиции 1298 гена *MTHFR* в гомозиготном состоянии показано как существенный компонент высокого риска развития сосудистых и репродуктивных нарушений, предраковых и раковых состояний. По данным ряда авторов, у больных псориазом отмечается гипергомоцистемия. Наши исследования показали, что среди больных псориазом выше доля гетерозигот С677Т, чем среди населения (СТ — 50,6 % проти СТ — 33,7 %,  $t_{st} = 2,58$ ,  $t_f = 2,93$ ,  $p < 0,01$ ). Отечественные авторы отмечают, что в украинских популяциях у гетерозигот С677Т, дигетерозигот С677Т/А1298С отмечаются наиболее высокие значения уровня гомоцистеина в плазме крови. Избыток гомоцистеина в организме корректируется путем его превращения в метионин или цистеин. Известно также, что цистеин является мощным антиоксидантом, что, вероятно, является одним из онкопротекторных факторов не только для больных псориазом, но и для их родственников I степени родства, носителей исследуемых аллелей гена *MTHFR* в гетерозиготном состоянии.

**Выводы.** При генетическом анализе мультифакториальных заболеваний актуально исследование генетической компоненты, взаимодействия генов генных сетей патологий, и средовой компоненты, что будет продолжено в последующих работах.

УДК 616.517-07-092-616-06

## КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

**Сариан Е.И.**

*Харьковская медицинская академия  
последипломного образования*

Псориаз является клинически гетерогенным заболеванием, характеризующимся различной степенью тяжести и широким

спектром проявлений у пациентов. Несмотря на высокий уровень заболеваемости, имеется тенденция к ее росту, увеличивается количество тяжелых форм псориаза, резистентных к различным методам лечения, отмечается снижение качества жизни пациентов, уровня социальной адаптации и профессиональной активности. Дерматоз нередко сопровождается различной соматической патологией. Допускают, что развитие коморбидностей скорее всего обусловлено общностью патогенетических звеньев сочетанных заболеваний и обычно имеет тенденцию к учащению с возрастом. Почти половина больных псориазом старше 60 лет имеет 2-3 коморбидных состояния. Кроме сходных иммунологических механизмов выявлены гены, общие для псориаза и наиболее частых коморбидностей. Системное воспаление низкой интенсивности, присутствующее при псориазе, и преобладание факторов нездорового образа жизни независимо друг от друга связаны с ожирением, инсулинорезистентностью и неблагоприятным профилем риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Одним из множества биохимических маркеров, направленных на выявление системного воспалительного ответа, является С-реактивный белок (С-РБ). С-РБ – неспецифический маркер воспаления, белок острой фазы, синтезируемый в печени в ответ на интерлейкины 1, 6, фактор некроза опухоли  $\alpha$ . С введением в лабораторную практику высокочувствительных методов выявления С-РБ с нижней границей определения 0,5 мг/л, его концентрации ранее считавшиеся «следовыми» или фоновыми стали называть «базовыми» и использовать в ревматологии в качестве прогностических критериев течения заболеваний.

**Целью исследования** явилось выявление частоты коморбидных заболеваний и определение в крови уровня С-РБ у пациентов с псориазом.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 60 больных псориазом в возрасте лет 27-65 лет (35 мужчин и 25 женщин), длительность заболевания - 2-18 лет, PASI колебался от 7 до 31 балла. Высокочувствительный

С-РБ определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов «Вектор-Бест» (Россия). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц соответствующего пола и возраста.

**Результаты и их обсуждение.** Сопутствующая патология выявлена у 38 (63,3 %) больных, чаще других диагностированы ССЗ (31,7 %) – артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма, малые аномалии сердца и болезни желудочно-кишечного тракта (16,6 %) – хронический гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, хронический панкреатит. Реже установлены заболевания эндокринной системы (8,3 %) – сахарный диабет II типа, аутоиммунный тиреоидит и мочеполовой системы (6,7 %) – мочекаменная болезнь, поликистоз почек, хронический пиелонефрит. С наибольшей частотой у пациентов определяли артериальную гипертензию (21,7 %).

У пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией выявлена более высокая частота стрессовых ситуаций, приема медикаментов, вредных привычек в качестве пусковых факторов, субъективных ощущений в участках поражений кожи, распространенных форм, среднетяжелого и тяжелого течения с выраженной инфильтрацией, вне-сезонного типа, торпидности к терапии, чем у пациентов с псориазом без ССЗ. PASI у пациентов с сопутствующими заболеваниями ( $25,2 \pm 1,5$  балла) превышал таковой у больных, не имевших соматической патологии ( $12,4 \pm 0,8$  балла,  $p < 0,01$ ).

Анализ результатов определения уровня С-РБ выявил повышение показателя в целом у больных обычным псориазом ( $7,94 \pm 0,61$  мг/л) по сравнению с аналогичным показателем в контрольной группе ( $0,72 \pm 0,06$  мг/л,  $p < 0,01$ ). При наличии сопутствующих ССЗ (в основном артериальной гипертонии) значение С-РБ ( $12,14 \pm 0,93$  мг/л) более чем в 2 раза превышало уровень у пациентов с псориазом, не имеющих кардиальной патологии ( $5,67 \pm 0,39$  мг/л,  $p < 0,01$ ). Выявлена прямая корреляционная связь уровня С-РБ и PASI.

**Выводы.** На основании полученных результатов можно сделать вывод о необ-

ходимости уточнения наличия связей псориаза с увеличением распространенности и заболеваемости ССЗ. Наличие артериальной гипертензии, по-видимому, может влиять на клиническое течение псориаза, учитывая регистрацию нами больных с вариантами тяжелого течения псориазической болезни. На наш взгляд, определение С-РБ с помощью высокочувствительного метода может рассматриваться как информативный лабораторный тест для выявления дисфункции эндотелия и оценки тяжести течения псориаза, а также риска развития осложнений ССЗ. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости пролонгирования диагностического маршрута больных псориазом и целесообразности их обследования врачами терапевтами, что позволит изменить и дополнить терапевтические рекомендации.

Представленные данные должны настоятельно призывать практиков дерматовенерологов на более тщательное диагностирование коморбидных сердечно-сосудистых и других заболеваний при псориазе, определения и модификацию факторов риска атеросклероза, своевременную и адекватную терапию.

УДК 616.53 – 002 – 036 – 08 – 055.1

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АМИЛОИДОЗА КОЖИ: СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

**Святенко Т.В.<sup>1</sup>, Прохач А.В.<sup>2</sup>,  
Куник А.В.<sup>1</sup>, Опыхайло М.С.<sup>3</sup>,  
Москаленко И.С.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Клинический онкологический диспансер» ДООС

<sup>3</sup> КУ «Днепропетровское областное патологоанатомическое бюро» ДООС

Как известно, амилоидоз (амилоидная дистрофия) представляет собой наруше-

ние белкового обмена, сопровождающееся образованием и отложением в тканях специфического белково-полисахаридного комплекса — амилоида. Различают системный и локальный амилоидоз кожи. Системный амилоидоз кожи представляет собой самый распространенный тип системного амилоидоза, составляя более 60% всех случаев. Данные биопсий и вскрытий позволяют предположить, что частота амилоидозных отложений у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями составляет 3,6-5,8%, хотя клинически выраженный амилоидоз отмечается у меньшего числа пациентов. Локализованный амилоидоз составляет менее 10% всех случаев.

**Целью** нашей работы стало изучение клинического течения амилоидоза кожи.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилась пациентка 20 лет, которая обратилась в клинику с жалобами на зуд и высыпания на коже туловища и конечностей. Из анамнеза: считает себя больной в течение 1 года, когда, впервые, появилась сыпь в области разгибательной поверхности обеих голеней. Самостоятельно применяла топические кортикостероиды, антигистаминные средства. Отмечала умеренное снижение клинических проявлений. В течение последних 1,5 месяцев, сыпь приобрела распространенный характер, усилился зуд кожи.

**Результаты исследования.** При осмотре: на коже туловища и конечностей — множественные ярко-красные папулезно-везикулезные элементы с участками лихенизации, приобретающие сливной характер, кожа, в местах высыпаний, уплотнена. Выполнена панч-биопсия из сливного участка на задне-боковой поверхности плеча. Гистологически: в доставленном препарате фрагмент кожи с дистрофическими изменениями базального слоя эпидермиса с отложениями амилоида. В толще дермы, в ее глубоких слоях, определяются разрастания соединительной ткани с многочисленными крупноочаговыми участками скопления амилоида. В строме ткани — многочисленные периваскулярные лимфоцитарно-плазмочитарные инфильтраты.