

7. Chodorovska, G. C-reactive protein and alfa2-macroglobulin plasma activity in medium severe and severe psoriasis / G. Chodorovska, D. Wojnowska, M. Juskiewicz-Borowiec // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2004. – Vol. 18. – № 2. – P. 180–183.

## УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D, ИНДЕКС ПЛОЩАДИ И ТЯЖЕСТИ ПСОРИАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

*А.В. Брынина<sup>1</sup>, В.А. Лискович<sup>2</sup>, А.С. Вертоградов<sup>3</sup>, А.А. Гулинский<sup>4</sup>,  
И.Е. Древило<sup>5</sup>*

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненское областное объединение профсоюзов, <sup>3</sup>УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно»,

<sup>4</sup>ГУЗ «ГОККВД», <sup>5</sup>ЧМУП «М-Клиник», Гродно, Беларусь,

**Актуальность.** Псориаз – одно из наиболее часто встречающихся хронических дерматозов, устойчивое к фармакотерапии, существенно влияющее на качество жизни пациентов, вызывая тем самым психическую и социальную дезадаптацию и стойкую утрату трудоспособности. Согласно последним представлениям, псориаз рассматривают как распространенное, наследственное, гетерогенное, гиперпролиферативное, воспалительное, аутоиммунное, хроническое заболевание кожи с возможным ассоциативным поражением других органов и систем [1].

Наряду с общеизвестными патологическими состояниями, такими как рахит, остеопороз, остеомалация, обнаружены новые физиологические процессы, на которые оказывает непосредственное влияние уровень витамина D [2]. Витамин D рассматривается не только как гормон, производное холестерина, контролирующий гомеостаз кальция и остеогенез, но и как фактор, принимающий участие в регуляции апоптоза, иммуногенеза и клеточной пролиферации [3]. Деление и дифференцировка клеток, барьерная и иммунная функции, формирование волосяного фолликула регулируются активными метаболитами витамина D. В последнее время возрос интерес дерматовенерологов к возможным причинам развития псориаза, связанным с дефицитом витамина D [4]. Неспецифическое генерализованное воспаление выступает одним из наиболее значимых механизмов, приводящих к системным проявлениям как дефицита самого витамина D, так и псориаза [5]. Активные формы витамина D, взаимодействуя с белком sVCAM-1, воздействуют на белки рецепторов коллагена и участвуют в моторике эндотелиальных клеток и ангиогенезе. Влияние рецепторов витамина D на каскад цитокинов, участвующих в регуляции клеточного роста, объясняет антипролиферативное и противовоспалительное действие 1,25-дигидроскихолекальциферола при псориазическом поражении кожи [6]. Наличие псориаза в сочетании с дефицитом витамина D может выступать

фактором отягощения, приводящим к глубокому иммунному дисбалансу и, как следствие, – манифестации клинических проявлений как системных, так и локальных (на уровне кожи) [2].

**Цель.** Изучить и проанализировать уровень сывороточного витамина D и значение индекса PASI у пациентов с псориазом.

**Методы исследования.** Исследование выполнено с участием 90 пациентов с псориазом, проходивших стационарное лечение в ГУЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер». В исследование были включены пациенты с псориазом независимо от возраста, давности наличия дерматоза и формы заболевания.

Анализ анамнестических и клинических данных проводился с использованием анкет, разработанных в соответствии с целью и задачами исследования. Обследование пациентов проводилось по единой схеме, включающей наличие жалоб и анамнестических данных, оценку общего и дерматологического статуса. Для клинической диагностики псориаза определяли «псориатическую триаду», устанавливали форму заболевания, производили подсчет индекса PASI.

Полученные цифровые данные обработаны с использованием лицензионной версии программы STATISTICA 10.0 для Windows. Результаты количественных данных представлены в виде среднего значения. Связи между показателями оценивали с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена ( $r$ ). Результаты исследования признавались статистически значимыми при уровне статистической значимости (значение ошибки 1-го рода)  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Нами были проанализированы результаты обследования 90 пациентов с псориазом. На долю мужчин пришлось 74,4% ( $n=67$ ), на долю женщин – 25,6% ( $n=23$ ). Средний возраст всех обследованных пациентов составил 55,3 года, при минимальном и максимальном значениях 40 и 65, соответственно. При этом средний возраст женщин составил 55 лет, мужчин – 55,4 года, что между собой статистически сопоставимо ( $p > 0,05$ ).

Среди обследованных пациентов в 55,5% ( $n=50$ ) случаев диагностирована была экссудативная форма бляшечного псориаза, в 44,4% ( $n=40$ ) – вульгарная форма. Лишь в 26,7% ( $n=24$ ) случаев пациенты отмечали отягощенный семейный анамнез по псориазу.

Обследованные пациенты были опрошены согласно опроснику PASI (индекс площади и тяжести псориатических поражений), так среднее значение индекса PASI составило 43 балла, при минимальном и максимальном значении 31 и 62, соответственно. При проведении корреляционного анализа Спирмена между формами псориаза и уровнем индекса PASI установлен коэффициент  $r=0,36$ , что расценивается как умеренная прямая взаимосвязь.

Заключительным этапом исследования стала оценка уровня витамина D в сыворотке крови. Так, среднее содержание 25-ОН-витамина D составило 18,9 нг/мл, что соответствует дефициту. Средняя концентрация у женщин

составила 20,5 нг/мл, у мужчин – 18,4 нг/мл. При вульгарной форме псориаза уровень витамина D составил 22,2 нг/мл, при экссудативной форме – 16,4 нг/мл, что достоверно статистически значимо ( $p < 0,05$ ). При проведении корреляционного анализа Спирмена между средним содержанием витамина D в сыворотке крови и уровнем индекса PASI установлен коэффициент  $r = -0,4$ , что расценивается как умеренная отрицательная взаимосвязь.

**Выводы.** Полученные нами результаты подтверждают литературные данные о значимом влиянии дефицита витамина D на иммунный дисбаланс, что клинически проявляется в виде более тяжелых и резистентных к проводимой терапии форм псориаза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Куликов, А. Г. Роль физических факторов в комплексной терапии псориаза / А. Г. Куликов, А. С. Шахова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2013. – № 1. – С. 44–51.

2. Бекирова, Э. Ю. Патогенетическое обоснование D-дефицит-опосредованных механизмов прогрессирования псориаза в осенне-зимний период / Э. Ю. Бекирова // Дерматология та венерология. – 2013. – № 2 (60). – С. 21–26.

3. Analysis of SNPs and Haplotypes in Vitamin D Pathway Genes and Renal Cancer Risk / S. Karami [et. al.] // PLoS One. – 2009. – Vol. 4 (9). – P. 7013.

4. Correale, J. Immunomodulatory effects of Vitamin D in multiple sclerosis / J. Correale, M. C. Ysraelit, M. I. Gaitan // Brain. – 2009. – Vol. 132, № 5. – P. 1146–1160

5. Янковская, Л. В. Современный взгляд на функции витамина D в организме человека и заболевания, ассоциирующиеся с его дефицитом / Л. В. Янковская // Рецепт. – 2013. – № 2 (88). – С. 118–126.

6. Громова, О. А. Витамин D – смена парадигмы / О. А. Громова, И. Ю. Торшин ; под ред. Е. И. Гусева, И. Н. Захаровой. – Москва : Торус Пресс, 2015. – 464 с.

### НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*А.Ч. Гракова, И.А. Ковкель*

Могилевский областной кожно-венерологический диспансер, Могилев, Беларусь

**Актуальность.** Актуальность проблемы состоит в том, что норвежская чесотка крайне контагиозна, а диагностика вызывает затруднения из-за полиморфизма высыпаний, нетипичных для обычной формы, отрицательных результатов лабораторного исследования на начальном этапе, редко диагностируется своевременно даже при появлении первых симптомов, в связи с чем пациенты долгое время остаются без специфического лечения.