

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.517-07-08:616.98:579.882.11

КОНКИН
Дмитрий Евгеньевич

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА,
АССОЦИИРОВАННОГО С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ
ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.10 – кожные и венерические болезни

Минск, 2011

Работа выполнена в ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Научный руководитель: **Хворик Дмитрий Фёдорович**, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой дерматовенерологии УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Официальные оппоненты: **Яговдик Николай Захарович**, доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Евсеенко Ирина Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент, врач-косметолог КУП «Клинический центр пластической хирургии и медицинской косметологии г. Минска»

Оппонирующая организация: УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Защита состоится 27 декабря 2011 года в 14.00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.04 при УО «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, 83; e-mail: alinablizniuk@mail.ru, (тел. 272-55-98).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан « 25 » ноября 2011 года.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций,
кандидат медицинских наук, доцент

А.М. Близнюк

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время наблюдается рост тяжелых, устойчивых к фармакотерапии форм псориаза, приводящих к вовлечению в патологический процесс суставов, что существенно влияет на качество жизни пациентов, вызывает психическую и социальную дезадаптацию, стойкую утрату трудоспособности, определяя не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость данной проблемы (С.Г. Милевская, 1997; Ю.К. Скрипкин, 1999; А.И. Якубович, 2006; Г. Воцель, 2010).

Более существенную проблему представляют клинические варианты псориаза, ассоциированного с другими неинфекционными (болезни сердца и сосудов, желудочно-кишечного тракта, эндокринной, нервной, иммунной, гепатобилиарной систем) и/или инфекционными заболеваниями (экзантемы, хронические инфекции кожи, верхних дыхательных путей, урогенитального тракта), взаимно осложняющими течение и исходы сочетанной патологии и повышающими риск возникновения аутоиммунных процессов (В.А. Молочков, 2007; Н.А. Сахарук, 2011).

В значительной степени данная проблема прослеживается во взаимосвязи возбудителя урогенитальной хламидийной инфекции (УГХИ) и псориаза, так как частота обнаружения *Chlamydia trachomatis* при различной дерматологической патологии колеблется от 12,3% до 96,5% (А.А. Хрянин и др., 1999). Несмотря на достижения современной медицины в понимании патогенеза псориаза и УГХИ, отмечается дефицит информации о клинико-лабораторных особенностях течения рассматриваемых нозологических вариантов и оптимальных методах этиопатогенетической терапии при сочетанной патологии кожи и урогенитального тракта.

Таким образом, обозначенная проблематика сочетанной патологии актуальна, требует дальнейшего углубленного изучения и поиска научно-обоснованных решений, которые, в конечном итоге, позволят повысить качество оказания медицинской помощи больным как с псориазом и УГХИ в отдельности, так и при их сочетанном развитии.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами, темами. Диссертация выполнена в соответствии с заданием ГНТП «Инфекционные заболевания и микробиологические технологии» 03.04 «Разработать и внедрить протоколы диагностики и лечения типичных и атипичных (хронических, осложненных) форм хламидиоза» (2006–2010 гг.), № государственной регистрации: 20064265 от 27.07.2006 г.

Цель и задачи исследования. *Цель исследования* – повысить эффективность лечения псориаза, ассоциированного с урогенитальной хламидийной инфекцией, с учетом клинико-лабораторных особенностей течения заболевания.

В соответствии с целью исследования решались следующие *задачи*:

- установить частоту инфицирования *Chlamydia trachomatis* и другими инфекциями, передающимися половым путем, особенности течения и качества жизни у пациентов с различными клиническими формами псориаза, ассоциированного с урогенитальной хламидийной инфекцией;
- определить характер взаимного влияния различных клинических форм псориаза и урогенитальной хламидийной инфекции у мужчин и женщин;
- изучить особенности иммунного статуса у пациентов с псориазом, ассоциированным с урогенитальной хламидийной инфекцией;
- доказать эффективность разработанного способа комбинированной терапии псориатического артрита, ассоциированного с урогенитальной хламидийной инфекцией.

Для решения поставленной цели и задач определены следующие объект и предмет исследования.

Объект исследования: 637 пациентов в возрасте от 18 до 62 лет с различными клиническими формами псориаза.

Предмет исследования: клиническая картина, качество жизни, показатели иммунитета, методы диагностики и лечения, эффективность терапии.

Положения, выносимые на защиту

1. У пациентов с псориазом отмечается высокая частота инфицирования возбудителем урогенитальной хламидийной инфекции (14,3%), что может быть причиной тяжелого (10,6%) и осложненного течения болезни с развитием псориатического артрита (22,7%) и снижением качества жизни. У половины пациентов с псориазом без поражения суставов хламидийная инфекция протекает в виде микст-инфекции, в отличие от псориатического артрита, при котором доминирует монохламидийная инфекция.

2. При псориазе, ассоциированном с урогенитальной хламидийной инфекцией, происходит взаимное отягощение течения обоих заболеваний, выражающееся в более высокой тяжести поражения кожи (по индексу PASI), а также развитии полиартритического типа поражения суставов, вовлечении в процесс большего числа суставов, сопровождающихся более выраженным болевым синдромом и увеличением продолжительности утренней скованности. Для клинических проявлений урогенитальной хламидийной инфекции у пациентов с псориазом характерно хроническое течение воспалительного процесса, характеризующееся различными вариантами топических проявлений: у мужчин с псориазом без поражения суставов – уретритом, при псориатическом артрите – сочетанием уретрита с простатитом; у женщин, как с псориатическим артритом

том, так и с псориазом без поражения суставов – эндоцервицитом.

3. У пациентов с псориазом без поражения суставов, ассоциированным с урогенитальной хламидийной инфекцией, происходит угнетение клеточного звена иммунитета, характеризующееся снижением числа активных лимфоцитов, уменьшением абсолютных значений Т-хелперов ($CD4^+$) и Т-киллеров/супрессоров ($CD8^+$) на фоне снижения абсолютных значений общих Т-лимфоцитов ($CD3^+$). Изменения показателей клеточного и гуморального звена иммунитета у пациентов с псориатическим артритом, ассоциированным с урогенитальной хламидийной инфекцией, проявляются снижением абсолютных значений Т-лимфоцитов ($CD3^+$), Т-хелперов ($CD4^+$), Т-киллеров/супрессоров ($CD8^+$) и В-лимфоцитов ($CD19^+$), что требует дополнительного назначения иммунокорректирующей терапии.

4. Применение разработанного способа комбинированной терапии псориатического артрита, ассоциированного с урогенитальной хламидийной инфекцией, позволяет повысить эффективность терапии за счет получения стойкого клинического эффекта у большинства пациентов, заключающегося в достижении положительной динамики кожных проявлений («PASI-ответ» 75), стойком снижении тяжести клинических проявлений после лечения и через 6 месяцев (по индексу PASI), снижении активности суставного синдрома и сохранении выраженного клинического эффекта в течение полугода, развитии стойкой микробиологической и клинической излеченности хламидийной инфекции, улучшении качества жизни в течение всего периода наблюдений, нормализации основных показателей клеточного и гуморального звена иммунитета по сравнению с аналогичной группой, получавшей традиционное лечение.

Личный вклад соискателя. Тема диссертации, цель и задачи исследования, методологические подходы определены научным руководителем. Автором проведен информационно-патентный поиск по теме диссертации, освоены все методики выполненных с научной целью лабораторных и функциональных исследований, самостоятельно осуществлялась статистическая и графическая обработка полученных данных, их интерпретация, теоретическое обобщение результатов и написание диссертации. Клинический раздел работы, включающий набор пациентов, их дерматологическое обследование, заполнение и анализ анкет, забор клинического материала для диагностики УГХИ, оценку клинико-терапевтической эффективности лечения, выполнен соискателем самостоятельно.

Общеклиническое обследование пациентов, бактериологическое исследование, постановка прямой реакции иммунофлюоресценции (ПИФ), проведение иммуноферментного анализа (ИФА), молекулярно-биологических исследований (ПЦР) осуществлены в клинической, серологической и ПЦР лабораториях учреждения здравоохранения «Гродненский областной кожно-венероло-

гический диспансер». Иммунологические исследования выполнены на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет».

В публикациях [1, 3, 5, 7, 8, 9] представлены результаты исследований, полученные автором самостоятельно. В работах, опубликованных в соавторстве, диссертанту принадлежит анализ данных литературы, набор материала и интерпретация результатов собственных исследований.

Апробация результатов диссертации. Результаты исследований доложены на V съезде врачей-дерматовенерологов Республики Беларусь «Актуальные вопросы дерматологии, венерологии и дерматокосметологии» (г. Минск, 2006 г.); конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора И.Я. Макшанова (г. Гродно, 2006 г.); XXIX съезде польской ассоциации врачей-дерматовенерологов (Польша, г. Познань, 2008 г.); II международном симпозиуме «Актуальные вопросы инфекций, передаваемых половым путем» (г. Гродно, 2008 г.); областном совещании по итогам работы дерматовенерологической службы Гродненской области (г. Гродно, 2009 г.); международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения социально значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем» (г. Витебск, 2010 г.); конференции «Проблемы общественного здоровья, здравоохранения, сестринского дела и истории медицины» (г. Гродно, 2010 г.); конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора М.П. Шейбака (г. Гродно, 2011 г.).

Опубликованность результатов диссертации. По теме диссертации всего опубликовано 10 научных работ: статьи в рецензируемых научных журналах, включённых в Перечень ВАК РБ, – 5, тезисы в сборниках материалов съездов и конференций – 4, инструкция по применению – 1. Количество публикаций, написанных автором лично, – 6. Общий объем публикаций по теме диссертации составляет 3,9 авторских листа, из них 3,3 авторских листа написаны лично автором.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 95 страницах (без списка литературы и приложений). Работа иллюстрирована 43 таблицами и 10 рисунками (объем по тексту – 24 страницы). Диссертация состоит из оглавления, перечня условных обозначений, введения, общей характеристики работы, аналитического обзора литературы (1 глава), описания объектов и методов исследования (2 глава), изложения полученных результатов (3–7 главы), заключения, библиографического списка (222 использованных источника, 10 публикаций соискателя) и приложений (инструкция по применению, 4 акта внедрения в лечебную практику, 5 актов внедрения в учебный процесс).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ

В аналитическом обзоре литературы изложены данные об этиопатогенетических, клинических, иммунологических и диагностических аспектах псориаза и УГХИ. Приведены принципы терапии с использованием традиционных и альтернативных методов, обозначены нерешенные вопросы.

Материал и методы исследования. Комплексное клинико-лабораторное обследование проведено у 637 пациентов (347 мужчин и 290 женщин) с псориазом, обратившихся в УЗ «Гродненский областной кожно-венерологический диспансер» в течение 2007–2011 гг. Общеклиническое обследование включало изучение данных анамнезов, общий осмотр, определение клинической формы, стадии и степени тяжести заболевания, осмотр и пальпацию пораженных суставов, определение воспалительной активности суставного синдрома, оценку болевого синдрома до лечения, на 14 день терапии, после окончания и через 6 месяцев. Среди инструментальных методов исследования использовалась сухая уретроскопия и рентгенография суставов.

Диагностика УГХИ и других ИППП проводилась с помощью ПИФ, ИФА и ПЦР с учетом анатомо-физиологических особенностей мужчин и женщин до лечения, через 1 и 6 месяцев после терапии.

В соответствии с критериями включения, а также с учетом цели и задач исследования, все пациенты с псориазом были подразделены на 4 группы, включающие 195 обследованных: 1 группа (24 мужчины и 20 женщин) – псориаз с поражением суставов, ассоциированный с УГХИ (ПА+УГХИ), 2 группа (28 мужчин и 22 женщины) – псориаз с поражением суставов без УГХИ (ПА-УГХИ), 3 группа (25 мужчин и 22 женщины) – псориаз без поражения суставов, ассоциированный с УГХИ (П+УГХИ), 4 группа (30 мужчин и 24 женщины) – псориаз без поражения суставов без УГХИ (П-УГХИ).

Оценку качества жизни пациентов проводили согласно опроснику DLQI до лечения, на 14 день терапии, после окончания и через 6 месяцев. У пациентов с псориатическим артритом (ПА) для оценки снижения качества жизни до и после лечения использовали опросник состояния здоровья HAQ.

Оценка иммунологического статуса проводилась до и через 1 месяц после лечения при помощи тестов с моноклональными антителами согласно инструкции МЗ РБ. Учет субпопуляций лимфоцитов производили при помощи светового микроскопа: CD3⁺ (зрелые Т-лимфоциты), CD4⁺ (Т-хелперы), CD8⁺ (Т-супрессоры/цитотоксические лимфоциты), CD16⁺ (естественные киллеры), CD19⁺ (пре-В и В-лимфоциты), CD25⁺ (ИЛ-2-рецепторнесущие активированные лимфоциты). Рассчитывали соотношение CD4⁺-лимфоцитов к CD8⁺-лимфоцитам – иммунорегуляторный индекс (ИРИ).

Уровни циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) исследовали модифицированным методом с помощью иммуноферментного анализатора Sunrise TECAN GmbH (Австрия).

Изучение фагоцитарной активности нейтрофилов включало определение фагоцитарного числа (ФЧ) и фагоцитарного индекса (ФИ) нейтрофилов с музейным штаммом *Staphylococcus aureus* 209P.

Содержание Ig определяли на иммуноферментном анализаторе Sunrise TECAN Austria GmbH (Австрия) с помощью наборов «IgM общий - ИФА-БЕСТ» А-8664, «IgА общий – ИФА-БЕСТ» А-8666, «IgG общий - ИФА-БЕСТ» А-8662 (Россия).

Для оценки клинико-терапевтической эффективности разработанного способа комбинированного лечения ПА, ассоциированного с УГХИ, пациенты были разделены на две группы, однородные по возрасту, полу и продолжительности заболевания. Пациенты I группы (23 чел.) получали традиционную терапию, в состав которой входили: доксициклина гидрохлорид по 100 мг 2 раза в сутки (21 день); биогенные стимуляторы – экстракт алоэ по 1 мл подкожно 1 раз в сутки (10 дней); витамины В₁, В₆, В₁₂, аскорбиновая кислота, аевит; 2,5% раствор диклофенака-натрия; физиопроцедуры; мазевая терапия 2-3% салициловой или салицилово (2-3%) - дегтярно (3-8%) -ихтиоловой (10-20%) мази.

Пациентам II группы (21 чел.) проводили комплексную терапию с использованием разработанного способа [10]. Схема лечения включала: введение пирогенала через день, утром, однократно, в/мышечно в стартовой дозе 5 мкг. При отсутствии побочных эффектов (головная боль, повышение температуры выше 38°C) каждую последующую дозу пирогенала увеличивали на 5 мкг; при наличии дискомфорта (интоксикация, головная боль, температура выше 38°C) дозу пирогенала не увеличивали. Курс лечения пирогеналом составлял 10 инъекций. Через 1-1,5 часа после пирогенала вводили азитромицин в дозе 500 мг, в течение первых 5 дней внутривенно, капельно с 250 мл 0,9% раствором хлорида натрия, в последующие дни перорально в дозе 500 мг 2 раза в сутки. Одновременно с азитромицином, т.е. через 1-1,5 часа после введения пирогенала, назначали антибиотик из группы фторхинолонов – офлоксацин, первый день в дозе 400 мг утром и 200 мг вечером, в последующие дни в дозе 200 мг 2 раза в сутки; продолжительность курса – 21 день. Симптоматическая терапия назначалась по показаниям и включала: введение витаминов В₁, В₆, В₁₂, аскорбиновой кислоты, аевита; 2,5% раствора диклофенака-натрия; физиопроцедуры; мазевую терапию 2-3% салициловой или салицилово (2-3%) - дегтярно (3-8%) - ихтиоловой (10-20%) мазями.

Статистическая обработка цифровых данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и Statistica 6.0 с использованием статистических приемов, адекватных поставленным задачам и объемам выбо-

рочных совокупностей. Для описания полученных результатов были рассчитаны показатели частоты изучаемых явлений (p) со статистической ошибкой (Sp), среднее арифметическое (M) и ошибка среднего арифметического (m). Для сравнения качественных признаков использовался критерий χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Клинико-лабораторная характеристика пациентов с псориазом и псориатическим артритом, ассоциированных с урогенитальной хламидийной инфекцией. Частота выявления и ассоциации *S.trachomatis* у пациентов с псориазом и ПА. Среди 637 больных хламидийная инфекция (ХИ) была верифицирована у 91 (14,3%) пациента. При псориазе без поражения суставов *S.trachomatis* была верифицирована у 47 из 443 пациентов (10,6%), при ПА – у 44 из 194 обследованных (22,7%). Из 42 женщин с УГХИ ПА был установлен у 20, а из 49 мужчин – у 24, что составило, соответственно, 47,6% и 49,0% ($p>0,05$). Соответственно, УГХИ при псориазе без поражения суставов была диагностирована у 22 (52,4%) женщин и у 25 (51,0%) мужчин ($p>0,05$).

Результаты сравнительной оценки использованных методов диагностики ХИ показали, что ПИФ была положительной в 59,3% случаев, IgA к *S.trachomatis* в ИФА изолированно не определялись, IgG обнаружены в 63,7%, одновременное выявление антител обоих классов было в 24,2% случаев. Наиболее информативными оказались результаты ПЦР, выявившие ДНК *S.trachomatis* в 95,4% случаев в режиме реального времени и в 82,4% при классической постановке. Меньшее диагностическое значение имели показатели ИФА, верифицирующие суммарные классы антител (IgA+IgG), частота которых варьировала от 20,5% при ПА и до 27,7% при псориазе без поражения суставов. ПИФ была положительной в 68,1% случаев с псориазом без поражения суставов и в 50,0% с ПА. Антитела класса IgG методом ИФА диагностировались в 53,2% случаев при псориазе без поражения суставов и в 75,0% при ПА. Наиболее высоким был процент выявления ДНК *S.trachomatis* с помощью ПЦР в режиме реального времени – 93,8-97,0%.

У 42,6% пациентов с псориазом без поражения суставов ХИ протекала в виде микст-инфекции, ассоциируясь с другими возбудителями ИППП (уреа- и микоплазмы, трихомонады, кандиды), в отличие от ПА, при котором в 77,3% случаев доминировала монохламидийная инфекция.

На перенесенную в прошлом УГХИ указало достоверно больше пациентов с ПА, чем с псориазом без поражения суставов (61,5% и 29,7%, соответственно; $p<0,01$). Отсутствие ИППП в прошлом отметили достоверно больше пациентов с псориазом без поражения суставов (38,2% и 13,7%, соответственно; $p<0,01$).

Общая характеристика и качество жизни пациентов с псориазом и ПА, ассоциированных с УГХИ. Средний возраст обследуемых пациентов составил $40,2 \pm 0,9$ лет. Наибольшее количество пациентов с максимальной продолжительностью псориаза выявлено в возрастных диапазонах 51-60 лет и 41-50 лет, соответственно. Максимальный средний возраст и длительность основного заболевания были диагностированы у пациентов с ПА без УГХИ. Средний возраст ($41,3 \pm 1,8$ года и $32,1 \pm 1,7$ лет, соответственно; $p < 0,01$) и давность псориаза ($16,6 \pm 1,8$ года и $9,2 \pm 1,0$ лет, соответственно; $p < 0,01$) были достоверно выше у пациентов с псориазом в сочетании с УГХИ, чем при отсутствии инфекции.

У 117 (60,0%) пациентов была установлена тяжелая степень снижения качества жизни, у 67 (34,4%) – средняя, у 11 (5,6%) – легкая. Тяжелая степень доминировала у большинства пациентов с ПА (88,6%) и более чем у половины с псориазом без поражения суставов (57,4%), ассоциированным с УГХИ.

Характер взаимного влияния различных клинических форм псориаза и урогенитальной хламидийной инфекции. *Сравнительная характеристика кожных проявлений у пациентов с псориазом и ПА, ассоциированных с УГХИ.* При сравнительном анализе псориаза при наличии ХИ установлена большая частота встречаемости следующих кожных симптомов: зуд (соответственно, 91,5% и 68,5%; $p < 0,01$), жжение (соответственно, 40,4% и 13,0%; $p < 0,01$) и болезненность (соответственно, 31,9% и 14,8%; $p < 0,05$) в области высыпаний, поражение крупных складок (соответственно, 42,5% и 14,8%; $p < 0,01$), себорейных зон (соответственно, 78,7% и 50,0%; $p < 0,01$), ладоней и подошв (соответственно, 36,2% и 9,3%; $p < 0,01$), «дежурные бляшки» (соответственно, 89,4% и 72,2%; $p < 0,05$), симптом Кёбнера (соответственно, 78,7% и 48,1%; $p < 0,01$), «псориатическая корона» (соответственно, 80,8% и 50,0%; $p < 0,01$), эксфолиации (соответственно, 83,0% и 57,4%; $p < 0,01$), выраженное шелушение волосистой части головы (соответственно, 85,1% и 61,1%; $p < 0,01$), деформация ногтевых пластинок по типу симптомов Геллера (соответственно, 94,9% и 61,2%; $p < 0,01$) и Готтрона (соответственно, 84,6% и 55,3%; $p < 0,01$), чем при отсутствии УГХИ.

При ПА в сочетании с УГХИ чаще выявлялись: зуд (соответственно, 97,7% и 72,0%; $p < 0,01$) и болезненность (соответственно, 59,1% и 32,0%; $p < 0,01$) в области высыпаний, парестезии (соответственно, 45,4% и 14,0%; $p < 0,01$), поражение крупных складок (соответственно, 52,3% и 28,0%; $p < 0,05$), себорейных зон (соответственно, 88,6% и 58,0%; $p < 0,01$), ладоней и подошв (соответственно, 54,5% и 22,0%; $p < 0,01$), «дежурные бляшки» (соответственно, 95,5% и 76,0%; $p < 0,01$), симптом Кёбнера (соответственно, 88,6% и 56,0%; $p < 0,01$), «псориатическая корона» (соответственно, 88,6% и 58,0%; $p < 0,01$), эксфолиации (соответственно, 90,9% и 62,0%; $p < 0,01$), выраженное шелушение

волосистой части головы (соответственно, 95,4% и 74,0%; $p < 0,01$), большая частота деформации ногтевых пластинок по типу симптома Готтрона (соответственно, 95,0% и 79,5%; $p < 0,05$), онихолизис (соответственно, 67,5% и 29,5%; $p < 0,01$), онихогрифоз (соответственно, 55,0% и 22,7%; $p < 0,01$) и паронихии (соответственно, 75,0% и 34,1%; $p < 0,01$), чем при отсутствии УГХИ.

Сравнительная характеристика клинической формы и стадии у пациентов с псориазом и ПА, ассоциированных с УГХИ. При псориазе без ХИ чаще диагностировалась вульгарная форма дерматоза, чем при псориазе, ассоциированном с УГХИ (у 48,1% и 27,7%, соответственно; $p < 0,05$). Данная клиническая форма чаще выявлялась как при псориазе, так и ПА без УГХИ (у 48,1% и 16,0%, соответственно; $p < 0,01$), а также при псориазе без поражения суставов по сравнению с ПА (у 27,7% и 9,1%, соответственно; $p < 0,05$). Зимняя форма чаще определялась при псориазе как с УГХИ (у 44,7% и 20,5%, соответственно; $p < 0,05$), так и при его отсутствии (у 57,4 и 32,0%, соответственно; $p < 0,01$), в отличие от недифференцированной, которая доминировала при ПА с и без УГХИ (у 72,7%, и 58,0%; 36,2% и 31,5%, соответственно; $p < 0,01$). В 90,7-97,7% случаях диагностирована прогрессирующая стадия заболевания.

Сравнительная характеристика тяжести поражения кожи у пациентов с псориазом и ПА, ассоциированных с УГХИ. Максимальное значение индекса PASI было установлено при ПА в сочетании с УГХИ, оно составило 37,4 балла и было выше, чем при ПА без ХИ (соответственно, 30,7; $p < 0,05$). При псориазе, ассоциированном с ХИ, индекс PASI также был выше, чем при псориазе без хламидиоза (27,7 и 21,6; $p < 0,01$).

Сравнительная клинико-лабораторная характеристика суставного синдрома у пациентов с ПА, ассоциированным с УГХИ. У пациентов с ПА в сочетании с УГХИ чаще диагностировался полиартритический клинико-анатомический вариант (у 90,9% и 72,0%, соответственно; $p < 0,05$), III степень функциональной недостаточности (у 34,1% и 10,0%, соответственно; $p < 0,01$) и IV рентгенологическая стадия (у 31,8% и 10,0% пациентов, соответственно; $p < 0,01$), чем при отсутствии инфекционного агента. При оценке показателей активности суставного синдрома при ПА, ассоциированном с ХИ, установлено повышение числа болезненных (22,6 и 17,1, соответственно; $p < 0,01$) и воспаленных (10,4 и 7,0, соответственно; $p < 0,01$) суставов, усиление болей в суставах (62,0 мм ВАШ и 54,5 мм ВАШ, соответственно; $p < 0,01$), удлинение продолжительности утренней скованности (58,3 мин. и 47,4 мин., соответственно; $p < 0,01$) и более негативная оценка состояния здоровья пациентом (61,3 мм ВАШ и 54,2 мм ВАШ, соответственно; $p < 0,05$), по сравнению с группой ПА без УГХИ.

Клинико-лабораторная характеристика урогенитальной хламидийной инфекции у пациентов с псориазом и псориазическим артритом. Сравнительная клинико-лабораторная характеристика УГХИ у мужчин с псориазом и ПА. У большинства мужчин с псориазом без поражения суставов и ПА доминирующим симптомом были слизистые выделения из уретры (96,0% и 91,7%, соответственно; $p > 0,05$). У пациентов с псориазом без поражения суставов установлена достоверно большая частота встречаемости следующих симптомов: жжение в уретре (соответственно, у 44,0% и 16,7%; $p < 0,05$), чувство дискомфорта в уретре (соответственно, у 88,0% и 41,7%; $p < 0,01$), в паховой области (соответственно, у 48,0% и 12,5%; $p < 0,01$), в промежности (соответственно, у 40,0% и 12,5%; $p < 0,05$), слипание наружного отверстия уретры (соответственно, у 92,0% и 62,5; $p < 0,05$), гиперемия наружного отверстия уретры (соответственно, у 96,0% и 50,0%; $p < 0,01$), повышение количества лейкоцитов в материале из уретры более 10 в поле зрения (у 80,0% и 50,0%, соответственно; $p < 0,05$), чем у пациентов с ПА. В отличие от пациентов с псориазом без поражения суставов, при ПА достоверно чаще диагностировалось учащенное мочеиспускание (соответственно, у 75,0% и 24,0%; $p < 0,01$), боли в паховых областях и промежности (соответственно, у 75,0% и 40,0%; $p < 0,05$), нарушение половой функции (соответственно, у 66,7% и 12,0%; $p < 0,01$).

При сравнительной оценке изменений уретры с помощью сухой уретроскопии при ПА достоверно чаще выявлен твердый инфильтрат уретры (у 41,7% и 12,0%, соответственно; $p < 0,05$). В данной группе чаще встречались: болезненность (у 62,5% и 20,0%, соответственно; $p < 0,05$) и уплотнение предстательной железы (у 70,8% и 24,0%, соответственно; $p < 0,01$), увеличение количества лейкоцитов (у 66,7% и 16,0%, соответственно; $p < 0,01$) и эпителиальных клеток (у 58,3% и 20,0%, соответственно; $p < 0,01$), а также снижение количества лецитиновых зерен, выявленные при обследовании и микроскопии секрета предстательной железы (у 70,8% и 24,0%, соответственно; $p < 0,01$).

При псориазе без поражения суставов достоверно чаще диагностировался уретрит (соответственно, 76,0% и 25,0; $p < 0,01$), а при ПА – сочетание уретрита с простатитом (соответственно, 75,0% и 24,0; $p < 0,01$).

Сравнительная клинико-лабораторная характеристика УГХИ у женщин с псориазом и ПА. Характерным отличием сравниваемых групп явилось преобладание в симптоматике нарушений менструального цикла (соответственно, у 63,6% и 30,0%; $p < 0,05$) и увеличения придатков матки (соответственно, у 36,4% и 10,0%; $p < 0,05$) при псориазе без поражения суставов. Среди топических проявлений УГХИ, как при ПА, так и при псориазе без поражения суставов, чаще диагностирован эндоцервицит (у 45,2%).

Показатели клеточного и гуморального иммунитета у пациентов с псориазом и псориатическим артритом, ассоциированных с урогенитальной хламидийной инфекцией. У пациентов с псориазом без поражения суставов, ассоциированным с УГХИ, установлено уменьшение абсолютных значений Т-хелперов ($CD4^+$) (соответственно, $0,56 \times 10^9/\text{л}$ и $0,8 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,01$) и Т-киллеров/супрессоров ($CD8^+$) (соответственно, $0,51 \times 10^9/\text{л}$ и $0,75 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,01$) на фоне снижения абсолютных значений общих Т-лимфоцитов ($CD3^+$) (соответственно, $0,76 \times 10^9/\text{л}$ и $1,04 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,01$), чем при псориазе без ХИ.

При оценке клеточного звена иммунитета у пациентов с ПА, ассоциированным с УГХИ, установлено снижение более чем в 2 раза абсолютных значений Т-хелперов ($CD4^+$) (соответственно, $0,43 \times 10^9/\text{л}$ и $0,97 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,01$) и Т-киллеров/супрессоров ($CD8^+$) (соответственно, $0,44 \times 10^9/\text{л}$ и $0,89 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,01$), чем при ПА без ХИ. Изменение активности гуморального звена регистрировались в виде уменьшения в 2,8 раза абсолютного числа В-лимфоцитов ($CD19^+$) (соответственно, $0,3 \times 10^9/\text{л}$ и $0,8 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,01$). При сопоставлении функциональной активности нейтрофилов в обеих группах не выявлено существенных изменений, однако при ПА, ассоциированном с УГХИ, в 2,3 раза уменьшилось абсолютное число НК-клеток ($CD16^+$) (соответственно, $0,35 \times 10^9/\text{л}$ и $0,8 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,01$). Выявленные нарушения в иммунном статусе у пациентов с ПА, ассоциированным с УГХИ, послужили обоснованием для применения в составе комбинированной терапии иммунокорректирующих средств.

Лечение псориатического артрита, ассоциированного с урогенитальной хламидийной инфекцией. *Сравнительная оценка стадии и тяжести кожных проявлений у пациентов с ПА, ассоциированным с УГХИ, в динамике комбинированной терапии.* В группе пациентов, получавших лечение с помощью предложенного способа, установлено достоверное снижение частоты зуда кожи ($\chi^2=6,30$, $p < 0,05$), «дежурных бляшек» ($\chi^2=5,75$, $p < 0,05$) и эскориаций ($\chi^2=5,01$, $p < 0,05$) по сравнению с пациентами, получившими курс традиционной терапии. На 14 день терапии у 66,7% пациентов II и лишь у 26,1% I группы отмечен переход прогрессирующей стадии в стационарную ($\chi^2=5,74$, $p < 0,05$). После окончания терапии у пациентов II группы достоверно чаще, чем в I, регистрировалась регрессирующая стадия дерматоза (соответственно, в 57,1% и 17,4%; $\chi^2=5,88$, $p < 0,05$). При оценке результатов терапии через 6 месяцев установлено, что в группе, получавшей традиционное лечение, достоверно чаще регистрировалась прогрессирующая стадия болезни (соответственно, у 14, или 60,9%, и у 2, или 9,5%; $\chi^2=10,38$, $p < 0,01$). У 90,5% пациентов II группы, получавших лечение предложенным способом, через 6 месяцев после окончания терапии отмечалась стойкая ремиссия с преобладанием стационарной (у 61,9%) и регрессирующей (у 28,6%) стадии заболевания.

На 14 день терапии значения индекса PASI снизились в обеих группах без достоверных различий (соответственно, 24,6 и 20,8; $p > 0,05$). После окончания терапии значения индекса PASI в обеих группах соответствовали средней степени тяжести, однако во II группе были ниже (соответственно, 11,1 и 15,1; $p < 0,05$). Через 6 месяцев после окончания терапии средний показатель индекса PASI увеличился в обеих группах, однако у пациентов I группы он был выше (соответственно, 26,2 и 17,5; $p < 0,01$). После окончания терапии «PASI-ответ» 75, соответствующий выраженному улучшению клинической картины, чаще выявлялся во II группе (соответственно, у 57,1% и 17,4%; $\chi^2 = 5,87$, $p < 0,05$).

Сравнительная оценка суставных проявлений у пациентов с ПА, ассоциированным с УГХИ, в динамике комбинированной терапии. После окончания терапии у пациентов II группы достоверно чаще отмечалось снижение количества болезненных суставов, уменьшение болевого синдрома, выраженности и продолжительности утренней скованности, СОЭ. Через 6 месяцев после окончания терапии удалось достичь достоверного снижения большинства показателей активности суставного синдрома (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели активности суставного синдрома до лечения, после и через 6 месяцев у пациентов с ПА, ассоциированным с УГХИ

Показатели активности	Группы, период наблюдения					
	до лечения		после лечения		через 6 месяцев	
	I (n=23)	II (n=21)	I (n=23)	II (n=21)	I (n=23)	II (n=21)
Число болезненных суставов	23,0	22,2	19,1**	12,5	20,3**	11,3
Число воспаленных суставов	10,0	10,9	6,7	4,7	7,2**	3,8
Боль в суставах, мм ВАШ	60,7	63,6	40,9**	29,8	40,7**	25,7
Боль в позвоночнике, мм ВАШ	27,2	21,4	21,1**	7,9	21,3**	6,2
Выраженность утренней скованности, мм ВАШ	49,1	49,3	38,5**	27,4	37,8**	23,1
Продолжительность утренней скованности, мин	62,0	54,3	49,8**	28,3	45,2**	25,7
Оценка состояния здоровья пациентом, мм ВАШ	60,0	62,6	49,8	44,8	45,7**	24,3
СОЭ, мм/ч	28,5	30,8	25,8*	18,8	27,7**	17,4

Примечания:

1) I – группа пациентов, получавших традиционную терапию ПА и УГХИ

2) II – группа пациентов, получавших терапию ПА и УГХИ разработанным способом

3) ВАШ – визуальная аналоговая шкала

4) *, ** – значение группы I достоверно отличается от группы II ($p < 0,05$ и $p < 0,01$, соответственно).

После проведенной терапии у 7 (30,4%) пациентов I и лишь у 3 (14,3%) II группы сохранилась максимальная степень активности суставного синдрома. Однако у пациентов II группы достоверно чаще, чем в I после лечения, диагно-

стирована минимальная степень активности (соответственно, 47,6% и 13,0%, $\chi^2=4,75$, $p<0,05$). Через 6 месяцев после окончания терапии больше всего пациентов с минимальной воспалительной активностью установлено в группе, получавшей лечение предложенным способом (соответственно, 57,1% и 8,7%; $\chi^2=9,74$, $p<0,01$). Лечение предложенным способом позволило получить выраженный клинический эффект у 47,6%, а традиционным – лишь у 13,0% пациентов ($\chi^2=4,75$, $p<0,05$).

Сравнительная оценка иммунологических показателей у пациентов с ПА, ассоциированным с УГХИ, в динамике комбинированной терапии. Через 1 месяц после окончания терапии в группе пациентов, получавших лечение предложенным способом, отмечено достоверное повышение относительного содержания зрелых Т-лимфоцитов (CD3⁺) (соответственно, 47,6% и 40,6%; $p<0,05$), соотношения ИРИ (соответственно, 1,5 и 1,1; $p<0,01$), ФИ и ФЧ (соответственно, 74,0% и 8,5 и 61,2% и 7,1; $p<0,01$), Ig классов А (соответственно, 2,6 мг/мл и 1,54 мг/мл; $p<0,05$) и G (соответственно, 14,1 мг/мл и 9,5 мг/мл; $p<0,05$); достоверное снижение абсолютного (соответственно, $0,28 \times 10^9$ /л и $0,39 \times 10^9$ /л; $p<0,05$) и относительного значения (соответственно, 15,2% и 22,0%; $p<0,05$) ИЛ-2-рецепторнесущих лимфоцитов (CD25⁺), чем при традиционной терапии.

Сравнительная оценка иррадикации S.trachomatis и качества жизни у пациентов с ПА, ассоциированным с УГХИ, в динамике комбинированной терапии. После окончания терапии маркеры УГХИ выявлены лишь у 2 пациентов II и у 9 I группы, а через 6 месяцев – еще у 3 пациентов, получавших традиционную терапию, и не выявлены у лиц, получавших лечение предложенным способом. После окончания терапии в группе пациентов, получавших лечение предложенным способом, достоверно чаще диагностирована легкая (соответственно, у 38,1% и у 8,7%; $\chi^2=3,85$, $p<0,05$) и реже – тяжелая степень снижения качества жизни (соответственно, у 9,5% и у 47,8%; $\chi^2=6,00$, $p<0,05$). Через 6 месяцев после завершения терапии у пациентов, получавших традиционное лечение, достоверно чаще установлена тяжелая степень (соответственно, у 60,9% и у 14,3%; $\chi^2=8,17$, $p<0,01$). При этом у 85,7% пациентов II группы доминировала легкая и средняя степень снижения качества жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Частота выявления S.trachomatis у больных псориазом составляет 14,3%, снижаясь до 10,6% при псориазе без поражения суставов и увеличиваясь до 22,7% при ПА. При этом методы этиологической верификации возбудителя имеют разное диагностическое значение, в связи с чем при псориазе без поражения суставов, ассоциированном с УГХИ, необходимо использовать минимум

2 метода диагностики, причем стартовым должен быть ПИФ, а арбитражным - ПЦР. При ПА, ассоциированном с УГХИ, ИФА (IgG) является стартовым, а ПЦР – арбитражным методом, в отличие от ПИФ, который служит дополнительным методом диагностики.

У 42,6% пациентов с псориазом без поражения суставов ХИ протекает в виде микст-инфекции (уреа- и микоплазмы, трихомонады, кандиды), ассоциируясь с другими возбудителями ИППП, в отличие от ПА, при котором в 77,3% случаев доминирует монохламидийная инфекция. 61,8% обследованных с псориазом без поражения суставов и 86,3% с ПА в прошлом перенесли ИППП, среди которых УГХИ достоверно чаще встречалась у пациентов с ПА (соответственно, 29,7% и 61,5%; $p < 0,01$).

УГХИ снижает качество жизни как пациентов с псориазом без поражения суставов, так и с ПА, приводя к тяжелой степени снижения качества жизни (у 57,4% и у 88,6%, соответственно) [3, 5, 7, 9].

2. УГХИ оказываетотягощающее влияние на течение псориаза без поражения суставов, о чем свидетельствует характер кожных проявлений: более высокая частота встречаемости зуда, жжения, болезненности, поражения кожи крупных складок, себорейных зон, ладоней и подошв, дежурных бляшек, симптома Кёбнера, эксфолиаций, выраженного шелушения волосистой части головы, симптома псориатической короны, деформаций ногтевых пластинок по типу симптомов Геллера и Готтрона, а также высокая тяжесть поражения кожного покрова (индекс PASI соответственно, 27,7 баллов и 21,6 баллов; $p < 0,01$), чем при отсутствии инфекционного агента.

Кожные проявления ПА, ассоциированного с УГХИ, характеризуются более тяжелым течением, чем при отсутствии *S. trachomatis*, в частности: зудом, болезненностью, парестезиями, поражением кожи крупных складок, себорейных зон, ладоней и подошв, дежурными бляшками, симптомом Кёбнера, эксфолиациями, выраженным шелушением волосистой части головы, симптомом псориатической короны, большей частотой деформации ногтевых пластинок по типу симптома Готтрона, онихолизиса, онихогрифоза, паронихиями, максимальной степенью тяжести поражения кожного покрова (индекс PASI соответственно, 37,4 балла и 30,7 балла; $p < 0,05$).

УГХИ оказывает негативное влияние на течение и показатели активности суставного синдрома при ПА, формируя у 90,9% обследуемых полиартритический тип болезни с вовлечением в процесс большего числа болезненных (22,6) и воспаленных (10,4) суставов, более выраженный болевой синдром (62,0 мм. ВАШ), большую продолжительность утренней скованности (58,3 мин) [1, 5, 8].

3. Клиническими проявлениями УГХИ при псориазе без поражения суставов у мужчин были симптомы, характерные для хронического уретрита. Поражение урогенитального тракта у мужчин с ПА, ассоциированным с УГХИ,

проявляется более тяжелой симптоматикой с вовлечением в воспалительный процесс у 75,0% обследованных как уретры, так и предстательной железы. Среди топических проявлений УГХИ у женщин, как при ПА, так и при псориазе без поражения суставов, чаще диагностирован эндоцервицит (у 45,2%) [3].

4. В сравнительном аспекте клеточный иммунитет у пациентов с псориазом, ассоциированным с УГХИ, находится в более иммуносупрессивном состоянии, чем при отсутствии инфекционного агента, что подтверждается двукратным снижением числа активированных лимфоцитов, уменьшением абсолютных значений Т-хелперов ($CD4^+$) и Т-киллеров/супрессоров ($CD8^+$) на фоне снижения абсолютных значений общих Т-лимфоцитов ($CD3^+$). Кроме того, выраженное подавление функциональной активности нейтрофилов у пациентов с псориазом без поражения суставов, ассоциированным с УГХИ, свидетельствует о нарушениях механизмов, связанных с регуляцией возросшего количества ЦИК.

При ПА, ассоциированном с УГХИ, в основе иммунологических нарушений ведущую роль играют Т-лимфоциты, о чем свидетельствует снижение абсолютных значений Т-лимфоцитов ($CD3^+$), Т-хелперов ($CD4^+$) и Т-киллеров/супрессоров ($CD8^+$). У пациентов с УГХИ на фоне изменения активности гуморального звена в виде уменьшения в 2,8 раза абсолютного числа В-лимфоцитов ($CD19^+$) и повышения общей концентрации определяемых классов иммуноглобулинов отмечено уменьшение в 2,3 раза абсолютного числа НК-клеток ($CD16^+$) [4].

5. Способ лечения ПА, ассоциированного с УГХИ, предусматривающий проведение комбинированного лечения, включающего назначение антибиотиков и пирогенала по оригинальной схеме введения, доказал свою эффективность в виде достижения положительной динамики основных кожных проявлений псориаза после курса терапии (зуд, «дежурные бляшки», эксфолиации), трансформации заболевания в регрессирующую стадию у достоверно большего числа пациентов через 2 недели терапии (у 66,7%) с сохранением положительной динамики после окончания лечения (у 95,2%) и через полгода (у 90,5%), а также выраженного улучшения клинической картины у 57,1% пациентов после лечения («PASI-ответ» 75), стойкого снижения индекса PASI после лечения (11,1 балла) и через 6 месяцев (17,5 баллов) по сравнению с группой, получавшей традиционную терапию.

После окончания терапии удалось добиться снижения активности суставного синдрома, сохранить стойкую нормализацию показателей активности в течение полугода, получить выраженный клинический эффект у достоверно большего числа пациентов (соответственно, у 47,6% и 13,0%; $p < 0,05$).

Комбинированное лечение приводит к нормализации основных показателей клеточного и гуморального звена иммунитета в виде повышения относительного содержания зрелых Т-лимфоцитов ($CD3^+$), соотношения ИРИ, фаго-

цитарной активности нейтрофилов (фагоцитарный индекс и фагоцитарное число), Ig классов А и G, а также снижения абсолютного и относительного значения ИЛ-2-рецепторнесущих активированных лимфоцитов (CD25⁺).

Использование предложенного способа лечения ПА, ассоциированного с УГХИ, в 90,5% случаев приводит к развитию стойкой микробиологической и клинической излеченности ХИ в течение всего периода наблюдений.

Лечение предложенным способом значительно улучшает качество жизни у достоверно большего количества пациентов: после курса терапии зафиксирована легкая степень (соответственно, у 38,7% и у 8,7%; $p < 0,05$), в течение полугода после курса терапии у 85,7% обследованных – легкая и средняя степень, тогда как у лиц, получавших традиционное лечение, достоверно чаще регистрировалась тяжелая степень снижения качества жизни как после завершения курса лечения (соответственно, у 47,8% и у 9,5%; $p < 0,01$), так и через 6 месяцев (соответственно, у 60,9% и у 14,3%; $p < 0,01$) [2, 6, 10].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. Способ лечения ПА, ассоциированного с УГХИ, включающий назначение антибиотиков и пирогенала по предложенной схеме, является этиопатогенетически обоснованным способом терапии. Утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь инструкция по применению «Способ лечения осложненных форм хронической хламидийной инфекции» (регистрационный номер № 081-0808), может использоваться практическими учреждениями здравоохранения при оказании специализированной медицинской помощи больным с ПА, ассоциированным с УГХИ, что подтверждается актами о внедрении результатов научного исследования в работу Гродненского, Гомельского, Могилёвского и Витебского областных кожно-венерологических диспансеров. Преимуществом предложенного способа является его доступность, простота выполнения, достижение стойкой элиминации возбудителя и выраженного клинического эффекта в более короткие сроки, снижение частоты рецидивов [10].

2. Данные о клинико-лабораторных особенностях и оптимизации лечения ПА, ассоциированного с УГХИ, используются в ходе изложения соответствующей темы сотрудниками кафедр дерматовенерологии всех медицинских ВУЗов Республики Беларусь, о чем свидетельствуют акты о внедрении результатов научного исследования в учебный процесс.

3. Для дифференциальной диагностики хламидийных и нехламидийных поражений суставов целесообразным представляется включение методики определения антител к *C. trachomatis* методом ИФА в клинические протоколы диагностики и лечения ИППП.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ АВТОРА ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи, опубликованные в научных изданиях, включенных в перечень ВАК Республики Беларусь

1. Конкин, Д.Е. Клинико-лабораторная характеристика псориаза, ассоциированного с урогенитальным хламидиозом у мужчин / Д.Е. Конкин // *ARS medica. Искусство медицины.* – 2010. – № 8. – С. 56–63.
2. Конкин, Д.Е. Лечение артропатического псориаза, ассоциированного с урогенитальным хламидиозом / Д.Е. Конкин, Д.Ф. Хворик // *Рецепт.* – 2011. – № 2. – С.163–172.
3. Конкин, Д.Е. Особенности течения хламидийной инфекции у пациентов с псориазом / Д.Е. Конкин // *Репродуктивное здоровье.* – 2011. – № 3. – С. 108–116.
4. Конкин, Д.Е. Показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных псориазом при наличии и отсутствии урогенитального хламидиоза / Д.Е. Конкин, М.В. Горецкая // *Журн. Гродн. гос. мед. ун-та.* – 2011. – № 2. – С. 57–62.
5. Конкин, Д.Е. Сравнительная клинико-лабораторная характеристика и качество жизни пациентов с псориазом при наличии и отсутствии урогенитального хламидиоза / Д.Е. Конкин // *Мед. панорама.* – 2011. – № 1. – С. 21–24.

Тезисы докладов, материалы конференций

6. Комбинированная терапия хламидиоиндуцированной артропатии / Д.Ф. Хворик, В.М. Цыркунов, Д.Е. Конкин, А.А. Гулинский, Т.М. Романчук // *Актуальные вопросы инфекций, передаваемых половым путем : материалы II междунар. симп., г. Гродно, 23 окт. 2008 г. – Гродно, 2008.* – С. 99–103.
7. Конкин, Д.Е. Качество жизни женщин, больных псориазом, ассоциированным с урогенитальным хламидиозом / Д.Е. Конкин // *Проблемы общественного здоровья, здравоохранения, сестринского дела и истории медицины : материалы науч. конф., г. Гродно, 10 дек. 2010 г. – Гродно, 2010.* – С. 104–106.
8. Конкин, Д.Е. Клинические особенности псориаза, ассоциированного с урогенитальным хламидиозом у мужчин / Д.Е. Конкин // *Актуальные вопросы диагностики и лечения социально значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем : материалы междунар. науч.-практ. конф., г. Витебск, 16-17 сент. 2010 г. – Витебск, 2010.* – С. 67–69.
9. Конкин, Д.Е. Качество жизни больных псориазом артритом при наличии и отсутствии урогенитального хламидиоза / Д.Е. Конкин // *Сборник материалов конференции студентов и молодых ученых, посвящ. памяти про-*

фессора М.П. Шейбака, г. Гродно, 14-15 апр. 2011 г. – Гродно, 2011. – С. 221-222.

Инструкция по применению

10. Способ лечения осложненных форм хронической хламидийной инфекции : инструкция по применению № 081–0808 : утв. 03.10.2008 г. / Министерство здравоохранения Республики Беларусь; сост. Д.Ф. Хворик, В.М. Цыркунов, Д.Е. Конкин. – Гродно, 2008. – 10 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

РЭЗІЮМЭ

Конкін Дзмітрый Яўгеньевіч

Клініка-лабараторная характарыстыка і комплекснае лячэнне псарыязу, асацыіраванага з урагенітальнай хламідыйнай інфекцыяй

Ключавыя словы: псарыяз, псарыятачны артрыт (ПА), урагенітальная хламідыйная інфекцыя (УГХІ), клініка, дыягностыка, лячэнне.

Аб'ект даследавання: 637 хворых на псарыяз і псарыятачны артрыт.

Мэта даследавання: павысіць эфектыўнасць лячэння псарыязу, асацыіраванага з урагенітальнай хламідыйнай інфекцыяй, з улікам клініка-лабараторных асаблівасцей ходу захворвання.

Метады даследавання: агульнаклінічны, бактэрыяскапічны, сералагічны, малекулярна-біялагічны, імуналагічны, інструментальны, статыстычны.

Атрыманыя вынікі і іх навізна. Устаноўлена частата інфіцыравання *S. trachomatis* і другімі інфекцыямі, якія перадаюцца палавым шляхам, асаблівасці ходу і якасці жыцця ў пацыентаў з рознымі клінічнымі формамі псарыязу, асацыіраванага з УГХІ. Выяўлена значэнне розных метадаў этыялагічнай дыягностыкі УГХІ ў залежнасці ад клінічных праяўленняў і ўскладненняў псарыязу. Даказана, што пры псарыязе, асацыіраваным з УГХІ, адбываецца ўзаемнае абцяжарванне ходу абодвух захворванняў, абумоўліваючы больш высокі цяжар пашкоджання скурнага покрыва, а таксама пераважнае развіццё поліартрытычнага тыпу пашкоджання суставага апарату, уцягванне ў працэс большай колькасці балючых і запалёных суставаў, што суправаджаецца больш выражаным болевым сіндромам і павелічэннем працягласці ранішняй скаванасці. Устаноўлены асаблівасці тапічнай паталогіі ўрагенітальнага тракта пры УГХІ ў мужчын і жанчын у залежнасці ад клінічнай формы псарыязу. На падставе парушэнняў паказчыкаў клетачнага і гумаральнага імунітэту абгрунтавана мэтазгоднасць прымянення ліпаполісахарыду ў складзе камбінаванай тэрапіі ПА, асацыіраванага з УГХІ. Даказана, што выкарыстанне прапанаванага спосабу тэрапіі псарыятачнага артрыту, асацыіраванага з урагенітальным хламідыёзам, забяспечвае выражаны клінічны эфект, развіццё стойкай мікрабіялагічнай вылучнасці, нармалізацыю асноўных паказчыкаў імунітэту і паляпшэнне якасці жыцця ў большасці пацыентаў на працягу ўсяго перыяду назіранняў, у адрозненне ад традыцыйнай схемы лячэння.

Рэкамендацыі па выкарыстанню: ва ўстановах аховы здароўя, што аказваюць дапамогу хворым на псарыяз, ПА і УГХІ.

Вобласць прымянення: дэрматавенералогія, уралогія, акушэрства і гінекалогія, інфекцыйныя хваробы.

РЕЗЮМЕ

Конкин Дмитрий Евгеньевич

Клинико-лабораторная характеристика и комплексное лечение псориаза, ассоциированного с урогенитальной хламидийной инфекцией

Ключевые слова: псориаз, псориатический артрит (ПА), урогенитальная хламидийная инфекция (УГХИ), клиника, диагностика, лечение.

Объект исследования: 637 пациентов с псориазом и псориатическим артритом.

Цель исследования: повысить эффективность лечения псориаза, ассоциированного с урогенитальной хламидийной инфекцией, с учетом клинико-лабораторных особенностей течения заболевания.

Методы исследования: общеклинический, бактериоскопический, серологический, молекулярно-биологический, иммунологический, инструментальный, статистический.

Полученные результаты и их новизна. Установлены частота инфицирования *S. trachomatis* и другими ИППП, особенности течения и качества жизни у пациентов с различными клиническими формами псориаза, ассоциированного с УГХИ. Определено значение разных методов этиологической диагностики УГХИ в зависимости от клинических проявлений и осложнений псориаза. Доказано, что при псориазе, ассоциированном с УГХИ, происходит взаимное отягощение течения обоих заболеваний, обуславливая более высокую тяжесть поражения кожного покрова, а также преимущественное развитие полиартритического типа поражения суставного аппарата, вовлечение в процесс большего числа болезненных и воспаленных суставов, сопровождающихся более выраженным болевым синдромом и увеличением продолжительности утренней скованности. Установлены особенности топической патологии урогенитального тракта при УГХИ у мужчин и женщин в зависимости от клинической формы псориаза. На основании нарушений показателей клеточного и гуморального иммунитета обоснована целесообразность применения липополисахарида в составе комбинированной терапии ПА, ассоциированного с УГХИ. Доказано, что использование предложенного способа терапии ПА, ассоциированного с УГХИ, обеспечивает выраженный клинический эффект, развитие стойкой микробиологической излеченности, нормализацию основных показателей иммунитета и улучшение качества жизни у большинства пациентов в течение всего периода наблюдений, в отличие от традиционной схемы лечения.

Рекомендации по использованию: в учреждениях здравоохранения, оказывающих помощь больным псориазом, ПА и УГХИ.

Область применения: дерматовенерология, урология, акушерство и гинекология, инфекционные болезни.

SUMMARY

Konkin Dzmitry Evgenyevich

Clinical-laboratory characteristic and complex treatment of psoriasis associated with urogenital chlamydial infections

Key words: psoriasis, psoriatic arthritis (PA), urogenital chlamydial infection (UGCI), clinical picture, diagnosis, treatment.

Object of research: 637 patients with psoriasis and psoriatic arthritis.

Purpose of research: increase treatment effectiveness of psoriasis associated with urogenital chlamydial infections, taking into account clinical-laboratory peculiarities of the disease.

Methods of research: general clinical, bacterioscopic, serological, molecular-biological, immunological, instrumental, statistical.

The obtained results and their novelty. Frequency of *C. trachomatis* and other sexually-transmitted infections contamination was detected as well as peculiarities of life quality of patients with different clinical forms of psoriasis, associated with UGCI. Significance of various methods of UGCI diagnosis depending on clinical representation and psoriasis complications is detected. It has been proved that in psoriasis associated with UGCI both diseases have a more severe course, what causes a higher severity of skin lesions and dominating development of ligamentous apparatus polyarthritic lesions as well as involvement in the process of a large number of painful and inflamed joints with pain syndrome and prolonged morning stiffness. The peculiarities of topical pathology of urogenital tract in UGCI in men and women depending on clinical form of psoriasis were detected. On the basis of disorder indexes of cellular and humoral immunity the reasonability of lipopolysaccharide application in PA therapy, associated with UGCI was grounded. It has been proved, that application of suggested method of therapy of PA, associated with UGCI provides the evident clinical effect, development of persistent microbiological recovery, normalization of major immunity indexes and improvement of life quality in majority of patients during all the period of observation what cannot be said about traditional scheme of treatment.

Recommendations for use: in healthcare institutions, assisting patients with psoriasis, PA and UGCI.

Field of application: dermatovenerology, urology, obstetrics and gynaecology, infectious diseases.

КОНКИН Дмитрий Евгеньевич

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА,
АССОЦИИРОВАННОГО С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ
ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.10 – кожные и венерические болезни

Подписано в печать 22.11.2011.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Ризография.
Усл. печ. л. 1,40. Уч.-изд. л. 1,30. Тираж 80 экз. Заказ 213.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.