

# Особливості санації урогенітальних інфекцій у хворих на артропатичний псоріаз

Колева Н. М.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Представлено методи діагностики і санації урогенітальних інфекцій у хворих на артропатичний псоріаз. Показано високу терапевтичну ефективність запропонованого метода санації інфекційних агентів у 60 хворих на артропатичний псоріаз, асоційований з урогенітальними інфекціями.

**Ключові слова:** артропатичний псоріаз, урогенітальні інфекції, методи дослідження, діагностика, хламідійна і трихомонадна інфекції, лікування.

Псоріаз є одним з найбільш поширених шкірних захворювань мультифакторної природи, який з різною частотою зустрічається по всій Земній кулі. У різних країнах страждає на псоріаз, за даними численних досліджень, від 2 до 7-10 % населення. Серед пацієнтів дерматологічних стаціонарів, хворі на псоріаз складають близько 15-20 %. Останнім часом все більша кількість дослідників говорять про псоріаз, як про системну «псоріатичну хворобу» з домінуючими проявами шкірного процесу. Це положення підкріплюється даними про системні імунні зміни генетичної природи і часте залучення до процесу опорно-рухового апарату і внутрішніх органів [1-3].

Артропатичний псоріаз (АП) – захворювання, яке відноситься до групи серонегативних спондилоартритів, до складу яких входять:

- анкілозуючий спондилоартрит;
- реактивні артрити;
- ентеропатичні артрити;
- ювенільний хронічний артрит;
- SAPHO-синдром.

З позиції сучасної оцінки патоморфологічного стану, ПА є прогресуючим деформуючим поліартритом [3, 4, 6].

В останній час збільшилась частота та «омолодження» патології кісток і суглобів у хворих на псоріаз. Прогресуючий деструктивний характер артритичних проявів псоріатичної хвороби, різноманітність патогенетичних механізмів розвитку та клінічних проявів, відсутність чітких алгоритмів діагностики, недостатня ефективність терапії – далеко не повний перелік факторів, які зумовлюють актуальність артропатичного псоріазу як медико-соціальної

проблеми, приваблюючої увагу дерматовенерологів та лікарів багатьох суміжних дисциплін.

Урогенітальні інфекції (УГІ), безумовно, мають певне значення на ініціальних етапах розвитку АП та впливають на подальшу динаміку аутоімунного процесу, суттєво погіршуючи якість життя пацієнтів. Тому велике практичне значення мають питання щодо вдосконалення методології в діагностиці сполученої патології, вивчення її клініко-лабораторних особливостей, особливостей реакцій мікро- та макроорганізму, які спостерігаються при цьому стані [4-8].

Нераціональне, стереотипне лікування хворих на АП, асоційований з УГІ, призводить до взаємного потенціювання патологічних процесів та стійкої інвалідизації пацієнтів; тому особливо гостро виникає потреба в розробці диференційованих комплексних методів санації УГІ на тлі загальної терапії.

**Мета роботи:** підвищити ефективність методики санації УГІ у хворих на АП через удосконалення існуючих та розробки нових алгоритмів діагностики і лікування з урахуванням поглибленого вивчення особливостей перебігу коморбідних процесів.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилось 60 хворих на АП, асоційований з УГІ (22 жінки та 38 чоловіків віком від 25 до 67 років; середній вік склав  $43,8 \pm 5,2$  року). Усі хворі на АП були консультовані суміжними спеціалістами:

- терапевтом;
- кардіологом;
- ревматологом;
- гастроентерологом;

- ендокринологом;
- імунологом;
- невропатологом;
- урологом;
- гінекологом.

Клінічна характеристика спостережуваних хворих проводилась з урахуванням основного захворювання, де зверталась увага на шкірні та суглобні клінічні прояви псоріазу, а також на результати комплексного обстеження на урогенітальні інфекції. Клінічний діагноз базувався на ретельному вивченні:

- анамнестичних даних;
- клінічних проявів хвороби;
- результатів комплексу клініко-лабораторних досліджень.

Хворі на АП, які були під нашим спостереженням, розподілилися таким чином:

- за сімейний станом:

1) знаходились в шлюбі – 47 (78,3 %) хворих;

2) не були у шлюбі та пов'язували це зі своїм захворюванням – 5 (8,3 %);

3) були розведені – 8 (13,3%);

- за соціальним станом:

1) службовці – 6 (10,0 %);

2) робітники – 20 (33,3%);

3) приватні підприємці – троє (5,0 %);

4) пенсіонери – четверо (6,7 %);

5) не працюючі – 27 (45,0 %).

У більшості хворих на АП давність захворювання становила:

- для хворих із шкірними проявами хвороби:

1) від 6 до 10 років – у 33 (27,5 %) хворих;

2) від 10 до 15 років – у 32 (26,7 %);

- для хворих із суглобними проявами хвороби:

1) від одного до 5 років – у 58 (48,3 %);

2) від 6 до 10 років – у 34 (28,3 %) хворих.

Переважаючі давності захворювання із шкірними проявами над суглобними вказує на те, що у переважній більшості хворих на АП спочатку виникало ураження шкірних покривів, а потім суглобів.

Тяжкість ураження шкіри у хворих на псоріаз, поширеність патологічного стану проводили за індексом *PASI*.

Для вивчення показників активності суглобового синдрому враховувалися:

- гемодинамічні показники;
- болі у суглобах;
- тривалість суглобної скутості вранці;
- функціональна здатність хворого.

Активність патологічного процесу шкірних

проявів псоріазу в прогресуючу стадію супроводжувалась активацією запальних проявів опорно-рухового апарату.

Ретельно зібраний анамнез дав можливість установити зв'язок виникнення захворювання, появ рецидивів патологічного стану із сезонними періодами року; базуючись на цьому, було встановлено:

- осінньо-зимовий тип псоріазу – у 41 хворого (68,3 %);

- весняно-літній тип псоріазу – у 10 (16,7 %) хворих;

- недиференційований тип псоріазу – у 9 (15,0 %) хворих.

Серед перенесених хвороб домінували:

- застудні захворювання – у 60 (100%) хворих;

- гнійно-запальні захворювання та враження шкіри – у 35 (58,3 %) хворих.

На перенесення в минулому захворювань вказали:

- 15 (25 %) хворих – на урологічну патологію;

- 12 (20 %) хворих – на неврологічну патологію;

- 11 (18 %) хворих – на шлунково-кишкову патологію.

- 6 (10 %) хворих – на перенесені серцево-судинні захворювання.

Серед супутньої патології у хворих на АП, які були під нашим спостереженням, превалювала патологія з боку серцево-судинної системи та захворювання неврологічного характеру.

Ретельно та довірливо зібраний анамнез дозволив нам встановити у хворих на АП, які були під нашим спостереженням, перенесені захворювання, спричинені УГІ. Більшість, понад 34 % хворих перенесли хламідійну і біля 20 % – трихомонадну інфекцію.

Виявлення УГІ базувалось на комплексному обстеженні спостережуваних нами хворих на АП. Для досягнення поставленої мети, у хворих проводилися дослідження, передбачені чинними нормативними актами МОЗ України:

- фізикальні та загальні клініко-лабораторні дослідження;

- комплексне клініко-лабораторне дослідження на збудники УГІ;

- комплексне клініко-інструментальне обстеження стану урогенітальної системи.

При відсутності гостро-запальних явищ проводили пальцеве дослідження передміхурової залози з наступним одержанням секрету і уре-

троскопію. Проводили трансректальне сканування передміхурової залози та ультразвукове – органів сечостатевої системи.

Статистична обробка результатів, отриманих у дослідженні, проводилася за допомогою загальноприйнятих у медично-біологічних дослідженнях параметричних і непараметричних методів статистичного аналізу на персональному комп'ютері за допомогою програм *Statistica v.6.0* («StatSoft», USA) та *Microsoft Excel*.

#### Результати дослідження та їх обговорення.

Під час клінічного обстеження хворих на АП було встановлено, що обмежений шкірний процес – у вигляді поодиноких псоріатичних бляшок з чіткими межами, розташованих на шкірі тулуба і кінцівок – з індексом *PASI* не більше 10 був у трьох хворих. У решті хворих на АП, які були під нашим спостереженням, шкірний процес був більш-менш розповсюджений, інколи – з тенденцією до дисемінації по всьому шкірному покриву і з індексом *PASI* від 10 до 50.

Комплексне клініко-лабораторне обстеження хворих на АП дозволило виявити

- хламідійну інфекцію – у 60 (100,0 %) хворих; серед них хламідії виявлені:

1) у вигляді моноінфекції – у 17 (28,3 %);

2) у комбінації з іншими інфекціями – у 43 (71,7 %);

- трихомонадну інвазію – у 20 (33,3 %);

- мико-уроеаплазменну інфекцію – у 23 (38,3%) хворих.

У жінок, хворих на АП, які були під нашим спостереженням, уражалася слизова:

- цервікального каналу – у 22 (100 %) жінок;

- уретри – у 15 (68,2 %);

- піхви – у 5 (22,7 %);

- шийки матки – у 3 (13,6 %).

Придатки матки уражались у 6 (27,7 %) жінок.

Дані акушерсько-гінекологічного анамнезу свідчать про те, що жінки, хворі на АП, асоційований з УГІ, які були під нашим спостереженням, у минулому страждали на гінекологічні захворювання і неодноразово отримували лікування; найбільш частою патологією були:

- порушення менструального циклу – у 9 (40,9%) жінок;

- ідіопатичне безпліддя – у 11 (50,0 %) жінок.

Головними скаргами жінок з боку урогенітальних органів були:

- незначні виділення із статевих органів, які посилювались під час менструації, – у 19 (86,4 %) жінок;

- свербіж шкіри і слизових статевих органів перед та під час менструації – у 10 (45,5 %);

- печія – у 6 (27,3 %);

- болючість та дискомфорт унизу живота – у 9 (40,9 %) жінок.

Аналіз андролого-урологічного анамнезу дозволив нам встановити, що хворі чоловіки неодноразово зверталися за медичною допомогою та отримували лікування у лікарів урологів, андрологів та дерматовенерологів. Найбільш частими захворюваннями були:

- неспецифічний (бактеріальний) уретрит;

- баланопостит;

- хронічний простатит.

На безплідний шлюб вказували 23 (60,5 %) хворих.

Хворі, які були під нашим спостереженням, активно жалоб з боку урогенітальних органів не висказували. На наявність запального процесу урогенітальних органів вказували суб'єктивні скарги хворих, на які потрібно було акцентувати увагу хворого під час збору анамнезу. Із суб'єктивних жалоб потрібно відмітити:

- періодичну наявність свербіжу і дискомфорту в уретрі – у 24 (63,2 %) чоловіків;

- незначну болючість в органах калитки та промежині – у 10 (26,3 %);

- почуття болю в попереково-крижовій області – у 18 (47,4 %) чоловіків.

У значній більшості хворих чоловіків були відмічені незначні виділення з уретри, які носили слизовий характер. У 28,6 % вільних виділень з уретри не спостерігалось.

Топічна діагностика ураження урогенітальних органів у хворих чоловіків на АП, які були під нашим спостереженням, дозволила в усіх 100 % установити хронічний уретрит і хронічний простатит з в'ялим перебігом патологічного стану. Ураження структурно-морфологічних складових слизової уретри та її залоз, а також хронічне ураження передміхурової залози вказують на те, що запальний процес у структурах урогенітальних органів носить давній, хронічний характер.

УЗД дозволило досить чітко виявити інфільтративно-проліферативні зміни, мікроабсцеси, камені та ділянки фіброзного перетворення в органах малого тазу.

Однією з особливостей перебігу УГІ у хворих на АП є наявність багатьох осередків ураження запальним процесом органів малого тазу, які в більшості випадків розцінювались лікарями гінекологами і урологами, як прояви неспе-

цифичного запального процесу.

Відповідно до поставленої мети роботи, усі хворі на АП, асоційований з УГІ, були рандомізовані на дві групи по 30 пацієнтів – основну і порівняльну.

При визначенні *Trichomonas vaginalis* в асоціації інфекційних агентів, санація інфекції хворим на АП, асоційований із УГІ, проводилося поетапно:

- на першому етапі антибактеріальної терапії призначали препарати нітроїмідазольної групи в загально прийнятих дозуваннях;

- на другому – антибіотики.

Для санації халмідійної і уреа-микоплазменої інфекції призначали послідовно напівсинтетичний препарат тетрацикліну та препарат з групи макролідів нового покоління. Під час вибору препаратів враховувався той факт, що *Chlamydia trachomatis* – внутрішньоклітинний облігатний паразит, тому препарати повинні обов'язково проникати у клітину і бути здатними до внутрішньоклітинної кумуляції. Цим вимогам відповідають фармацевтичні препарати групи тетрациклінів, макролідів і фторхінолонів.

Хворим на АП, асоційований з УГІ, доксициклін призначали по 100 мг двічі на добу протягом 10 днів (на перше приймання – 200 мг). Після закінчення прийому доксицикліну цим хворим призначали азитроміцин в курсовій дозі 3,0 г; перший прийом – 1,0 г за одну годину до прийому їди або через 2,5 години після прийому їди. Доза азитроміцину при наступних прийомах препарату складала 0,5 г.

Хворим на АП, асоційований з УГІ, основної групи перед призначенням антибактеріальних препаратів проводилась на протязі 14 днів додаткова терапія. Комплекс додаткового лікування хворих основної групи включав призначення:

- Диклоберлу в супозиторіях – по 100 мг два рази на добу;

- Атоксілу – по 2 г три рази на день за 1,5-2 години до прийому їжі.

Разом з антибактеріальними препаратами хворим основної групи, починаючи з 15-го дня лікування, призначали Глутоксим – по 10 мг (1 мл 1 %) щодня на протязі 10 діб, а з 11-го дня Глутоксим призначали через день ще 5 ін'єкцій.

Ефективність запропонованої методики санації урогенітальної інфекції у хворих на АП оцінювали за найближчими і відділеними результатами.

Запропоноване лікування хворі основної і

порівняльної груп переносили добре. Небажаних побічних реакцій на лікування, яке проводилось серед хворих, що були під нашим спостереженням, не виявлено.

Для оцінки ефективності запропонованої методики санації УГІ порівнювали результати лікування хворих на АП основної й порівняльної груп.

Безпеку та ефективність методів комплексної терапії оцінювали, ґрунтуючись на моніторингу загального стану хворих на АП, клінічного перебігу захворювання; також оцінювали:

- динаміку показників найбільш інформативних лабораторних методів дослідження;

- динаміку суб'єктивних даних хворих;

- наявність побічних явищ;

- зручність застосування призначених препаратів.

Клінічне і мікробіологічне видужання хворих основної і порівняльної груп підтверджувалося суб'єктивними та об'єктивними даними:

- усунення почуття печії, явищ дискомфорту і болів при сечовипусканні;

- зменшення гіперемії слизових оболонок урогенітальної системи;

- відсутність виділень.

Мікробіологічне видужання ґрунтувалося на підставі комплексу лабораторних методів дослідження, що включає мікроскопічні, бактеріологічні і імунологічні (ПФ, РНФ, ІФА) дослідження з наступною адекватною інтерпретацією отриманих результатів.

Одужання пацієнтів основної групи, яке було підтвержене лабораторними методами дослідження через 1, 2 і 3 місяці після закінчення лікування, відбулося у 29 (96,7 %) хворих. При проведенні контролю вилікування хворих порівняльної групи, що одержували лікування за загальноприйнятим, традиційним методам терапії, нами встановлено клінічне і мікробіологічне видужання у 26 (86,7 %) хворих.

Віддалені результати при спостереженні за хворими основної групи після закінчення лікування на протязі одного року дозволили встановити рецидиви захворювання у одного пацієнта (3,3 %). Більша частота рецидивів урогенітальних інфекцій була встановлена серед хворих порівняльної групи. Аналіз віддалених результатів ефективності санації УГІ у хворих порівняльної групи дозволив встановити рецидив захворювання у 4 (13,3 %) пацієнтів.

У хворих порівняльної групи, на відміну від основної, під час проведення санації УГІ відбу-

валосся загострення як шкірних, так і суглобних проявів псоріатичного процесу. На наш погляд, це було обумовлено збільшенням антигенного навантаження, що підтверджувалось зміною кількості імуноглобулінів та підвищенням ЦІК.

Таким чином, проведені нами дослідження вказують на те, що санацію УГІ у хворих на АП

потрібно проводити після попереднього проведеної детоксикаційної терапії. Антибактеріальну терапію необхідно проводити на тлі призначення гептотропних препаратів та лікарських засобів, які регулюють метаболічні процеси в клітинах і тканинах людського організму.

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Бадюкин В. В.* Современная терапия псориатического артрита // *Consilium medicum.* – 2005. – Т. 7, № 3. – С. 12- 22
2. *Беляев Г. М.* Псориаз. Псориатическая артропатия. / Г. М. Беляев, П. П. Рыжко. - 3-е изд., доп. – М.: Медпресс-информ, 2005. – 272 с.
3. *Беляев Г. М.* Современное представление о патогенезе псориатической артропатии и лечения этих больных / Г. М. Беляев // *Дерматол. и венерол.* – 2010. – № 1 (47). – С. 7-30.
4. *Конкин Д. Е., Лиськович А. В.* Вплив урогенітальної хламідійної інфекції на якість життя хворих на псоріатичний артрит // «Інноваційні технології в діагностиці і лікуванні шкірних захворювань і інфекцій урогенітального тракту». Матеріали регіональної НПК 31 травня 2012 р. – Гродно: ГрГМУ, 2012. – С. 76-78
5. *Свирид С. Г., Руденко І. Б.* Суперантигени при псоріазі: установлені та можливі // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.* – 2005. – № 3-4 (8). – С. 144-148.
6. *Шахнес Я. Е., Приивина И. Л., Туманян Л. Т.* Артропатический псориаз в сочетании с урогенитальным хламидиозом // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* – 2000. – № 1 – С. 33-35.
7. *Nanagara R., Li F., Beutler A. et al.* Alteration of Chlamydia trachomatis biologic behavior in synovial membranes // *Arthr. Rheum.* – 1995. – Vol. 38. – P. 1410-1417.
8. *Villareal Z., Whittum-Hudson J. A., Hudson A. P.* Persistent Chlamydiae and chronic arthritis // *Arthritis Res.* – 2002. – Vol. 4, No 1. – P. 5-9.

## ОСОБЕННОСТИ САНАЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКИМ ПСОРИАЗОМ

Колева Н. Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

Представлен метод диагностики и санации урогенитальных инфекций у больных артропатическим псориазом. Показана высокая терапевтическая эффективность предложенного метода санации инфекционных агентов у 60 больных артропатическим псориазом, ассоциированным с урогенитальными инфекциями.

**Ключевые слова:** артропатический псориаз, урогенитальные инфекции, методы исследования, диагностика, хламидийная и трихомонадная инфекции, лечение.

## THE FEATURES OF UROGENITAL INFECTIONS SANATION IN ARTHROPATHIC PSORIASIS PATIENTS

Koleva N. M.

"Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine" SE

The methods of diagnosis and sanitation of urogenital infections in arthropathic psoriasis patients are presented. High therapeutic efficiency of the proposed method of infectious agents sanitation in 60 patients with arthropathic psoriasis associated with urogenital infections has been shown.

**Keywords:** arthropathic psoriasis, urogenital infections, methods of research, diagnosis, chlamydia and trichomonal infection, treatment.

Колева Наталья Николаевна – ассистент кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

[andd@ua.fm](mailto:andd@ua.fm)