

УДК 616.517:611.778:616-07+616-08+615

© Г. П. Чинов, 2009.

ПСОРИАЗ - КАК ДЕРМАТОЗ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Г. П. Чинов

Крымское республиканское учреждение «Клинический кожно-венерологический диспансер», г. Симферополь.

PSORIASIS AS SKIN DISEASES MULTIFACTORIAL NATURE PECULIARITIES OF PASSING THE DISEASES AND MODERN METHODS OF REHABILITATION.

G. P. Chinov

SUMMARY

Psoriasis is one of the most widely spread skin diseases. Nowadays the important role in pathogenesis of psoriasis plays the genetic predisposition. Probably the "mistake" of exchange of DNA, transmitting by heredity, is the main reason of metabolic destruction.

The treatment of psoriasis is the complex one. It includes the system of rehabilitation, the main principle of which is an individual approach and the creation of favorable moral atmosphere. Rational and timely recovery treatment is the guaranty of preventing the early invalidization.

ПСОРИАЗ, ЯК ДЕРМАТОЗ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЇ ПРИРОДИ. ОСОБЛИВОСТІ ТЕЧІЇ. СУЧАСНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ

Г. П. Чинов

РЕЗЮМЕ

Псоріаз – одна з найпоширеніших хвороб шкіри. Зараз важливу роль в патогенезі захворювання додають генетичній схильності. Ймовірно «помилка» обміну ДНК передається по спадку і є основною причиною метаболічних розладів.

Лікування псоріазу комплексне, включає систему реабілітаційних заходів. Основним принципом є індивідуальний підхід і створення сприятливої моральної атмосфери. Рациональне і своєчасне комплексне відновне лікування – застава попередження ранньої інвалідації.

Ключевые слова: мультифакториальный дерматоз, кератиноциты эпидермиса, пусковые факторы, реабилитация больных.

Наиболее распространенным дерматозом, характеризующимся системными патологическими проявлениями, является псориаз, или чешуйчатый лишай.

Несмотря на многочисленные исследования, этиология и патогенез псориаза остаются недостаточно выясненными. В связи с ростом заболеваемости, отягощением течения процесса вплоть до детального исхода и инвалидизации, проблема псориаза приобрела особую актуальность.

Псориаз – один из наиболее распространенных дерматозов, составляющих от 2 до 7% всех кожных заболеваний. Обычно псориаз бывает распространенным и его тяжелые клинические разновидности приобретают в настоящее время особую актуальность, так как значительно увеличилось число больных псориазом, псориазом с эритродермией и пустулезным псориазом, заканчивающихся инвалидизацией или летально.

Возникновение псориаза обусловлено действием мультифакториальных патогенетических влияний с усилением пролиферации в дерме, а затем и в эпидермисе.

Однако новые данные о морфофункциональном состоянии кератиноцитов подтверждают первичные возникновения именно в эпидермисе сложных метаболических процессов.

В последние годы доказано влияние кератиноцитов на состояние иммунной системы. Подтверждено анатомическое, молекулярное и функциональное сходство между эпителиальными клетками тимуса и кожи и подчеркнуто значение кожи как составной части иммунной системы человека. Наличие в эпидермисе и в дерме больных псориазом аутоиммунных реакций одновременно сопровождается освобождением медиаторов, ядерных протеинов, образованием антител к патологически измененным кератиноцитам, что усугубляет нарушение их митотического режима.

педагогических, психологических, профессиональных и других мероприятий, направленных на эффективное и раннее возвращение больных к общему труду. Следовательно, помимо медицинских работников, в процессе реабилитации должны участвовать социологи, психоневрологи, юристы. Развитие и совершенствование службы реабилитации оказалось не только социально важной, но и экономически выгодной организационной формой возвращения к труду больных псориазом трудоспособного возраста.

Реабилитация больных псориазом, особенно страдающих тяжелыми инвалидизирующими формами, такими как артропатический псориаз или псориазная эритродермия, следует уделять больше внимания. Имеется много данных, подтверждающих недостаточность лечебных и профилактических мероприятий у таких пациентов. Одной из причин неудовлетворительных результатов борьбы с псориазом, возможно, является недостаточное внимание к проблеме психологической, трудовой и социальной реабилитации. Известно, что у больных псориазом резко изменена психоэмоциональная сфера, нередко развивается астеническое, депрессивное или агрессивное состояние, что ведет не только к изменению личности, но и является фактором, поддерживающим существование патологического процесса.

Основным принципом реабилитации, несмотря на многокомплексность ее воздействий, являются индивидуальный подход и создание больному благоприятной оздоравливающей моральной атмосферы. С целью более точного определения необходимых рекомендаций проводится полное медицинское обследование. Непосредственно перед началом курса реабилитации развивается индивидуальная программа. В период всего времени реабилитационных мероприятий осуществляется постоянная взаимосвязь и преемственность с терапевтом, психоневрологом и другими специалистами. Одновременно больному оказываются специальные виды помощи (возможность трудоустройства, трудотерапии, создание благоприятного климата в семье и трудовом коллективе).

У больных артропатическим псориазом динамика состояния суставов определяется динамометром по изменению силового усилия определенных групп мышц. Для фиксации всех показателей и проводимых реабилитационных мер существуют реабилитационные карты, отражающие исходные данные обследования, индивидуальную программу, социально-психологическую и клиническую характеристику больного.

Результативность лечебно-восстановительных мероприятий, динамического контроля и социально-трудовой адаптации оценивают комплексно комиссионно с привлечением врачей смежных специальностей. В период проведения всего курса реабилитационных назначений предусматривается

выделение в помощь врачам патронажной сестры, изучающей условия жизни, быта, труда пациента и помогающей в реализации отдельных видов социального обеспечения. Контрольные обследования проводит патронажная сестра ежемесячно в течении 1 года и 1 раз в 6-12 месяцев в последующие годы. Через 9-12 месяцев реабилитационного режима при наличии показаний больного направляют на комиссию для определения необходимого санаторно-курортного лечения. Рекомендуют в целях противорецидивного лечения и реабилитации особенно широко использовать физиотерапевтические и санитарно-курортные учреждения, база которых наиболее приспособлена для осуществления наиболее эффективных форм профилактических и восстановительных мероприятий.

Именно такое своевременное и рациональное противорецидивное и восстановительное лечение является залогом предотвращения ранней инвалидизации, сохранения достаточно высокого психоэмоционального тонуса и работоспособности больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленький Г.Б. Генетические факторы в дерматологии. – М.: «Медицина», 1970. – 208 с.
2. Голук М.В. Способ лечения псориаза. – Авт. Свидетельство СССР №917839 (1981).
3. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз или псориазная болезнь. Саратов: изд-во Саратов.ун-та, 1992. – (175+96)с.
4. Довжанский С.И. и др. Ремиссия как показатель эффективности лечения псориаза. – Вестник дерматологии и венерологии., 1989., №1, с. 40-42
5. Корсун В.Ф. Лечение и реабилитация больных псориазом. – Минск: «Наука и техника», 1991. – 127с.
6. лечение кожных болезней (руководство для врачей) /под ред. А.Л. Машкиллейсона/. – М.: «Медицина», 1990. – 559с.
7. Малахов Г.П. Биоритмология и уринолтерapia. – СПб: ИК «Комплект», 1996. – 237с.
8. Малахов Г.Н. Очищение организма и правильное питание. – СПб: ИК «Комплект», 1997. – 356м.
9. Мордовцев В.Н. Псориаз (патогенез, клиника, лечение). – Кишинев: «Штиинца», 1991. – 184с.
10. Потоцкий И.И. и др. Чешуйчатый лишай. – Киев: «Наукова думка», 1979. – 232с.
11. Самцов В.И. Руководство по кожным и венерическим болезням. – Л.: «Медицина», 1990. – 236с.
12. Скрипкин Ю.К., Каламкарян А.А. и др. Основные методы лечения больных псориазом. – Вестник дерматологии и венерологии., 1987, №7, с. 22-27.
13. Шарапов Г.Я., Короткий Н.Г. Псориаз: Иммунохимизм и методы лечения. – М., 1999.
14. Ягодка В.С. Лекарственные растения в дерматологии и косметологии. – Киев: «Наукова думка», 1992. – 272с.