**Глистная инвазия у больного с вульгарным псориазом**

(случай из практики)

Кабулбекова А.А., Оспанова С.А., Сартаева Г.Ш.

Кафедра дерматовенерологии и эстетической медицины ЦНО, КазНМУ

**Резюме**

В патогенезе хронических рецидивирующих дерматозов, в частности псориаза определенное значение имеют кишечные и алиментарные нарушения, фокальные инфекции, гельминтозы и др. Гельминты являются одними из тригеррных факторов воспалительного процесса и аутоинтоксикации макроорганизма. Существует прямая корреляция между инвазией и тяжестью течения дерматозов, характеризующейся частотой и длительностью обострений, а также выраженностью клинических проявлений. Выявленная у больного псориазом паразитарная инфекция свидетельствует о необходимости включения в патогенетически обоснованную терапию комплекс антипаразитарных средств, энтеросорбентов, пре- и пробиотиков.

**Ключевые слова:** глистная инвазия, лямблиоз, псориаз, антигельминтная терапия

Псориаз - хронический рецидивирующий дерматоз, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением процесса кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, изменениями в различных органах и системах.

В мире около 3% человечества страдает псориазом. Заболевание распространено во всех широтах земного шара, среди населения разных национальностей и рас. Дерматоз часто возникает в 10-25 лет, однако впервые может проявиться в любом возрасте. В литературе имеются описания случаев псориаза у детей 4-5 и 7 мес. и у взрослых в возрасте 82 лет. Среди взрослых псориаз проявляется чаще у мужчин (60-65%), однако среди детей он чаще встречается у девочек [1].

В патогенезе псориаза определенное значение имеют генетическая обусловленность, кишечные и алиментарные нарушения, фокальные инфекции, нервные стрессы, сопутствующие соматические патологии, гельминтозы и др. факторы [2].

Паразитарными инфекциями сегодня в мире страдают около пяти миллиардов человек. По данным ВОЗ гельминтозы ежегодно отмечаются у 1 - 1,4 млрд. жителей Земли. Из них около 400 млн приходится на Китай, но при этом необходимо заметить, что диагностируется только меньшая часть гельминтозов и большой пласт остается за пределами диагностики. В России официально 1 млн случаев в год, реально - 11 - 20 млн. Число людей с аскаридозом составляет на данный момент 1 млрд 470 млн, с энтеробиозом - 1 млрд 50 млн. 80% зараженных гельминтозами приходится на развивающиеся страны и страны со слабой экономикой [3-5].

Наиболее распространены следующие виды гельминтозов: лямблиоз, трихоцефалез, аскаридоз, анкилостомидоз, стронгилоидоз, трематодоз, цистицеркоз ЦНС, токсокароз. В [детских коллективах](http://www.antiparasitos.ru/children) инфицированность лямблиями составляет 40%, среди взрослых - 10%. Этот показатель находится на уровне развивающихся стран Африки [6-7].

Причем многие больные люди о заражении гельминтами даже и не подозревают, так как они способны тихо жить в теле своего «хозяина» десятилетиями, не проявляя себя до определенного момента. Лишь только когда происходит снижение иммунитета, неблагоприятное влияние окружающей среды, гельминты активизируются и обнаруживают себя. Именно гельминты могут стать возбудителями и причиной возникновения болезней XXI века: сердечно-сосудистых, артрита, псориаза, ожирения, бесплодия, простатита, кожных заболеваний и др. Псориаз часто вызывается филяриями (глистами), которые распространяются по всему телу, вызывая зуд и непривлекательный вид кожи [8].

В конце прошлого века американские средства массовой информации были переполнены информацией о том, что организм каждого современного человека может быть «колыбелью» для различного вида паразитов. Ученые В.В. Караваев, Н.Я. Кравченко уже давно выдвинули теорию паразитарного возникновения многочисленных неизлечимых заболеваний человека. Подтверждая правильность своей теории, они рассказывали о сотнях людей, которые распрощались со своими болезнями в результате очищения организма от гельминтов [9-10].

В связи вышеизложенным для демонстрации взаимосвязи псориаза и наличия глистной инвазии, а именно лямблиоза приводим случай из практического опыта.

Больной К., 7 лет, поступил на стационарное лечение в отделение аллергодерматозов и наследственных заболеваний кожи НИКВИ с жалобами на высыпания, шелушение и умеренный зуд, беспокойный сон. Давность заболевания 2 года. Начало заболевания ни с чем не связывает. Первые высыпания появились на коже шеи и груди, затем процесс распространился на кожу туловища, плеч и предплечий, бедер и голеней. Сезонности в течение кожного процесса не прослеживается. Был обследован по месту жительства и выставлен диагноз: Вульгарный псориаз. Неоднократно получал адекватное лечение в амбулаторных условиях: антигистаминные, мембраностабилизирующие, десенсибилизирующие, дезинтоксикационные препараты, витаминотерапию, сорбенты, местное лечение (кератолитические, рассасывающие, различные кортикостероидные мази, в том числе). Эффект от амбулаторного лечения был незначительным и кратковременным. В связи, с неэффективностью амбулаторного лечения больной был направлен на госпитализацию в НИКВИ,

Из анамнеза жизни: Со слов матери у ребенка часто наблюдаются диспепсические расстройства в виде тошноты, кишечной колики и частых запоров. В то же время мама отмечает при рецидиве диспепсических расстройств обострение кожного процесса, что выражалось в появлении новых высыпаний, окраска сыпи становилась ярче, шелушении обильнее, увеличивалась интенсивность зуда.

При объективном осмотре общее состояние больного среднетяжелое. Сознание ясное, положение. Самочувствие страдает. Сон и аппетит нарушены. Телосложение больного правильное, астеническое. На момент осмотра со стороны органов и систем патологии не выявлено.

Локальный статус: кожный процесс хронический, распространенный, локализован на коже шеи, груди, туловища, плеч и предплечий, бедер и голеней. Сыпь обильная, симметричная, мономорфная, представлена лентикулярными, нумулярными папулами, ярко-розового цвета. Местами папулы имеют тенденцию к слиянию с образованием бляшек. На поверхности, которых отмечаются обильные серебристо-белые, мелко- и среднепластинчатые чешуйки. По всему кожному покрову отмечаются точечные и линейные экскориации, геморрагические корочки. Дермографизм розовый, стойкий. Волосы и ногти не поражены.

Данные лабораторного исследования: ОАК – эозинофилы 8, остальные параметры соответствуют физиологической норме. ОАМ – параметры в норме, Результаты исследования крови на РВ, ВИЧ-инфекцию и HbS-антиген – отрицательны. Биохимические параметры крови в пределах физиологической нормы. Результат иммунологического исследования: относительное содержание Т- и В-лимфоцитов в норме. Аутоиммунная реакция. Коррекция не показана.

В связи с наличием жалоб на диспепсические расстройства ребенок был проконсультирован гастроэнтерологом и назначено сдача кала на обнаружение яйца глистов. Результат 3-х кратного (с интервалом 1 неделя) анализа сдачи кала на обнаружение яйца глистов – положительный, выявлены цисты лямблий. Исследование антител к лямблиям в сыворотке крови методом ИФА (определение диагностического титра) дало положительный результат.

Больной проконсультирован инфекционистом, по назначению которого получал 3 цикла специфического антигельминтозного лечения в комплексе с энтеросорбентов и пробиотиков**.**

В результате комплексного лечения, направленного на стабилизацию кожного процесса (антигистаминные, десенсибилизирующие, дезинтоксикационные, седативные препараты, витаминотерапия, энтеросорбенты, энзимы, пробиотики и местная симптоматическая терапия), и специфической антигельминтозной терапии получен значительный положительный клинический эффект.

Больной был выписан с клиническим выздоровлением. Кожный процесс регрессировал полностью, при выписке имели место лишь остаточные явления в виде гиперпигментированных пятен на месте бывших элементов сыпи.

Контрольное 3 кратное исследование (с интервалом 1 неделя) кала на наличие цист лямблий дало отрицательный результат. Больному при выписке рекомендовано наблюдение дерматолога по месту жительства, диспансерное наблюдение врача кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ) до одного месяца с 3-кратным контролем кала на обнаружение яйца глистов с интервалом в 7-10дней.

Таким образом, кишечные инвазии, паразитирующие у больных хроническими дерматозами, являются одним из тригеррных факторов воспалительного процесса, дестабилизации микроценоза кишечника и аутоинтоксикации. Существует корреляция между инвазией и тяжестью течения дерматоза, характеризующейся частотой и длительностью периодов обострений, а также выраженностью клинических проявлений.

На фоне постоянной эндогенной паразитирующей интоксикации отмечаются дисбаланс окислительно-антиоксидантной системы, клеточного, гуморального и цитокинового звеньев иммунной системы, а также системы фагоцитоза, которые являются важными механизмами развития хронических дерматозов.

Выявленные у больных хроническими дерматозами паразитарная инвазия и повышение патогенного потенциала участников микроценоза свидетельствует о необходимости включения в лечебные мероприятия, для повышения их эффективности патогенетически обоснованную терапию хронических дерматозов, антипаразитарных средств, энтеросорбентов и пре- и пробиотиков.

Случай из практики приводится с целью напомнить врачам дерматовенерологам о возможности поражения кожного покрова у больных, страдающих глистными инвазиями, которым комбинированное лечение (антигельминтное и лечение кожного процесса) обеспечивает клиническое выздоровление.

**Список литературы**

1. Владимиров В.В., Владимирова Е.В. Псориаз: этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика // Качество жизни. Медицина. Болезни кожи. 2006. -№6(17). -С.38-44.
2. Гришко Т.Н., Опарин Р.Б., Бассе Ф.Б., Труфанова Е.Ю., Мордовцев В.Н. Псориаз у детей // Вестник дерматологии и венерологии. 2005. - №1. -С.59. Астафьев Б.А. Иммунологические проявления и осложнения гельминто-зов. М.: Мед. издат., 2005. - 124 с.

3. Гумаюнова Н.Г., Потатуркина-Нестерова Н.И., Магомедов М.А. Новые подходы к диагностике кишечного дисбиоза у пациентов с псориатической болезнью // Вестник РУДН. Серия «Медицина». 2009. - №2. -С.93-97..

4. Бельмер С.В. Лямблиоз у детей // Русский медицинский журнал. 2004. -Т. 12, №3. - С. 141-143.

5. Верещагин И.А., Стародуб И.С., Скородумова Н.П. Некоторые показатели биохимических и иммунологических сдвигов у детей при лямблиозном ангиохолецистите // Охрана здоровья детей и подростков. -Вып.20. Киев.: Здоров'я, 1989. - С.68-70.

6. Генис Д.Е. Медицинская паразитология // М.: Медицина. 1991. -240 с.

7. Бронштейн A.M., Малышев Н.А. Гельминтозы органов пищеварения: кишечные нематодозы, трематодозы печени и ларвальные цестодозы (эхинококкозы) // Российский медицинский журнал. 2004. - №4. -С.208-211

8. Almeida M.M., Arede C., Marta C.S., Pinto P.L., Daniel I., Peres I., Nogueira J.A., Pinto J.R. Atopy and enteroparasites // Allergie et Immunologic. 2001. -Vol.30, N9. -P.291-294.

9. Arienti H. Prevalence of enteroparasites in a residence for children in the Cordoba Province, Argentina // Eur. J. Epidemiol. 2000. - Vol. 16. - P.287-293.

10. Buslau M., Menzel I., Holzmann H. Fungal flora of human faeces in psoriasis and atopic dermatitis. // Mycoses. 1990. - Vol.33(2). - P.90-94.

**Тұжырым**

Қабыршақты темереткімен ауыратын науқастағы құрт инвазиясы (тәжірибелік оқиға).

Кабулбекова А.А.

Қабыршақты теміреткінің патогенезінде алиментарлы және ішек бұзылыстары, фокальды жұқпалы аурулардың, құрттардың және т.б. маңызы үлкен. Құрттар макрорганизмінде қабыну үрдістерінің және аутоуланудың шешуші факторры болып есептеледі. Құрттар инвазиясы мен тері ауруларының арасында тығыз байланыс бар, олар өршу жиілігін, ұзақтығын және клиникалық белгілерінің анық болуына әсер етеді. Қабыршақты темереткімен ауыратын науқастағы құрт инвазиясы анықталу нәтижесінде патогентикалық кешенді еміне құрттарға қарсы, энтеросорбенттер, пре- және пробиотиктер қолдану қажет екендігі дәләлденді.

Өзекті сөздер: құрт инвазиясы, лямблиоз, қабыршақты теміреткі, құрттарға қарсы ем.

**Summary**
 Helminthic invasion in a patient with psoriasis vulgaris (in the case of practice).

A.А. Kabulbekova

In the pathogenesis of chronic recurrent dermatoses, particularly psoriasis have a definite value of intestinal and nutritional disorders, focal infection, helminth infections and other helminths are among the factors trigerrnyh inflammation and autointoxication microorganism. There is a direct correlation between infestation and severity of dermatitis, characterized by frequency and duration of exacerbations, as well as the severity of clinical manifestations. Detected in a patient with psoriasis parasitic infection evidenced by the inclusion of the need to pathogenetically substantiated therapy complex antiparasitic funds enterosorbents, pre-and probiotics.

Keywords: helminthic invasion, giardiasis, psoriasis, anthelminthic therapy.