

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПСОРИАТИЧНИХ ФЕНОМЕНІВ

Л. В. Куц, доцент

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Найбільш характерними клінічними проявами псоріазу є його феномени (Кебнера та триада Аушпіца). Феномен Кебнера виявляється в місцях, що частіше за все підлягають механічним подразненням або пошкодженням (лікть, коліна). Найбільш важливими патофізіологічними порушеннями, що характеризують феномен «стеаринової плями», є пара- та гіперкератоз, «термінальної плівки» – зміни в базальній мембрані, «кров'яної роси» – зміни в капілярах сосочків дерми. Питання про наявність чи відсутність свербіж у хворих на псоріаз є мало вивченим та дискусійним, бо деякими вченими взагалі це ноцицептивне відчуття розцінюється як необов'язковий феномен захворювання. З обстежених нами 520 хворих на псоріаз триада Аушпіца виявлялась у всіх пацієнтів, феномен Кебнера – у 235 (45,2%). У відношенні до наявності свербіж шкіри мала місце різниця у залежності від типу перебігу захворювання: він спостерігався при I типі – у 295 з 392 (75,3%), при II – у 40 з 128 (31,3%). Цю особливість частково можна пояснити виявленням у останні роки своєрідного фізіологічного феномену, а саме – генетичної детермінації т. з. «ноцицептивної матриці» в головному мозку. На теперішній час фізіологи свербіж відносять до особливої форми больового відчуття, яке викликається дисоціацією раніше узгоджених шкірних аферентних впливів. Для того, щоб виникло відчуття свербіж, необхідним є збудження вільних нервових немієлінових безм'язотних С-волокон больового рецептору та проведення даного імпульсу в підкоркові та коркові центри (у вищезазначену «ноцицептивну матрицю») з обов'язковим залученням до цього процесу нейропептидів. Нейропептиди (як субстанція Р, так і опіоїди), поряд з гістаміном, лейкотрієнами, простагландінами, цитокінами, можуть як самі по собі викликати свербіж, так і провокувати його появу, і у цьому зв'язку свербіж пропонують навіть класифікувати на чотири типи: «пруритосептивний» (виникає в шкірі), «невропатичний» (як наслідок патології нервової системи, перш за все – неопластичного характеру), «нейрогенний» (як результат нейрохімічної активності по типу гіперпродукції опіоїдів при холестатичному гепатиті), «психогенний» (при фобіях).

Якщо дійсно визнати факт існування окремих «рецепторів свербіж», то вони мають бути розташовані тільки в шкірі та слизових оболонках і виконувати функцію ванілоїдного типу рецептору (кальцій-залежний канал на сенсорних нейронах С-типу). Зокрема, імуногістохімічно дійсно в сосочковому шарі дерми, на межі дерми та епідермісу, в епідермісі, навколо потових залоз у разі порушення цілісності цих структур виявляється збільшення вмісту низки нейропептидів. При електронномікроскопічних дослідженнях встановлено, що гіперплазія нервових клітин, у випадках сверблячки, відбувається за рахунок подовження аксонів в епідерміс та прямої взаємодії нервових клітин з кератиноцитами та гуморальними факторами. До гіпертрофії нервових волокон в шкірі спонукає також продукція кератиноцитами ростового фактору нервових клітин, роль важливих індукторів свербіж належить цитокінам ІЛ-2 та ІЛ-31, сновними продуцентами яких є Т-хелпери II типу.

Таким чином, як наявність, так і відсутність свербіж при псоріазі є надзвичайно важливими феноменами цього захворювання, так як патофізіологічні механізми, що лежать в основі цього ноцицептивного відчуття, є тісно задіяними і в механізмах розвитку інших феноменів псоріатичної хвороби. Підтверджує факт важливості врахування функціонального стану ноци- та антиноцицептивних систем і та обставина, що найбільш виразні зміни спостерігаються у хворих на псоріаз I типу, тобто – з генетичною детермінацією багатьох патофізіологічних механізмів розвитку захворювання.