

АССОЦИАЦИЯ ПСОРИАЗА И КАРДИМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

А.В. Брынина

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Псориаз – хронический дерматоз мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалением в дерме [1]. В настоящее время его распространенность в популяции составляет от 0,1 до 7%, а среди лиц, госпитализированных в дерматологические стационары, – от 25 до 40% [2]. В 2009 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 300758 случаев псориаза, причем только 56,5% пациентов находились под диспансерным наблюдением [3]. По информации белорусских исследователей, заболеваемость псориазом в Республике Беларусь достигает около 4%. Согласно данным дерматовенерологической службы Республики Беларусь, до 25% пациентов диспансерной группы составляют лица с псориазом в ассоциации с системными осложнениями [4].

В настоящее время в научной литературе широко обсуждается вопрос рассмотрения псориаза как системного заболевания, которое включает поражение не только кожи, но и других органов и систем [5]. К наиболее часто встречаемым относятся кардиометаболические расстройства, включающие ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, ожирение, диабет, различные варианты дислипидемий, неалкогольный жировой гепатоз печени. Данные заболевания характеризуются ускоренным развитием атеросклероза. Результаты многочисленных исследований дают основание полагать, что взаимосвязь псориаза с вышеперечисленной патологией организма приводит к увеличению смертности и еще более выраженному снижению качества жизни.

Имеется множество данных, свидетельствующих об ассоциации псориаза и сердечно-сосудистых заболеваний, которые также приводят к ранней летальности пациентов с указанным дерматозом. Так, по данным Е.В. Соколовского (2002), до 39% пациентов с псориазом страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В подтверждение этого ведущими американскими исследователями установлен повышенный риск развития ишемической болезни сердца у пациентов с псориазом по сравнению с населением в целом [5]. В другом американском исследовании по изучению предикторов смертности было

установлено, что при ассоциированном тяжелом течении псориаза отмечался повышенный уровень кардиоваскулярной смертности по сравнению с общей популяцией [6]. Ретроспективное исследование базы общей практики в Великобритании подтвердило, что кардиоваскулярные факторы риска, которые являются ключевыми компонентами метаболического синдрома, в большей степени ассоциируются с тяжелым течением псориаза, чем с легким [7]. Другое английское исследование с использованием базы данных General Practice Research Database показало более высокий риск развития инфаркта миокарда у пациентов с псориазом, чем без него. Это позволило авторам выделить псориаз как независимый фактор риска инфаркта миокарда [8]. В исследовании канадских дерматологов ассоциация псориаза и кардиоваскулярных болезней составила 25,8% и преобладала у пациентов, страдающих средней и тяжелой степенью тяжести дерматоза [9].

В анализируемых литературных источниках имеются данные о нарушениях со стороны жирового обмена у пациентов с псориазом, чему также придается немаловажное значение [10]. Наиболее часто у пациентов только с кожными проявлениями псориаза выявляется гиперхолестеринемия, встречающаяся в 2,5 раза чаще, чем при других дерматозах [11]. Для дислипидемии при псориазе характерно повышение проатерогенных фракций липидов (холестерина, липопротеидов низкой плотности) и снижение — антиатерогенных (липопротеидов высокой плотности). При этом длительная дислипидемия у пациентов с псориазом приводит к развитию патологии сердечно-сосудистой системы, формируя замкнутый круг [13, 14]. Однако имеющиеся литературные данные по влиянию псориаза на дислипидемию неоднозначны. Некоторые авторы указывают на взаимосвязь дислипидемии со стадией и формой кожного процесса при псориазе, другие — на ее отсутствие [12].

Полиорганность поражений при псориазе и ишемической болезни сердца позволяет предположить наличие общности ряда патогенетических механизмов развития данных заболеваний. Несмотря на достижения современной медицины в понимании патогенеза псориаза и ишемической болезни сердца и поиска новых подходов к патогенетическому лечению рассматриваемых нозологических вариантов, эффективность современных методов терапии сочетанной патологии кожи и кардиоваскулярных нарушений остается недостаточно изученной. Наличие сопутствующих заболеваний приводит к дополнительному назначению лекарственных средств, часть из которых может ухудшать течение псориаза. Наоборот, системное лечение дерматоза может оказать влияние на сопутствующую патологию.

Согласно литературным источникам, изучение коморбидности псориаза и кардиометаболических нарушений приведет к изменению понимания ключевых подходов к диагностике и лечению сочетанной патологии. В связи с частой ассоциацией псориаза с поражением других органов и систем следует стремиться к междисциплинарному подходу, с координацией между дерматологами и другими специалистами, что приведет к улучшению стандартов диагностики и лечения пациентов, страдающих данной патологией. В связи с этим проблема псориаза и сопутствующих кардиоваскулярных заболеваний является актуальной и требует дальнейшего изучения в данном направлении.

Литература:

1. Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения / Соколовский Е.В. и соавт.; под ред. Соколовского Е.В. – СПб. : Сотис, 1999.
2. Адашкевич, В.П. Кожные и венерические болезни / В.П. Адашкевич, В.М. Козин. – М. : Медлит, 2009. – 660 с.
3. Кубанова, А.А. Дерматовенерология: клинические рекомендации / А.А. Кубанова – 2010. – 435 с.
4. Лукьянов, А.М. Эффективность применения средств линии "PSO Medis" при топическом использовании у пациентов с псориазом кожи волосистой части головы / А.М. Лукьянов // Здоровоохранение, 2013. т.№:2. – С. 64-69.
5. Menter, Griffiths, Tebbey, EJ Horn, W Sterry Exploring the association between cardiovascular and other disease-related risk factors in the psoriasis population: the need for increased understanding across the medical community // JEADV. – 2010. – Vol. 24. – P. 1371 – 1377.
6. С.Г., Ткаченко Анализ международного опыта изучения коморбидности псориаза и метаболического синдрома / Ткаченко С.Г., А.Н. Беловол, В.Б. Кондрашова и др. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2011. – 2 (41). – С. 29 – 36.
7. Neimann A.L., Shin D.B., Wang X., et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis // J. Am. Acad. Dermatol. – 2006. – Vol. 55, № 5. – P.829 – 1835.
8. Gelfand Joel M., Neimann Andrea L., Shin Daniel B., Wang Xingmei. Risk of Myocardial Infarction in Patients With Psoriasis // JAMA. – 2006. – Vol. 296(14). – P.1735 – 1741.
9. Gulliver Wayne, Tomi Z., MacDonald D. Comorbidities associated with psoriasis in the Newfoundland and Labrador founder population // J. Am. Acad. Dermatol. – 2009. – March. – P.501.
10. Бадюкин В.В. Псориатический артрит: клиника, диагностика, лечение // Докт. дисс. – 2003.
11. Albert C. M., Campos H., Stamper M. J. et al. Blood PUFAs and the risk of sudden death // N. Engl. J. Med. – 2002. – Vol. 346. – P.1113 – 1118.
12. Peters M. J., Horst-Bruinsma I. E., Dijkmans B. A. et al. Cardiovascular risk profile of patients with spondyloarthropathies, particularly ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. // Arthritis Rheum. – 2004. – Vol. 34. – P. 582 – 592.
13. Reaven G. M. Banting Lecture: role of insulin resistance in human disease // Diabetes. – 1988. – Vol. 37. – P. 1595 – 1607.

14. Bond S., Farewell T.V., Schentag C.T. et al. Reporting of mortality in a psoriatic arthritis clinic is primarily a function of the number of clinic contacts and not disease severity // J. Rheumatol. – 2005. – Vol. 32. – P. 2364 –2367.

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ

А.В. Брынина, Н.И. Честных, А.В. Вишневская

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Псориаз – эритематозно-сквамозный дерматоз мультифакторной природы с доминирующим значением в своем развитии генетических факторов [1]. В связи с широким распространением значительной частью в структуре кожных болезней и высокой социальной значимостью псориаз до настоящего времени остается одной из актуальных и сложных проблем в современной дерматологии.

С современных позиций при псориазе отмечается поражение как кожного покрова, так и ряда внутренних органов и систем организма, что в свою очередь приводит к изменению не только качества, но и продолжительности жизни пациентов. К одному из таких проявлений «псориатической болезни» относится поражение сердечно-сосудистой системы. В литературе имеются данные, что у пациентов с псориазом наиболее часто встречается артериальная гипертензия [2], также известно, что у данных пациентов отмечаются изменения в липидном (что можно видеть по изменениям в липидограмме) и в углеводном обменах [3].

Псориаз значительно снижает качество жизни, а сопутствующая патология, такая как метаболические расстройства и депрессивные состояния, сокращает продолжительность жизни пациентов. У пациентов с псориазом чаще, чем в общей популяции, обнаруживаются морфологические и функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы [4]. Считается, что псориаз является независимым фактором риска инфаркта миокарда [5]. Причем наибольшему риску развития инфаркта миокарда подвергаются молодые пациенты с тяжелыми проявлениями псориаза. В Республике Беларусь ИБС составляет около 64% среди всех причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, в Российской Федерации – 55%, в Украине – 61,3%. По данным эпидемиологических исследований, ИБС выявляется у 19,5% мужчин в возрасте от 50 до 59 лет, среди них 24,3% имеют безболевые формы заболевания. Эти пациенты не обращаются за медицинской помощью, в связи с чем у них наблюдается наибольшая частота развития инфаркта миокарда и внезапной