

ОЦЕНКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

*А.В. Брынина¹, Н.С. Булавина¹, В.С. Сегень¹,
Т.Г. Лискович², И.В. Ускова²*

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь,
²УЗ ГОККЦ, Гродно, Беларусь

Актуальность. Псориаз – это хроническое, опосредованное иммунной системой, воспалительное заболевание, которое поражает кожу, ногти и суставы. Распространенность псориаза в мире колеблется от 0,2 до 4,8%, в зависимости от географического расположения [1].

Этиология и патогенез до конца не установлены, однако все чаще звучит мнение, что это аутоиммунное заболевание, опосредуемое Т-лимфоцитами. Существует ассоциация антигенов HLA, наблюдаемая у многих пациентов с псориазом, особенно в разных расовых и этнических группах. Частота встречаемости псориаза в семейном анамнезе предполагает его генетическую предрасположенность. Травмы, инфекции, психологический стресс, алкоголь, курение, ожирение и гипокальциемия – провоцирующие факторы развития дерматоза [2, 3].

Клинические варианты, когда псориаз ассоциируется с неинфекционными (сердечно-сосудистые заболевания, болезни эндокринной, нервной, иммунной системы, желудочно-кишечного тракта) или инфекционными заболеваниями (экзантемы, хронические инфекции кожи и верхних дыхательных путей, болезни мочеполовой системы), представляют собой существенную и актуальную проблему. Ассоциация данных клинических вариантов с псориазом характеризуется взаимно отягощающим течением коморбидной патологии, связанным с риском возникновения аутоиммунных процессов и ускоренным развитием атеросклероза [4].

При псориазе выявлена более высокая частота воспалительных заболеваний кишечника. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что риск болезни Крона и язвенного колита при псориазе более чем в два раза выше, чем в общей популяции [4].

Энтеропатогенная связь между псориазом и неалкогольной жировой болезнью печени не является однозначной, поскольку в последнее время оба этих заболевания все чаще признаются как системные заболевания. Некоторые провоспалительные цитокины, синтезируемые лимфоцитами и кератиноцитами кожи, пораженной псориазом, в том числе интерлейкин-6, интерлейкин-17 и фактор некроза опухоли-альфа, могут способствовать системной резистентности к инсулину, распространенной черте неалкогольной жировой болезни печени [5, 6].

Среди сопутствующей соматической патологии псориаз часто может сочетаться с поражением сердца и сосудов, в том числе атеросклеротического

генеза. Ведущее значение в развитии воспалительного процесса как при псориазе, так и ишемической болезни сердца принадлежит цитокинам, точнее – нарушению баланса в цитокиновом статусе, их активации по воспалительному типу [7].

Цель. Оценить характер сопутствующей патологии у пациентов с псориазом.

Методы исследования. Исследование выполнено с участием 90 пациентов с псориазом, проходивших стационарное лечение в ГУЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер». В исследование были включены пациенты с псориазом независимо от возраста, давности наличия дерматоза и формы заболевания.

Анализ анамнестических и клинических данных проводился с использованием анкет, разработанных в соответствии с целью и задачами исследования. Обследование пациентов проводилось по единой схеме, включающей наличие жалоб и анамнестических данных, оценку общего и дерматологического статуса. Для клинической диагностики псориаза определяли «псориатическую триаду», устанавливали стадию заболевания, проводили осмотр ногтевых пластин, волосистой части головы.

Полученные цифровые данные обработаны с использованием лицензионной версии программы STATISTICA 10.0 для Windows. Результаты количественных данных представлены в виде медианы и значений 25 и 75% перцентилей. Связи между показателями оценивали с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r). Результаты исследования признавались статистически значимыми при уровне статистической значимости (значение ошибки 1-го рода) $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования нами установлено, что в гендерной структуре пациентов с псориазом преобладают пациенты мужского пола, на их долю пришлось 62,2% (n=56), на долю женщин – 37,8% (n=34). Среди 90 обследованных пациентов медиана возраста составила 48,5 (33;75) лет, медиана возраста мужчин составила 49,5 лет, женщин – 41,5 года.

При анализе отдельных симптомов клинической картины псориаза среди обследованных пациентов установлено следующее: в 72,2% (n=65) случаев пациенты испытывали зуд, в 73,3% (n=66) встречалось поражение волосистой части головы, в 21,1% (n=19) отмечалось поражение ладоней и подошв, в 48,9% (n=44) присутствовали дежурные бляшки, в 57,8% (n=52) были поражены себорейные зоны, в 15,6% (n=14) в процесс вовлечены крупные складки, в 38,9% (n=35) отмечалось поражение ногтевых пластин.

При этом у пациентов всех возрастных групп среди анализируемых клинических проявлений чаще преобладали зуд кожи, поражение волосистой части головы, поражение себорейных зон, наличие дежурных бляшек.

На следующем этапе исследования проанализировали наличие сопутствующих заболеваний у пациентов с псориазом. Так, на долю коморбидного течения псориаза пришлось 48,9% (n=44). Среди оцениваемых клинических проявлений псориаза у пациентов с сопутствующей патологией

достоверно чаще выявлялись дежурные бляшки (достигнутый уровень значимости $p < 0,05$).

В структуре сопутствующих заболеваний у пациентов с псориазом преобладало наличие сердечно-сосудистой патологии (63,6%), далее следует эндокринная патология – 25%, заболевания желудочно-кишечного тракта встречались в 15,9% случаев.

Среди пациентов с ССЗ псориаз ассоциировался с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения, с нарушениями ритма и проводимости, с другими болезнями системы кровообращения (врожденные пороки сердца, миокардиодистрофия). Из заболеваний желудочно-кишечного тракта: хронический гастроуденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, колиты, желчнокаменная болезнь, неалкогольная жировая болезнь печени, гепатиты. Наиболее часто в качестве коморбидной эндокринной патологии встречались сахарный диабет, эутиреоидный зоб, ожирение. Среди прочих сопутствующих состояний отмечались: хронический бронхит, хронический пиелонефрит, поллиноз, сакроилеит, гонартроз, катаракта, астигматиз, анемия разной степени тяжести, варикозная болезнь вен нижних конечностей, подагра.

Выводы. Необходимо рассматривать возможность скрининга сопутствующих заболеваний у пациентов с псориазом, особенно при его тяжелом течении. Продолжительность жизни таких пациентов значительно сокращается именно в связи с коморбидностью и, как правило, вследствие развития сердечно-сосудистой и эндокринной патологии. Таким образом, указанные проблемы сочетанной патологии актуальны, требуют дальнейшего углубленного изучения и поиска научно обоснованных решений, которые позволят улучшить качество медицинской помощи пациентам как с изолированным псориазом, так и его сочетанным течением. Дальнейшие исследования приведут к изменению понимания ключевых подходов к диагностике и лечению коморбидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Complementary and Alternative Medicine Therapies for Psoriasis: A Systematic Review / A. C. Gamret [et al.] // JAMA Dermatol. – 2018. – Vol. 154, № 11. – P.1330–1337.
2. Pathophysiology and inhibition of IL-23 signaling in psoriatic arthritis: A molecular insight / C. T. Nguyen [et al.] // Clin Immunol. – 2019. – Vol. 206. – P.15–22.
3. Wu, J. J. Adalimumab in Chronic Plaque Psoriasis: A Clinical Guide / J. J. Wu, W. C. Valdecantos // Journal of Drugs in Dermatology. – 2017. – Vol.16, № 8. – P.779–790.
4. Crohn's disease / J. Torres [et al.] // Lancet. – 2017. – Vol. 389. – P. 1741–1755.
5. Patients with psoriasis are at a higher risk of developing nonalcoholic fatty liver disease / R. Abedini [et al.] // Clin. Exp. Dermatol. – 2015. – Vol. 40, № 7. – P. 722–727.
6. Serum fatty acid profile in psoriasis and its comorbidity / H. Mysliwiec [et al.] // Arch. Dermatol. Res. – 2017. – Vol. 309. – P. 371–380.

7. Chodorovska, G. C-reactive protein and alfa2-macroglobulin plasma activity in medium severe and severe psoriasis / G. Chodorovska, D. Wojnowska, M. Juskiewicz-Borowiec // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2004. – Vol. 18. – № 2. – P. 180–183.

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D, ИНДЕКС ПЛОЩАДИ И ТЯЖЕСТИ ПСОРИАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

*А.В. Брынина¹, В.А. Лискович², А.С. Вертоградов³, А.А. Гулинский⁴,
И.Е. Древило⁵*

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненское областное объединение профсоюзов, ³УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно»,

⁴ГУЗ «ГОККВД», ⁵ЧМУП «М-Клиник», Гродно, Беларусь,

Актуальность. Псориаз – одно из наиболее часто встречающихся хронических дерматозов, устойчивое к фармакотерапии, существенно влияющее на качество жизни пациентов, вызывая тем самым психическую и социальную дезадаптацию и стойкую утрату трудоспособности. Согласно последним представлениям, псориаз рассматривают как распространенное, наследственное, гетерогенное, гиперпролиферативное, воспалительное, аутоиммунное, хроническое заболевание кожи с возможным ассоциативным поражением других органов и систем [1].

Наряду с общеизвестными патологическими состояниями, такими как рахит, остеопороз, остеомалация, обнаружены новые физиологические процессы, на которые оказывает непосредственное влияние уровень витамина D [2]. Витамин D рассматривается не только как гормон, производное холестерина, контролирующий гомеостаз кальция и остеогенез, но и как фактор, принимающий участие в регуляции апоптоза, иммуногенеза и клеточной пролиферации [3]. Деление и дифференцировка клеток, барьерная и иммунная функции, формирование волосяного фолликула регулируются активными метаболитами витамина D. В последнее время возрос интерес дерматовенерологов к возможным причинам развития псориаза, связанным с дефицитом витамина D [4]. Неспецифическое генерализованное воспаление выступает одним из наиболее значимых механизмов, приводящих к системным проявлениям как дефицита самого витамина D, так и псориаза [5]. Активные формы витамина D, взаимодействуя с белком sVCAM-1, воздействуют на белки рецепторов коллагена и участвуют в моторике эндотелиальных клеток и ангиогенезе. Влияние рецепторов витамина D на каскад цитокинов, участвующих в регуляции клеточного роста, объясняет антипролиферативное и противовоспалительное действие 1,25-дигидроскихолекальциферола при псориазическом поражении кожи [6]. Наличие псориаза в сочетании с дефицитом витамина D может выступать