

О.О. Сизон

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Епідеміологія та взаємозалежність коморбідності артропатичного псоріазу і клінічного перебігу хвороби

Мета роботи — вивчити епідеміологію і взаємозв'язок патологічних шкірних, суглобових псоріатичних процесів із системними виявами або супутньою патологією, а також психічними характеристиками хворого з наступною розробкою конкретних рекомендацій щодо проведення діагностики для направлення пацієнтів до фахівця і організації лікування в разі супутньої патології.

Матеріали та методи. Проаналізовано епідеміологічні показники захворюваності на псоріаз у Львівській області за останніх два десятиліття; результати клінічного обстеження 141 хворого з артропатичним псоріазом (АП) на тлі псоріатичних шкірних виявів, серед яких у 19 (13,48 %) пацієнтів не було скарг на пошкодження кістково-суглобової системи на момент обстеження; дані історій хвороб окремої вибірки із 315 хворих на псоріаз, які перебували на стаціонарному лікуванні протягом року. Всім хворим обсяг діагностичних заходів визначено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 8.05.2009 № 312. Хворим додатково проведено дослідження психосоматичного стану.

Результати та обговорення. Клінічний перебіг АП надзвичайно багатогранний, а глибина його вивчення ще на даному етапі недостатня. Отримані клінічні дані підтверджують, що за останніх майже 20 років кількість зареєстрованих випадків псоріазу у Львівській області збільшилася в 1,65 разу, а динаміка вперше виявленого дерматозу — на 60,83 %.

На основі окремої вибірки доведено, що захворюваність на псоріаз зростає у міських жителів чоловічої статі працездатного віку, що призводить до більш частішої їх госпіталізації. У стаціонарних умовах частіше лікуються хворі з поширеними вульгарною формою псоріазу в прогресуючій стадії захворювання та АП зі сформованою кістковою патологією, в переважній більшості периферичних суглобів. Псоріатичні ураження суглобів у літньому віці створюють труднощі для встановлення діагнозу внаслідок наявності супутньої патології та вікових змін.

Доведено коморбідність АП та метаболічного синдрому, виявами якого є центральне ожиріння (до 42 %), атерогенна дисліпідемія (до 29,5 %), гіперглікемія і зниження толерантності до глюкози (до 32,7 %), артеріальна гіпертензія (до 37 %). Встановлено сильний кореляційний зв'язок як між депресією, так і тривожністю з АП від +0,6 до +0,9, яка вказує на те, що у хворих на АП порушено психоемоційний стан, який значною мірою залежить від тяжкості перебігу хвороби.

Висновки. Варіабельність клінічного перебігу АП, значна кількість форм, складні патогенез і лікування, супутня патологія створюють об'єктивні труднощі для діагностики та лікування хвороби. На нашу думку, домінуючою причиною збільшення рівня захворюваності, зокрема у Львівській області, була незадовільна соціально-економічна ситуація в Україні протягом останніх років. Рання діагностика АП та своєчасне виявлення або попередження супутніх системних виявів (серцево-судинних захворювань, метаболічного синдрому, дисліпідемії), а також депресивного стану пацієнта дасть змогу не тільки поліпшити стан здоров'я та якість життя хворих, а й матиме оптимальний соціально-економічний ефект.

На сучасному етапі необхідне розроблення конкретних практичних рекомендацій, які допоможуть дерматологам у виконанні двох ключових функцій при веденні пацієнтів з АП: здійсненні первинної та вторинної профілактики супутніх захворювань і пропаганді здорового способу життя.

Ключові слова

Артропатичний псоріаз, епідеміологія, клінічний перебіг, коморбідність, кореляційний зв'язок.

Псоріаз — одна з найактуальніших дерматологічних проблем останнього десятиріччя. За даними Міжнародної федерації асоціацій псоріазу (International Federation of Psoriasis

Associations), поширеність псоріазу у світі становить 1,2–5 % у загальних популяціях, у середньому 3 % [1, 6, 7]. У західноєвропейських країнах рівень захворюваності на псоріаз перевищує

2 %, в інших країнах Європи — до 6 % (Ірландія — 5,5 %, Іспанія — 3,7 %, Швеція — 2,3 %, США та Канада — 2,2 та 4,7 % відповідно) [4, 7].

В Україні статистичні дані щодо захворюваності на псоріаз суттєво відрізняються від середніх показників у Європі та світі, оскільки протягом останніх десятиріч поширеність хвороби постійно зростала — від 114,8 на 100 тис. населення в 1994 році до 214,4 на 100 тис. населення у 2009 році [7].

Серед хворих на псоріаз показник частоти виявлення артропатичного псоріазу (АП) або псоріатичного артрити (ПсА) становить від 2,0 [10, 18] до 29,6 % [10, 13], за винятком двох досліджень з високою імовірністю систематичної похибки класифікації та вибірки, в яких повідомляється про поширеність 46 [10, 11] та 48 % відповідно [8, 10]. Поширеність ПсА в різних кліматичних зонах приблизно однакова і становить більше ніж 1/3 всіх випадків псоріазу. У 50–64 % пацієнтів шкірні вияви хвороби передують суглобовому синдрому, у 8–10,4 % ПсА розпочинається одночасно з ураженням шкіри, а в 15–25,6 % (переважно в дітей) дерматоз виявляється через рік після дебюту ПсА (латентний АП (ЛАП)) [1–3].

Сьогодні спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих на АП і в Україні. Це може бути викликано сукупністю кількох чинників: несприятлива екологічна ситуація в Україні, незадовільний рівень матеріально-побутових умов, що призводить до психоемоційного напруження хворого і, як наслідок, до зменшення періоду клінічної ремісії та частішого розвитку загострень дерматозу [7]. У 20–60 % пацієнтів патологічні процеси прогресують з розвитком кістково-суглобової деструкції, інвалідацією та значним погіршенням якості життя [1–4].

Як відомо, останнім часом особливий інтерес викликає питання залежності між псоріазом та супутніми захворюваннями, оскільки фахове ведення хворого на АП від його початкової стадії передбачає обстеження на предмет раннього виявлення супутнього захворювання для своєчасного лікування, а також запобігання патології. Такий комплексний підхід унеможливорює вплив препаратів, які застосовують для лікування супутніх захворювань, на перебіг АП і навпаки. Водночас не існує єдиної думки про необхідність чи недоцільність призначення гепатопротекторів, седативних засобів у комплексному лікуванні АП.

Мета роботи — вивчити епідеміологію та взаємозв'язок патологічних шкірних, суглобових псоріатичних процесів із системними виявами чи супутньою патологією, а також психічни-

ми характеристиками хворого з подальшим розробленням конкретних рекомендацій щодо проведення діагностики для направлення пацієнтів до спеціаліста та організації лікування у разі супутньої патології.

Матеріали та методи

Проаналізовано епідеміологічні показники захворюваності на псоріаз у Львівській області за останніх два десятиріччя; результати власного клінічного обстеження 141 проконсультованого хворого з АП; дані історій хвороб окремої вибірки із 315 хворих на псоріаз, які перебували на стаціонарному лікуванні протягом року.

Епідеміологічні показники поширеності та зростання захворюваності на псоріаз у Львівській області вивчали за даними статистичного відділення Львівського обласного шкірно-венерологічного диспансеру та окремо стаціонарного ІV відділення цього закладу.

Протягом 2010–2013 років клініко-лабораторне та додаткове обстеження пройшов 141 пацієнт з АП на тлі псоріатичної хвороби (ПХ), 19 (13,48 %) із цих хворих не мали скарг на пошкодження кістково-суглобової системи на час огляду. Обсяг діагностичних заходів хворих визначено відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 8.05.2009 р. № 312. Діагноз АП верифікували за діагностичними критеріями Інституту ревматології РАМН [5]. Пацієнтів, що відповідали рекомендованим критеріям, було направлено до ревматолога для підтвердження попереднього діагнозу ПсА.

Окрема вибірка складалася з аналізу 315 історій хвороби пацієнтів із ПсА, які стаціонарно лікувалися в ІV відділенні Львівського обласного шкірно-венерологічного диспансеру протягом року.

Психічні характеристики обстежених вивчали на підставі результатів діагностичної співбесіди, а отримані дані верифікували з використанням стандартизованих експериментально-психологічних методик визначення рівня невротичних змін за Вассерманом, рівня реактивної та особистої тривожності за Спілбергом—Ханінім, рівня самооцінки депресії за шкалою Зунге.

У роботі використано суперечливу на сьогодні термінологію: «псоріатична хвороба», «коморбідність». Терміни «псоріаз» та «псоріатична хвороба» рівною мірою представлені в наукових джерелах, і думки експертів з приводу їх правомірності не є однозначними. У цьому дослідженні вжито термін «псоріатична хвороба», запропонований у 1953 році А.Ф. Ухіним. На нашу думку, цей термін найповніше відображає про-



Рис. 1. Динаміка захворюваності на псоріаз у Львівській області

цес, оскільки шкірні вияви (псоріаз) є лише невеликою частиною захворювання, за якою приховано патологію суглобів (АП) та порушення систем організму (системні вияви). Тобто схематично ПХ можна представити як комбінацію трьох синдромів: ПХ = псоріаз (шкірний синдром) + АП (суглобовий синдром) + системні вияви (системний синдром).

В україномовній та російськомовній медичній літературі для визначення стану, що характеризується кількома захворюваннями з гострим та хронічним перебігом, використовують терміни «поєднана патологія», «комбінована патологія», «супутні» або «асоційовані» захворювання та стани. В англійській науковій літературі частіше вживаються терміни «коморбідні захворювання» або стани (comorbid diseases, comorbid conditions). Термін «коморбідність» (comorbidity) використовують для визначення одночасного ураження двох органів або систем організму чи двох захворювань. З та більше захворювань позначають термін «мультиморбідність», або «поліморбідність».

Результати та обговорення

З 1995 року кількість зареєстрованих випадків псоріазу у Львівській області зростає з 3127 до 5144 у 2012 році, тобто в 1,65 разу, а динаміка вперше виявленого дерматозу збільшилася на 60,83% з різним показником виявлення захворювання в окремі роки. Серед осіб до 17 років загальна кількість виявлених випадків псоріазу за останніх 20 років збільшилася в 1,33 разу (1995 рік — 272, 2012 рік — 362). Слід зазначити також, що серед дітей спостерігається порівняно стабільна тенденція (123 та 126 випадків у 1995 і 2013 роках), проте кількість випадків протягом 1998—2005 років була удвічі меншою. Динаміку захворюваності відображено на рис. 1, 2.

Слід зазначити, що на тлі прогресуючої динаміки розвитку псоріазу неможливо представити динаміку АП. На нашу думку, ця проблема перш за все пов'язана з недосконалістю медико-статистичних систем, адже пацієнти з метою підтвердження чи встановлення інвалідності неодноразово перемищуються з дерматологічних стаціонарів у ревматологічні. В інших



Рис. 2. Динаміка вперше зареєстрованих випадків захворювання на псоріаз серед осіб до 17 років у Львівській області

Таблиця 1. Розподіл щорічної кількості хворих на псоріаз та ліжко-днів

Рік	Дорослі, хворі на псоріаз		Діти до 17 років, хворі на псоріаз	
	Уперше виявлені випадки	Загальна кількість	Уперше виявлені випадки	Загальна кількість
2003	289	7784	32	506
2004	276	7584	56	1321
2005	360	7960	65	1613
2006	385	8846	48	1176
2007	363	8315	63	1453
2008	345	7583	55	1232
2009	396	7730	63	1221
2010	447	8213	72	1208
2011	432	8257	73	1382
2012	447	8160	92	1687

випадках діагноз під час виписки не відповідає попередньому, оскільки згідно з нормативними документами в повсякденній практиці для встановлення діагнозу АП дерматологи використовують класифікаційні ознаки та діагностичні критерії ПсА Асоціації ревматологів України 2004 року. В основу цих критеріїв покладено розробки професора В.В. Бадокіна (1985), що передбачає розгляд суглобового синдрому ПХ у разі рентгенологічно виявлених кісткових змін, не враховуючи псоріатичну ентезопатію, що в дослідженнях останніх років визначається як початкова стадія розвитку АП [5]. Дискусійність щодо даних статистичної обробки АП зумовлена й тим, що для опису одного і того самого патологічного суглобового процесу вживалася різна термінологія: «артропатичний псоріаз», «псоріатична артропатія», «псоріатичний артрит», «псоріатична остеоартропатія». Перелічені патологічні суглобові процеси мають різні клініко-анатомічні вияви.

Епідеміологію псоріатичної хвороби точніше простежено в ІV відділенні Львівського обласного шкірно-венерологічного диспансеру. Вибір закладу пов'язаний з можливістю надання спеціалізованої дерматовенерологічної допомоги як міському, так і сільському населенню різних вікових категорій, зокрема й дітям. Окрім того, більшість обстежених перебували під спостереженням на базі цього відділення.

Вибірка складалася з хворих, які проходили стаціонарне лікування протягом останніх 10 років. Аналізували загальну кількість пацієнтів, у тому числі і дітей, та ліжко-днів (табл. 1).

Як видно з табл. 1, спостерігається чітка тенденція лише до збільшення динаміки поширеності псоріазу. У вузькій вибірці рівень захворюваності серед дорослих зріс приблизно в 1,55 разу. Такий показник поширеності псоріазу спостерігався і у Львівській області загалом за дослідний період (частота виявлення дерматозу зросла в 1,64 разу). Проте серед дітей рівень захворюваності у вузькій вибірці зріс приблизно в 2,88 разу порівняно з відповідною загальною вибіркою (частота виявлення дерматозу зросла в 1,33 разу). Це послугувало додатковим підтвердженням припущення про особливості перебігу дерматозу залежно від географічного положення регіону навіть у межах однієї області, тенденції до «омолодження» псоріазу.

Окрім того, додатково проведено аналіз клінічного огляду 315 хворих на псоріаз, які проходили стаціонарне лікування з 1 січня до 30 вересня 2008 року (період найбільшого показника захворюваності за останніх 20 років у Львівській області), з них 25 осіб — повторно, 290 — первинно (рис. 3, 4).

У вибірку для отримання достовірних результатів не включено хворих, які кілька разів проходили стаціонарне лікування з метою підтвердження групи інвалідності. Серед хворих осіб чоловічої статі було 221, жіночої — 94, з них дітей 34 (15 дівчат та 19 хлопців). Середній вік жінок становив 38,54 року, дівчаток — 13,67 року; чоловіків — 39,94 року, хлопчиків — 12,63 року. Таким чином, хворих чоловічої статі, які лікувалися стаціонарно, було більше в 2,5 разу, ніж осіб жіночої статі. Вищий рівень захворюваності серед дорослого населення порівняно з дітьми.

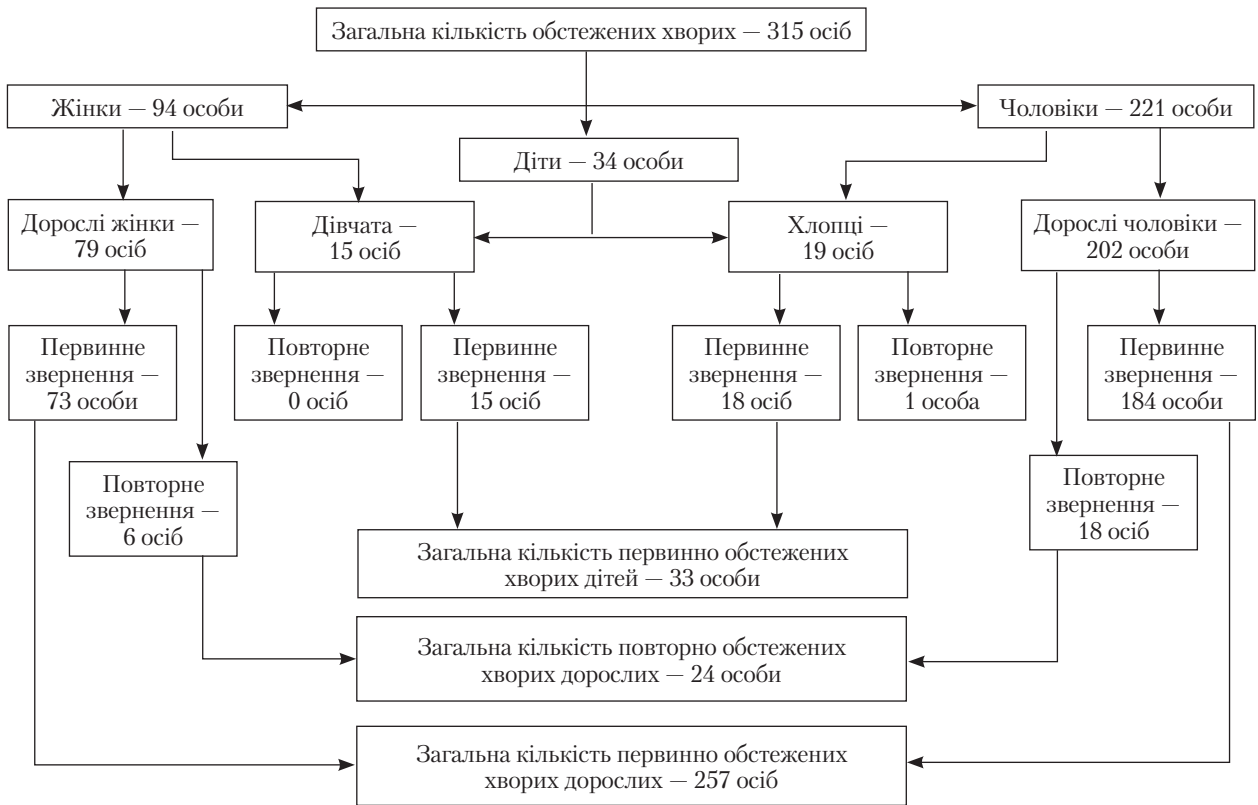


Рис. 3. Розподіл пацієнтів за кількістю, статтю та частотою звернень

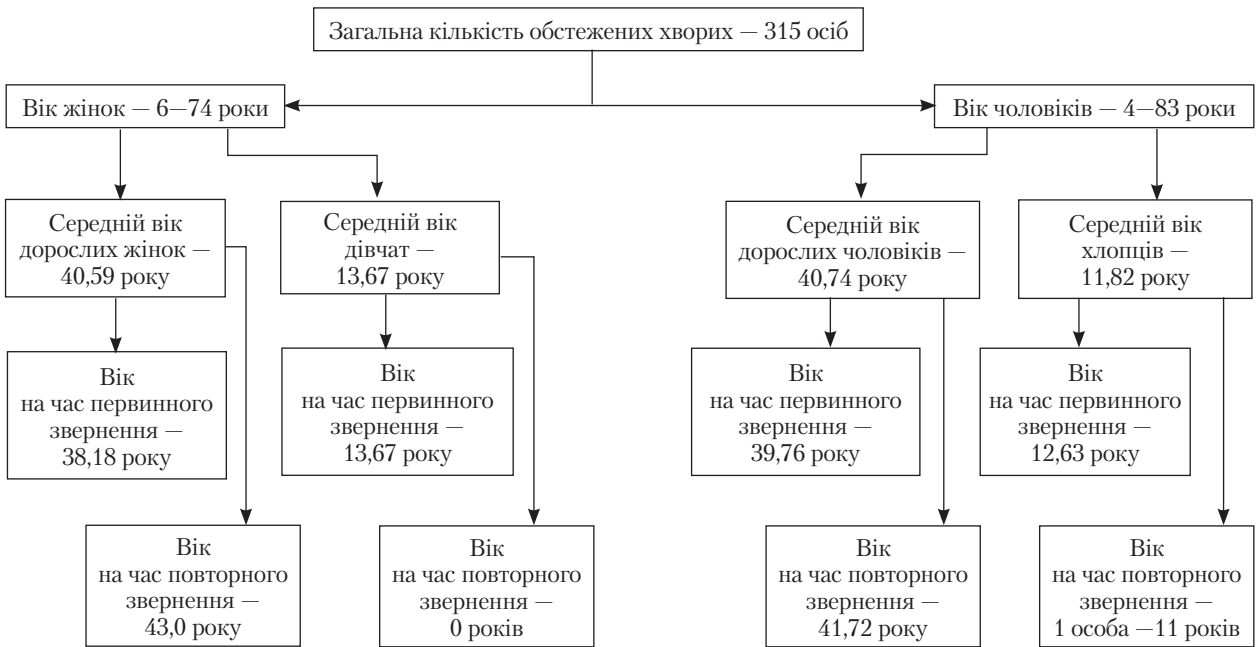


Рис. 4. Розподіл пацієнтів за віком, статтю та частотою звернень

Кількість хворих хлопців дещо більша за кількість дівчат, але порівняно з дорослими дівчата становлять 1/5 загальної кількості жінок, хлопці — 1/11 загальної кількості чоловіків.

Кількість хворих дорослих, які звернулися первинно, більша за кількість хворих, які звернулися повторно, приблизно в 10,7 разу. Кількість первинних випадків серед чоловіків більша за

кількість первинних випадків серед жінок приблизно в 2,5 разу. Показник серед дітей був меншим, ніж серед дорослих, майже у 8 разів. Повторних випадків було більше серед дорослих, а серед дітей повторно захворів лише 1 хлопчик.

Серед осіб, які повторно лікувалися у стаціонарі, також переважали чоловіки — в 2,5 разу більше, ніж жінок. Такі дані можна пояснити неретельним виконанням чоловіками порад лікаря, порушенням режиму (вживання алкоголю, куріння, емоційні переживання у зв'язку з утратою роботи).

Серед хворих мешканців міста було удвічі більше, ніж мешканців села. Кількість хворих чоловіків під час як первинного звернення, так і повторного приблизно в 2–3 рази перевищувала кількість хворих жінок незалежно від місця проживання. Кількість первинних хворих чоловіків у місті менша, ніж у селі. Проте частота повторних звернень міських мешканців чоловічої статі майже в 3 рази більша порівняно з сільськими чоловіками, що свідчить про частішу стаціонарну допомогу мешканцям міста. Можливо, що самолікування рекламованими засобами призводить до резистентних форм псоріазу та збільшення площі ураженої шкіри.

За соціальним станом обстежені хворі розподілилися так: працюючі — 117 (37,14 %) хворих на ПХ, учні — 51 (16,19 %). Непрацюючих було 147 (46,67 %), серед них 27 (8,57 %) пенсіонерів, 32 (10,16 %) інваліди. Однак спостерігалася тенденція до збільшення кількості хворого дорослого працюючого населення порівняно з відповідними непрацюючими. Цікаво, що найменше хворих на псоріаз було серед пенсіонерів та інвалідів. Можливо, визначальним у цій ситуації став соціально-економічний фактор.

Серед обстежених шкідливі звички мали 134 (42,54 %) хворих: куріння — 132 (41,91 %), зловживання алкоголем — 23 (7,30 %).

У найбільшій кількості хворих виявлено бляшкову форму вульгарного псоріазу — 246 (78,09 %).

АП спостерігався найчастіше у пацієнтів віком 40–50 років з однаковою частотою ураження жінок та чоловіків. Клінічні вияви АП і його перебіг були надзвичайно різноманітними. У 42 (95,5 %) хворих на АП встановлено ураження периферичних суглобів, переважно поліартикулярний варіант перебігу з ураженням суглобів кистей та зап'ястків. У 2 (4,5 %) випадках визначалися аксиллярні ураження скелета, хоча в одному з них спостерігалися ураження як периферичних суглобів, так і хребта, але домінували перші.

Більшість пацієнтів мали чітко сформований тип псоріазу: зимовий — 257 (81,59 %) осіб; весняно-літній — 52 (16,51 %), змішаний — 6

(1,90 %). Хворих було госпіталізовано у зв'язку з прогресуванням хвороби — 210 (66,67 %) осіб, поширеним ураженням шкіри в стаціонарній стадії — 98 (31,11 %), торпідністю до лікування — 7 (2,22 %).

Отже, згідно з даними IV відділення Львівського обласного шкірно-венерологічного диспансеру, захворюваність на псоріаз зросла у міських мешканців чоловічої статі працездатного віку, що призводить до більш частішої їх госпіталізації. У стаціонарних умовах частіше лікуються хворі з поширеною вульгарною формою псоріазу в прогресуючій стадії захворювання та АП зі сформованою кістковою патологією в переважній більшості периферичних суглобів, тобто з підтвердженим рентгенологічно діагнозом. Псоріатичне ураження суглобів у літньому віці створює труднощі для встановлення діагнозу внаслідок супутньої патології та вікових змін і потребує коректного медикаментозного лікування. Спостерігаються тенденції до «омолодження» псоріазу.

Отримані клінічні дані підтверджують, що за останніх майже 20 років кількість зареєстрованих випадків псоріазу у Львівській області зросла та збільшилася динаміка випадків уперше виявленого дерматозу. На нашу думку, визначальною у цій ситуації була незадовільна соціально-економічна ситуація в Україні. Окрім того, варіабельність клінічного перебігу, значна кількість форм, складний патогенез, неоднозначність терапевтичних утручань та їх розмаїття, супутня патологія створюють об'єктивні труднощі для діагностики та лікування псоріазу.

Аналіз особливостей клінічного перебігу та форм АП у обстежених продемонстрував його переважання у пацієнтів чоловічої статі (108 (76,60 %) порівняно з 33 (33,40 %) — жіночої) з тривалістю захворювання від 1 міс до 27 років. Середній вік хворих становив (46,7 ± 3,18) року (в чоловіків — 42,6 ± 1,52, у жінок — 51,0 ± 1,68). 115 (81,56 %) пацієнтів були працездатного віку, причому 46 % з них мали групу інвалідності з приводу цієї хвороби, що свідчить про їх соціальну неадаптованість. У 87 хворих спостерігався перебіг середньої тяжкості АП, у 26 (61,70 %) випадках встановлено тяжкий безперервно рецидивуючий характер захворювання. На спадковість ПХ вказували 27 (19,15 %) пацієнтів.

У більшості хворих переважали поширені форми псоріазу: 106 (75,17 %) — поширений бляшковий псоріаз, 22 (15,6 %) — псоріатична еритродермія, 2 (1,41 %) — ексудативно-пустульозний псоріаз. Прогресивну стадію псоріазу діагностовано у 117 (82,97 %) хворих, у інших пацієнтів — стаціонарну. Слід зазначити, що на

відміну від окремої вибірки в більшості випадків АП у прогресивній стадії з недиференційованою формою спостерігався в осіб працездатного віку із групою інвалідності з приводу цієї хвороби. Окрім того, хворі через необізнаність щодо етіопатогенезу АП та його перебігу нерідко не звертали уваги на початкові вияви хвороби і зазвичай пов'язували їх зі змінами метеорологічних умов чи наслідками важкої фізичної праці. Тому перші ознаки АП здебільшого виявлялися стаціонарно під час звернення з черговим загостренням псоріазу або вже при сформованій кістко-суглобовій патології.

У дебюті одночасне ураження шкіри та суглобів встановлено у всіх пацієнтів. У 2 (1,41 %) хворих початок ПХ в анамнезі супроводжувався виявами суглобових уражень, а через 1–2 роки приєдналися ураження шкіри. В інших хворих (98,59 %) шкірний синдром ПХ передував суглобовому. У 121 (85,82 %) пацієнта переважала змішана форма псоріазу, зимову форму мали 20 (14,18 %) пацієнтів.

Хворі з достовірним діагнозом АП у ході спостереження найчастіше мали такі скарги: біль та скутість рухів суглобів кистей рук — 78,72 %; біль та скутість рухів у середніх суглобах — 16,28 %; біль і ранкова скутість у крижовому відділі хребта — 5 %; біль у ділянці п'яток — 53 %; псоріатичні висипання — 100 %; ураження нігтів — 73,05 %; запально-ціанотичний колір, набряк шкіри над ураженими суглобами — 95 %, погіршення самопочуття та сну — 100 %; дратливість — 95 %.

Асиметричний периферичний артрит діагностовано у 134 (95,04 %) хворих з АП, зокрема у 23 (16,3 %) — ураження середніх суглобів. Дактилїт («палець-сосиска») спостерігали у 38 % пацієнтів, а раннє залучення у патологічний процес великого пальця стопи — у 9 %. У жінок частіше виявляли ураження дистальних та проксимальних з'єднань пальців кистей, колінних і клубово-стегнових суглобів, а для чоловіків був характерним розвиток сакроїлеїту.

Монооліоартритичний варіант АП виявлено в 62 (44 %) випадках. Найчастіше спостерігали асиметрично уражені великі або середні суглоби, іноді в поєднанні з ураженням І–ІІ дистальних міжфалангових суглобів або з дактилітом. Серед обстежених з монооліоартритичним типом ураження у 18 % пацієнтів встановлено гідартроз. Причому в одного хворого спостерігали масивний випіт у колінному суглобі без локальної гіперемії, гіпертермії і шкірних псоріатичних елементів на момент обстеження. Деструктивний артрит І міжфалангового суглоба стопи виявлено у 3 (2,48 %) випадках АП з монооліоартритичним перебігом.

При різних формах АП у 103 (73,05 %) випадках встановлено псоріатичне ураження нігтів у вигляді поперечних та поздовжніх бороздок, піднігтьового гіперкератозу, оніхолізу, симптомів «наперстка», «масляних плям», що свідчить про тісний взаємозв'язок оніходистрофій та виявів псоріатичного ураження суглобів. У 38 % хворих на АП із залученням у патологічний процес нігтьових пластин виявлено мікотичне ураження.

Отримано дані про поширеність і ступінь взаємозв'язку виявлених при АП супутніх захворювань з активністю патологічного суглобового псоріатичного процесу. Системні вияви хвороби різного генезу або супутню патологію встановлено у 86 хворих обстежених, що становить 60,99 % загальної кількості пацієнтів. У багатьох випадках виявлено зв'язок з однією чи кількома супутніми патологіями та АП. У процесі обстеження в 24 (17,02 %) осіб виявлено захворювання органів травлення (хронічні форми гастродуоденіту, неспецифічного коліту, гепатохолецистопанкреатит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки); у 47 (33,33 %) пацієнтів — захворювання серцево-судинної системи (стенокардія спокою та напруження, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба І–ІІ ступеня), що в 75 % випадків поєднувалися з ожирінням І–ІІ ступеня; у 13 (9,22 %) пацієнтів — цереброваскулярну патологію (вегетосудинна дистонія, остеохондроз); у 5 (3,55 %) пацієнтів — захворювання дихальної системи (хронічні форми бронхіту); у 5 (4,13 %) пацієнтів — сечостатевої системи (пієлонефрит, сечокислий діатез, цистит).

Артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця реєстрували найчастіше у випадках серцево-судинної патології при АП, з поширеністю, відповідно від 2,6 до 37 % та від 7,8 до 29,6 % залежно від форми патологічного псоріатичного суглобового процесу, віку хворого. Реєструвалися випадки стенокардії (до 5,2 %) та захворювань периферичних кровоносних судин (до 4,7 %). Доведено найбільше виражений прямий корелятивний взаємозв'язок (від +0,8 до +0,9) у прогресуючій стадії дерматозу та АП з артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця та захворюваннями периферичних кровоносних судин і стенокардією (від +0,7 до +0,8).

Симптоми серцево-судинних захворювань (ССЗ) зазвичай є гострими чи такими, що призводять до інвалідизації хворого. Оскільки серед хворих на АП поширеність ССЗ вища, ніж у загальній популяції, дерматологам відведено ключову роль у своєчасному виявленні патології, веденні та направленні до спеціаліста пацієнтів з ССЗ або ризиком ССЗ через шкідливі звички.

Випадки надмірної маси тіла найчастіше спостерігалися при АП середньої тяжкості та тяжкій формі захворювання і становили 37–42 %, а ожиріння I–II ступеня – 20–32 %. Встановлено кореляційний зв'язок між ожирінням та АП при легкій формі ПХ у межах від +0,6 до +0,7, а при тяжкій – від +0,8 до +0,9. У всіх цих хворих виявлялася дисліпідемія (ДЛ), ступінь вираженості якої залежав від форми АП. Поширеність ДЛ (підвищений рівень тригліцеридів та зниження рівня холестеролу, ліпопротеїди високої щільності) при легкій формі АП становила 21,1–21,3 %, а при тяжкій формі – від 27,0–29,5 % залежно від стадії дерматозу. Доведено найбільше виражений прямий корелятивний взаємозв'язок (до +0,9) між ДЛ і ожирінням при прогресивній стадії дерматозу та функціональній недостатності АП II–III ступеня.

Частота реєстрації цукрового діабету (ЦД) або зниження толерантності до глюкози коливалась у межах від 2,1 до 32,7 % залежно від ступеня тяжкості АП, надмірної маси тіла з найсильнішим одновекторним корелятивним взаємозв'язком від (+0,6) до (+0,7).

У 67 % випадків АП середньої тяжкості з тривалістю захворювання понад 5 років в анамнезі реєструвалися ЦД або зниження толерантності до глюкози, АГ, надмірна маса тіла, ДЛ, що було підставою направляти хворих до спеціаліста з підозрою на метаболічний синдром (МС).

На нашу думку, за характером деякі супутні захворювання, особливо ті, які переважають, могли вплинути на тяжкість перебігу АП, скорочення періоду клінічної ремісії та на аналіз результатів статистичної обробки даних лабораторно-інструментального обстеження, зокрема патологію травного каналу, зміни серцево-судинної системи. Згідно з даними анамнезу, 15 (10,87 %) хворих вказували на зв'язок загострень хронічних запальних захворювань кишечника (ЗЗК) і спалахів псоріатичного процесу та навпаки. На час обстеження у 7 (5,07 %) осіб спостерігалось загострення хронічної патології печінки, підшлункової залози, жовчного міхура. У 2 випадках поєднувалися пустульозний псоріаз, псоріатичний моно- та олігоартрит з домінуючим ураженням великих суглобів, зокрема колінних, на тлі запалення кишечника. Можна припустити, що цей патологічний стан шкіри та опорно-рухового апарату зумовлені автоінтоксикацією внаслідок поглинання мікробних антигенів з кишечника, що свідчить про взаємозв'язок хвороб шкіри, суглобів та кишечника.

Незалежно від етіопатогенних чинників дерматологи мають усвідомлювати, що багато хто з пацієнтів відчуває несприйняття суспільством й

відторгнення через зовнішні вияви псоріатичних уражень. Вплив на якість життя може бути різного ступеня і залежить як від віку, в якому почала розвиватися хвороба, так і зовнішніх виявів утворень [10, 12].

Результати дослідження показали, що психоемоційний стан хворих на початку розвитку АП, у стадії ремісії шкірного і сформованого деформівного ПсА та здорових людей суттєво відрізнявся: невротизація у хворих з АП – $71,3 \pm 0,4$; у стадії ремісії шкірного та сформованого деформівного ПсА – $56,4 \pm 0,2$, у здорових – $4 \pm 0,1$; реактивна тривожність – $49 \pm 0,3$; $30 \pm 0,5$ та $7,8 \pm 0,2$ відповідно; особиста тривожність – $79,9 \pm 0,9$; $54,1 \pm 0,1$ та $7,3 \pm 0,5$ відповідно. Показники якості життя були такими: фізична активність – $37,2 \pm 0,4$; $41,8 \pm 0,3$ у хворих та $96,2 \pm 1,2$ у здорових; соціальна активність – $28,7 \pm 1,9$; $39,7 \pm 1,25$ у хворих та $86,9 \pm 0,3$ у здорових; показник психічного здоров'я – $30,24 \pm 1,7$; $34,3 \pm 1,4$ та $58,9 \pm 1,4$ відповідно. Виявлена в нашому дослідженні поширеність депресії становила від 19 до 71 %, тривожності – від 16 до 45 %. Встановлено сильний кореляційний зв'язок як між депресією, так і тривожністю з АП, зокрема при легкій формі ПсХ – від +0,6 до +0,7, а при тяжкій – від +0,8 до +0,9.

Наведені показники свідчать про те, що у хворих на АП порушений психоемоційний стан, який значною мірою залежить від перебігу хвороби. Прогресивний АП з вираженим больовим синдромом, стійкий деформівний ПсА впливає на вираженість психоемоційного стану пацієнтів, перешкоджає у суспільній адаптації, реалізації себе як індивідуума, особливо при сформованій деформівній патології опорно-рухового апарату та вираженій його функціональній недостатності.

Несприйняття хворого суспільством суттєво корелює з психологічним пригніченням та рівнем депресії [10, 17]. Як наслідок, АП може негативно позначитися на самосприйнятті хворого, його самооцінці та емоційній стабільності [10, 16]. Більше того, невдале лікування може призводити до поглиблення депресії і відмови від дотримання приписів щодо лікування.

Таким чином, використання шкали тривожності та депресії у попередній діагностиці і їх систематичне використання щодо всіх пацієнтів із псоріазом може сприяти ранньому виявленню захворювання і запобігати прогресуванню супутньої психічної патології до її тяжких форм, при яких вдале лікування й одужання значно менше імовірні.

Існує припущення, що негативний вплив псоріазу на якість життя хворого може призводити до тютюнокуріння, перешкоджати відмові від цієї шкідливої звички [9, 15, 19] або ставати при-

чиною зловживання алкоголем. Деякі автори припускають, що куріння діє як чинник, що спотворює зв'язок між вживанням алкоголю та псоріазом. На користь цієї гіпотези свідчить той факт, що на сьогодні в жодному з досліджень не виявлено ризику розвитку псоріазу в колишніх алкоголезалежних або зв'язку між псоріазом та тривалістю вживання алкоголю [10, 14]. Незалежно від реальних механізмів розвитку хвороби, враховуючи негативний вплив на якість життя цих звичок, дерматологічний кабінет є належним місцем для донесення до пацієнта настанови стосовно їх шкідливості для здоров'я.

У дослідженні курцями вважали тільки тих, хто курив на його початок, тому поширеність цієї шкідливої звички становила до 58,3 % (82 особи). Найсильніший зв'язок простежувався у госпіталізованих хворих на АП середньої тяжкості і становив +0,7.

Неоднаковість відповідей пацієнтів з АП щодо частоти вживання ними алкоголю на момент обстеження за результатами опитувальника (індекс недієздатності при псоріазі (Psoriasis Disability Index)), впливу захворювання на якість життя пацієнта утруднювала порівняння. Встановлено поширеність на рівні 5,7–23 % хворих на АП, що вживали більше однієї порції на день. Утім, цей зв'язок виявився слабшим або таким, що не досягає значущості, навіть з багатоваріантним аналізом з поправкою на тютюнокуріння.

Коморбідність АП поряд з іншими факторами може виступати ендогенним тригером загострень ПХ або впливати на її перебіг. До таких факторів, з різними рівнями доказовості причинно-наслідкового зв'язку, ми зарахували: інфекційні захворювання; психосоматичні/соматопсихічні фактори, стрес; метаболічні порушення (окрім зазначеного метаболічного синдрому, гіпокальціємії); лікарські засоби (антагоністи β-адренорецепторів, інтерферони, антагоністи АПФ); шкідливі для здоров'я речовини (алкоголь, нікотин, побутова хімія).

Отримані клінічні дані підтверджують припущення деяких дослідників про певний вплив територіального місця проживання, вираженої коморбідності, умов життя та праці на розвиток АП. На нашу думку, у таких пацієнтів розвиваються дезадаптаційні синдроми внаслідок підвищеної реактивності до змін метеорологічних, фізичних чи психічних факторів, що можна вважати провідним патогенетичним чинником розвитку ПХ, її загострення чи рецидиву, а також

однією з причин уражень опорно-рухового апарату в таких хворих.

Висновки

Протягом останніх десятиріч спостерігається епідеміологічне зростання захворюваності на АП, особливо з тяжким клінічним перебігом, дискусійними характеристиками, торпідністю до рекомендованої терапії, вираженими ускладненнями чи коморбідністю, що своєю чергою вимагає удосконалення критеріїв діагностики та медичної статистики АП у стаціонарах дерматологічного профілю. В ідеалі роль дерматолога має полягати в оцінюванні стану пацієнта з АП і проведенні попередньої діагностики інших супутніх захворювань з подальшим направленням до відповідного спеціаліста для уточнення діагнозу, лікування та контрольних обстежень. Під час роботи з пацієнтом, який вже має супутню патологію, дерматолог повинен наголосити на важливості дотримання призначеного лікування, протоколу контрольних обстежень та здорового способу життя.

ПХ часто поєднується з деякими іншими соматичними захворюваннями, що може бути пов'язано з певними патогенетичними механізмами, характерними як для ПХ, так і цих соматичних захворювань.

Доведено коморбідність АП та запальних уражень кишечника, метаболічного синдрому, виявами якого є центральне ожиріння, атерогенна дисліпідемія, гіперглікемія та зниження толерантності до глюкози, артеріальна гіпертензія. Незважаючи на те, що термін «метаболічний синдром» останніми роками зазнає перегляду, лікар повинен враховувати можливі фактори коморбідності ПХ і виявляти ураження систем організму (серцево-судинної, травної, ендокринної тощо).

Корекція ендогенних тригерних факторів може відігравати провідну роль у терапії ПХ, оскільки вони виступають додатковими факторами обтяження перебігу та загострення захворювання.

Отже, рання діагностика АП та своєчасне виявлення (чи запобігання) супутніх системних виявів ССЗ, ЗЗК, МС, а також депресивного стану пацієнта дасть змогу не лише покращити стан здоров'я та якість життя хворих, а й оптимально розпоряджатися наявними ресурсами.

На сучасному етапі вкрай необхідним є розроблення конкретних практичних рекомендацій, які допоможуть дерматологам у виконанні двох ключових функцій під час ведення пацієнтів з АП: здійснення первинної і вторинної профілактики супутніх захворювань та пропаганда здорового способу життя.

Список літератури

1. Бадюкин В.В. Псориазический артрит и псориаз: проблема взаимосвязи и взаимообусловленности // Избранные лекции по клинической ревматологии / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука.— М.: Медицина, 2001.— С. 82—90.
2. Беляев Г.М., Рыжко П.П. Псориаз, псориазическая артропатия.— [3-е изд., доп.]— М.: Мед. Пресс-информ, 2005.— 272 с.
3. Карнаух Ю.В. Еволюція поглядів на механізми розвитку псориазического артриту // Укр. терапев. журн.— 2010.— № 2.— С. 101—106.
4. Кваша В.П. Псориазический артрит (питання генезису, діагностики та лікування): автореф. дис. ...д-ра мед. н., спец. 14.01.21 «Травматологія та ортопедія».— Харків, 2007.— 33 с.
5. Коваленко В.М., Шуба Н.М. Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб.— 2004.— 156 с.
6. Молочков В.А., Бадюкин В.В., Альбанова В.И. и др. Псориаз и псориазический артрит.— М., 2007.— 306 с.
7. Псориаз: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах Код МКХ-10: L40— Псориаз // Робоча версія № 4 pre-final.— К., 2013.— 218 с.
8. Alenius G., Stenberg B., Stenlund H. et al. Inflammatory joint manifestations are prevalent in psoriasis: prevalence study of joint and axial involvement in psoriatic patients, and evaluation of a psoriatic and arthritic questionnaire // Rheumatol.— 2002.— Vol. 29.— P. 2577—2582.
9. Bo K., Thoresen M., Dalgard F. Smokers report more psoriasis, but not atopic dermatitis or hand eczema: results from a Norwegian population survey among adults // Dermatology.— 2008.— Vol. 216.— P. 40—45.
10. Dauden E., Castaneda S., Suarez C. et al. Clinical practice guideline for an integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis // JEADV.— 2013.— Vol. 27.— P. 1387—1404.
11. Ejaz A., Iftikhar A., Iftikhar N. Patterns of psoriatic arthritis // Coll. Physicians Surg.— 2009.— Vol. 19.— P. 553—556.
12. Kimball A., Jacobson C., Weiss S. et al. The psychosocial burden of psoriasis // Clin. Dermatol.— 2005.— Vol. 6.— P. 383—392.
13. Miele L., Vallone S., Cefalo C. et al. Prevalence, characteristics and severity of non-alcoholic fatty liver disease in patients with chronic plaque psoriasis // J. Hepatol.— 2009.— Vol. 51.— P. 778—786.
14. Naldi L. Association of early-stage psoriasis with smoking and male alcohol consumption: evidence from an Italian case-control study / L. Naldi, L. Peli, F. Parazzini // Arch. Dermatol.— 1999.— Vol. 135.— P. 1479—1484.
15. Plotnikoff N., Faith R., Murgo A. et al. Cytokines: Stress and Immunity // Second Edition.— CRC.— 2006.— 405 p.
16. Russo P., Ilchef R., Cooper A. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review // Australas J. Dermatol.— 2004.— Vol. 45.— P. 155—160.
17. Van Voorhees A., Fried R. Depression and quality of life in psoriasis // Postgrad Med.— 2009.— Vol. 121.— P. 154—161.
18. Wu Y., Mills D., Bala M. Psoriasis: cardiovascular risk factors and other disease comorbidities // J. Drugs Dermatol.— 2008.— Vol. 7.— P. 373—377.
19. Zhang X., Wang H. Wang, Te-Shao H. et al. Frequent use of tobacco and alcohol in Chinese psoriasis patients // Dermatology.— 2002.— Vol. 41.— P. 659—662.

О.О. Сизон

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Эпидемиология и взаимозависимость коморбидности артропатического псориаза и клинического течения болезни

Цель работы — изучить эпидемиологию и взаимосвязь патологических кожных, суставных псориазических процессов с системными проявлениями или сопутствующей патологией, а также психическими характеристиками больного с последующей разработкой конкретных рекомендаций по проведению диагностики для направления пациентов к специалисту и организации лечения в случае сопутствующей патологии.

Материалы и методы. Проанализированы эпидемиологические показатели заболеваемости на псориаз во Львовской области за последние два десятилетия; результаты клинического обследования 141 больного с артропатическим псориазом (АП) на фоне псориазических кожных проявлений, среди которых у 19 (13,48 %) пациентов не было жалоб на повреждение костно-суставной системы на момент обследования; данные историй болезней отдельной выборки из 315 больных псориазом, находившихся на стационарном лечении в течение года. Всем больным объемом диагностических мероприятий определено согласно приказу Министерства здравоохранения Украины от 8.05.2009 № 312. Больным дополнительно проведено исследование психосоматического состояния.

Результаты и обсуждение. Клиническое течение АП чрезвычайно многогранное, а глубина его изучения еще на данном этапе недостаточна. Полученные клинические данные подтверждают, что за последние почти 20 лет количество зарегистрированных случаев псориаза во Львовской области увеличилось в 1,65 раза, а динамика впервые выявленного дерматоза — на 60,83 %.

На основе отдельной выборки доказано, что заболеваемость псориазом возросла у городских жителей мужского пола трудоспособного возраста, что приводит к более частой их госпитализации. В стационарных условиях чаще лечатся больные с распространенными вульгарной формой псориаза в прогрессирующей стадии заболевания и АП со сформированной костной патологией, в подавляющем большинстве периферических суставов. Псориазические поражения суставов в пожилом возрасте создают трудности для установления диагноза вследствие наличия сопутствующей патологии и возрастных изменений.

Доказана коморбидность АП и метаболического синдрома, проявлениями которого являются центральное ожирение (до 42 %), атерогенная дислипидемия (до 29,5 %), гипергликемия и снижение толерантности к глюкозе (до 32,7 %), артериальная гипертензия (до 37 %). Установлена сильная корреляционная связь как между депрессией, так и тревожностью с АП от +0,6 до +0,9, которая указывает на то, что у больных АП нарушено психоэмоциональное состояние, которое в значительной мере зависит от тяжести течения болезни.

Выводы. Вариабельность клинического течения АП, значительное количество форм, сложные патогенез и лечение, сопутствующая патология создают объективные трудности для диагностики и лечения болезни. По нашему мнению,

доминирующей причиной увеличения уровня заболеваемости, в частности во Львовской области, была неудовлетворительная социально-экономическая ситуация в Украине на протяжении последних лет. Ранняя диагностика АП и своевременное выявление или предупреждение сопутствующих системных проявлений (сердечно-сосудистых заболеваний, метаболического синдрома, дислипидемии), а также депрессивного состояния пациента позволит не только улучшить состояние здоровья и качество жизни больных, но и будет иметь оптимальный социально-экономический эффект.

На современном этапе необходима разработка конкретных практических рекомендаций, которые помогут дерматологам в выполнении двух ключевых функций при ведении пациентов с АП: осуществление первичной и вторичной профилактики сопутствующих заболеваний и пропаганда здорового образа жизни.

Ключевые слова: артропатический псориаз, эпидемиология, клиническое течение, коморбидность, корреляционная взаимосвязь.

O.O. Syzon

Danylo Galytsky Lviv National Medical University

Epidemiology and association between comorbidity of arthropathic psoriasis and clinical course of the disease

Purpose — to examine the epidemiology and the relationship of pathological skin, psoriatic joint processes with systemic manifestations or comorbidities and mental characteristics of the patient with the following development of specific recommendations for the diagnosis for referral to a specialist and organization of treatment in case of comorbidity.

Materials and methods. The following data has been analysed: epidemiologic evidence concerning the prevalence of psoriasis in Lviv region over the past two decades; clinical examination data for 141 patients with arthropathic psoriasis (AP) with the underlying psoriatic skin manifestations, among whom 19 (13.48 %) patients had no complaints of any disorders in the skeleton or joints as of the examination date; and a sample of 315 case histories of in-patients with psoriasis treated during a year. All these patients underwent diagnostic procedures as set out in the Order N 312 issued by the Ministry of Public Health of Ukraine on 8 May 2009. Additionally, the patients had their psychosomatic status evaluated.

Results and discussion. The clinical course of AP is extremely many-faceted and has not yet been studied sufficiently. According to the clinical evidence, the number of psoriasis patients registered in Lviv region has grown by 1.65 times over the past 20 years, while the prevalence of newly detected dermatosis has increased by 60.83 %. Based on a special sample studied, the prevalence of psoriasis in males of working age belonging to urban population has grown, resulting in a more frequent hospitalization of such patients. Among in-patients prevail those with a vulgar form of psoriasis at the progressing stage of disease and AP with pathologic bone formations, primarily affecting the peripheral joints. Psoriatic joint disorders in elderly patients are difficult to diagnose due to associated pathologies and age-related changes. Comorbidity between metabolic syndrome and AP has been demonstrated, with such metabolic syndrome manifestations as abdominal obesity (about 42 %), atherogenic dyslipidemia (about 29.5 %), hyperglycaemia with impaired glucose tolerance (about 32.7 %), and arterial hypertension (about 37 %). A strong correlation has been found between depression / anxiety and AP (between +0.6 and +0.9) indicating psychoemotional disturbances in patients with AP that are strongly associated with the severity of the disease course.

Conclusions. A wide variability of the AP presentation, a large number of the disease forms, difficult pathogenesis and treatment, and existing concomitant pathologies impose specific difficulties in terms of diagnosis and management. We view upon a poor social and economic situation in Ukraine over the past years as the major cause of the growing incidence rate, particularly in Lviv region. Early AP diagnosis and timely detection or prevention of comorbid systemic conditions (cardiovascular diseases, metabolic syndrome, dyslipidemia) as well as patient's depressive state will allow us to improve the health and lifestyle of patients and bring an optimal socio-economic effect. Hence there is an urgent need in specific clinical practice guidelines aimed at assisting dermatologists in carrying out their two key functions in managing patients with AP, i. e. primary and secondary preventive treatment of associated diseases and promoting a healthy lifestyle among patients.

Key words: arthropathic psoriasis, epidemiology, clinical course, comorbidity, correlation.

Дані про автора:

Сизон Орія Орестівна, доц. кафедри поліклінічної справи, сімейної медицини та дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69. Тел. (095) 440-79-75