

# Особливості клінічних проявів та перебігу псоріазу у хворих із супутньою артеріальною гіпертензією

Федотов В. П., Візір В. А., Макуріна Г. І.

*Запорізький державний медичний університет*

Вивчені особливості епідеміології, клінічних проявів та перебіг псоріазу у пацієнтів із супутньою артеріальною гіпертензією. Виявлено, що псоріаз у поєднанні з артеріальною гіпертензією має більш ранній початок у порівнянні з пацієнтами, які страждають на псоріаз без гіпертензії, у середньому на 8-10 років. Провокуючими факторами у жінок частіше є стреси (особливо в групі із супутньою гіпертензією), у чоловіків обох груп – стреси і вживання алкоголю. У пацієнтів, хворих на псоріаз із супутньою гіпертензією, в 1,6 разу частіше зустрічаються тяжкі ураження – дифузний, артропатичний псоріаз, еритродермія; у 3 рази частіше – ексудативний псоріаз; у 2,5 разу рідше зустрічається вульгарний псоріаз.

**Ключові слова:** псоріаз, артеріальна гіпертензія, клінічний перебіг.

Псоріаз залишається одним з розповсюджених у світі захворювань шкіри. За даними різних джерел, на цей дерматоз страждають 2-4 % населення у загальних популяціях [1, 2, 6]; при цьому 25 % пацієнтів дерматологічних стаціонарів – це хворі на псоріаз з тяжким або середньо-тяжким перебігом захворювання. Останнім часом у науковій літературі замість терміну «псоріаз» все частіше використовують термін «псоріатична хвороба», підкреслюючи таким чином системність ураження різних органів та систем з урахуванням так званих коморбідних станів, до яких належать [7-9, 12, 14]:

- метаболічний синдром;
- серцево-судинні захворювання;
- психологічні розлади.

Етіологія псоріазу й до нинішнього часу залишається невідомою, однак усі автори одної думки щодо патогенезу цього захворювання.

В основі дерматозу лежить патологічне прискорення проліферації кератиноцитів, яке супроводжується порушенням процесу їх диференціації та зроговіння [6]. Гістологічними дослідженнями підтверджено, що у псоріатичній бляшці хворих відмічаються значні порушення режиму проліферації клітин епідермісу, проявом чого є збільшення мітотичного індексу, зростання їх мітотичної активності, скорочення мітотичного часу і збільшення складу патологічних форм клітин, що діляться поряд з постійним співвідношенням фаз мітозу. Такі зміни проліферації супроводжуються значними біохімічними порушеннями кератинізації, білково-

синтетичних функцій та інших процесів [3, 4].

Причина такого прискорення клітинної проліферації й досі є предметом досліджень. Є припущення, що псоріатичні ураження шкіри пов'язані з дефектом у каскаді реакцій аденілатциклазної системи, що призводить до порушення проліферації клітин епідермісу та їх диференціації. Кератиноцити мають ряд пов'язаних з аденілатциклазою рецепторів мембран, а саме: рецептори до гістаміну, аденозину і простагландинів. Існує виражена вибірковість щодо рецепторів, пов'язаних з аденілатциклазою.

Аденілатциклаза кератиноцитів людини більш чутливо реагує на  $\beta$ -адренергічну стимуляцію, ніж на інші види. Стосовно цього різні автори приходять до висновку, що відповідна реакція  $\beta$ -адренорецепторної системи на специфічну стимуляцію в ураженій псоріазом шкірі знижена у порівнянні із здоровою шкірою. Доведено наявність у сироватці крові хворих на псоріаз низькомолекулярних компонентів, які здатні активно взаємодіяти з  $\beta$ -адренорецепторами клітинних мембран, викликаючи їх блокаду. Значний науковий та практичний інтерес мають клінічні спостереження деяких авторів щодо появи псоріазиформної висипки у здорових осіб та загострення псоріазу при проведенні терапії супутніх серцево-судинних захворювань  $\beta$ -адреноблокаторами.

Спільність патогенезу псоріазу та гіпертонічної хвороби обумовлена наявністю деяких спільних чинників, що провокують появу захворювання або його загострення:

- спадковість;

- ендокринні розлади;
- підвищена маса тіла;
- стреси;
- паління та вживання алкоголю.

Процеси, які обумовлюють запальну та судинну реакцію як при псоріазі, так і в умовах формування артеріальної гіпертензії, також спільні – це вплив прозапальних цитокінів, таких як ФНП- $\alpha$  та *IL-2* [5, 10-12]. У результаті каскаду імунопатологічних реакцій виникають типові для псоріатичного ураження шкіри вогнища, з одного боку, та підвищений судинний опір, – з іншого.

**Мета дослідження** – вивчити особливості епідеміології та клінічних проявів у хворих на псоріаз з супутньою артеріальною гіпертензією.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилось 54 хворих (28 жінок та 26 чоловіків у віці від 20 до 69 років) з різними клінічними формами псоріазу та супутньою артеріальною гіпертензією та 52 хворих на псоріаз без артеріальної гіпертензії.

ІндексОбл = (еритема + лущення + інфільтрація)  $\times$  (ваговий коефіцієнт області).

Ваговий коефіцієнт області відповідає поверхні шкіри:

- 0,4 – ноги;
- 0,3 – тулуб;
- 0,2 – руки;
- 0,1 – голова.

Після підрахунку індексу для кожної з чотирьох областей підсумовували всі показники і отримували загальний сумарний індекс *PASI*, представлений числом від 0 (відсутність хвороби) до 72 (найтяжкий перебіг). В групах із середньотяжким перебігом дерматозу індекс  $10 < PASI \leq 30$ , у групі з тяжким перебігом –  $PASI > 30$ .

Діагноз артеріальної гіпертензії встановлювали на підставі «Рекомендацій Української асоціації кардіологів»; до дослідження залучали лише хворих на гіпертонічну хворобу II стадії хвороби.

Обробка отриманих результатів проводилась за допомогою *Microsoft Excel* з визначенням середніх значень (*M*) і стандартних відхилень (*m*) показників.

Оцінка шкірного процесу проводилась шляхом клінічного огляду з використанням індексу *PASI* (**P**soriasis **A**rea **S**everity **I**ndex). Для визначення цього індексу тіло пацієнта умовно поділяли на чотири області:

- ноги – 40 % від загальної поверхні шкіри;
- тулуб (груди, живіт, спина) – 30 %;
- руки – 20 %;
- голова – 10 % від загальної поверхні шкіри.

Кожна з цих чотирьох областей оцінювалась окремо – від 0 до 6 балів залежно від ступеня ураження.

Далі для кожної області оцінювалась інтенсивність прояву кожної з трьох клінічних ознак:

- еритема;
- лущення;
- інфільтрація;

інтенсивність оцінювалась від 0 (відсутність ознаки) до 4 (максимальна ступінь прояву).

Після цього для кожної області визначали свій індекс за формулою:

**Результати та їх обговорення.** При проведенні дослідження враховувались анамнестичні дані. Дебют псоріазу найчастіше відзначався у віці від 25 до 46 років. У якості передбачуваної причини виникнення або загострення псоріатичного процесу пацієнти визначали психоемоційний стрес (смерть близької людини, розлучення, звільнення з роботи, конфліктні ситуації в сім'ї та на роботі тощо) та зміну пори року. При цьому треба зазначити, що у хворих на псоріаз із супутньою артеріальною гіпертензією стресові ситуації є більш частою причиною як першої появи дерматозу, так і виникнення загострень (табл. 1).

Дані наведені у табл. 1 вказують на те, що у хворих на псоріаз з супутньою артеріальною гіпертензією найбільш частим тригером загострення псоріатичного процесу є стресові фактори, особливо серед жінок. Також спостерігалась тенденція до збільшення кількості пацієнтів із провокуванням загострення під дією сезонних коливань. Серед факторів, що сприяють загостренню псоріазу у чоловіків, – як з

Таблиця 1 - Фактори, що сприяють загостренню псоріазу

Фактор	Псоріаз та гіпертонічна хвороба (n = 54)		Псоріаз (n = 52)	
	Чоловіки (n = 26)	Жінки (n = 28)	Чоловіки (n = 30)	Жінки (n = 22)
Психоемоційний стрес	10 (38,5 %)	18 (64,3 %)	6 (20,0 %)	12 (54,5 %)
Сезонні коливання	4 (15,4 %)	6 (21,4 %)	4 (13,3 %)	5 (22,7 %)
Інфекційні фактори	2 (7,7 %)	1 (3,6 %)	6 (20,0 %)	1 (4,6 %)
Алкоголь	7 (26,9 %)	1 (3,6 %)	9 (30,0 %)	1 (4,6 %)
Причина не встановлена	3 (11,5 %)	2 (7,1 %)	5 (16,7 %)	3 (13,6 %)

супутньою артеріальною гіпертензією, так і без неї, – спостерігається переважання стресових ситуацій, а також прийом алкоголю.

Як видно з табл. 2, серед хворих на псоріаз із супутньою артеріальною гіпертензією переважали жінки у віці від 30 до 49 років, чоловіки – від 40 до 49 років. У групі порівняння (без артеріальної гіпертензії) переважали жінки у віці від 40 до 49 років і чоловіки від 50 до 59 років, що свідчить про вплив вікового параметру на формування псоріазу при наявності артеріальної гіпертензії.

Дані табл. 3 свідчать про наявність особливостей клінічних проявів шкірного процесу у хворих на псоріаз у поєднанні з артеріальною гіпертензією. Привертає увагу значно більша кількість тяжких форм у групі псоріазу та артеріальної гіпертензії. Так, загальна кількість хворих на дифузний псоріаз, псоріатичну еритродермію та артропатичний псоріаз у дослі-

джуваній групі становить

- у чоловіків – 42,2 % проти 26,7 % аналогічних форм у групі хворих на псоріаз (без артеріальної гіпертензії);

- у жінок – 35,7 % проти 22,8% аналогічних форм у групі хворих на псоріаз.

Ці дані свідчать про те, що при наявності супутньої артеріальної гіпертензії тяжкі форми псоріазу зустрічаються частіше в 1,6 разу. Також значна різниця спостерігається у захворюваності на ексудативний псоріаз. У групі хворих, які страждають на псоріаз, ця форма зустрічається у 3 рази рідше, ніж у хворих на псоріаз з супутньою артеріальною гіпертензією. Що стосується вульгарного бляшкового псоріазу, то можна відзначити, що у хворих на псоріаз це найбільш розповсюджена форма захворювання, а у хворих на псоріаз у поєднанні з супутньою гіпертензією вона зустрічається значно (у 2,5 разу) рідше.

Таблиця 2 - Розподіл хворих за віком

Вікова група (роки)	Псоріаз та гіпертонічна хвороба (n = 54)		Псоріаз (n = 52)	
	Чоловіки (n = 26)	Жінки (n = 28)	Чоловіки (n = 30)	Жінки (n = 22)
20-29	3 (11,5 %)	2 (7,1 %)	6 (20,0 %)	5 (22,7 %)
30-39	4 (15,4 %)	8 (28,6 %)	6 (20,0 %)	4 (18,2 %)
40-49	9 (34,6 %)	9 (32,1 %)	5 (16,7 %)	7 (31,8 %)
50-59	6 (23,1 %)	5 (17,9 %)	10 (33,3 %)	5 (22,7 %)
60-69	4 (15,4 %)	4 (14,3 %)	3 (10,0 %)	1 (4,6 %)

Таблиця 3 - Розподіл хворих за формою псоріазу

Форма псоріазу	Псоріаз та артеріальна гіпертензія (n = 54)		Псоріаз (n = 52)	
	чоловіки (n = 26)	жінки (n = 28)	чоловіки (n = 30)	жінки (n = 22)
Вульгарний бляшковий	7 (26,9 %)	7 (25,0 %)	18 (60,0 %)	14 (63,6 %)
Ексудативний	8 (30,9 %)	11 (39,3 %)	4 (13,3 %)	3 (13,6 %)
Дифузний	3 (11,5 %)	2 (7,1 %)	3 (10,0 %)	1 (4,6 %)
Еритродермія	3 (11,5 %)	2 (7,1 %)	2 (6,7 %)	1 (4,6 %)
Артропатичний	5 (19,2 %)	6 (21,5 %)	3 (10,0 %)	3 (13,6 %)

### Висновки

1 Серед обстежених хворих на псоріаз та псоріаз із супутньою артеріальною гіпертензією виявлено, що найбільш частим тригером виникнення захворювання та його загострень у жінок є стреси, у чоловіків – стреси і прийом алкоголю.

2 У хворих на псоріаз з супутньою артеріальною гіпертензією первісний ріст захворюваності на псоріаз припадав на більш молодий вік (після 30 років), ніж у хворих на псоріаз без гіпертонії.

3 Аналіз особливостей клінічних проявів та перебігу псоріазу у хворих із супутньою артеріальною гіпертензією показав, що у них, по-

рівняно з хворими на псоріаз (без артеріальної гіпертензії), відзначалася значно більша – в 1,6 разу – кількість тяжких уражень: еритродермії, дифузного, артропатичного псоріазу; у 3 рази частіше зустрічався ексудативний псоріаз, а вульгарний бляшковий псоріаз зустрічався у 2,5 разу рідше.

4 Отримані дані свідчать про взаємозв'язок псоріазу та артеріальної гіпертензії, доцільність подальшого вивчення цієї проблеми, необхідність розробки диференційованої комплексної терапії цих хворих.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бамер Ю. А., Петерманн Ф., Куль Ю. Роль психосоциальной нагрузки при вульгарном псориазе // Дерматология. – 2010. – № 1. – С. 39-47.
2. Беляев Г. М., Рыжко П. П. Псориаз, псориагическая артропатия. – [3-е изд., доп.]. – М.: Мед. Пресс-информ, 2005. – 272 с.
3. Катунина О. Р. Иммуноморфологическая характеристика клеток воспалительного инфильтрата при псориазе // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. – № 2. – С. 25-29.
4. Кубанова А. А., Катунина О. Р. Иммуноморфология и морфогенез очагов пораженной кожи при псориазе // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 1. – С. 70-80.
5. Оценка продукции различных цитокинов у больных псориазом / Л. И. Маркушева, В. А. Самсонов, А. Г. Саруханова, М. В. Саватеева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. – № 4. – С. 4-6.
6. *Psoriasis*: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах Код МКХ-10; L40 – Псоріаз // Робоча версія № 4 pre-final. – К., 2013. – 218 с.
7. Солошенко Э. Н., Жукова Н. В. Об ассоциации псориаза и метаболического синдрома // Междунар. мед. журн. – 2006. – № 3. – С. 134-138.
8. *Psoriasis and stress: a prospective study* / M. Berg, M. Svensson, M. Brandberg, K. Nordlind // J. Eur. Acad. Dermatol-Venereol. – 2008. – Vol. 22, No 6. – P. 670-674.
9. *Bougueon K., Misery L. Depression and psoriasis* // Annales de Dermatologie et de Venereologie. – 2008. – Vol. 135. – Suppl. 4. – S254-S258
10. *Altered distribution of leukocyte subsets and cytokine production in response to acute psychosocial stress in patients with psoriasis vulgaris* / A. Buske-Kirschbaum, S. Kern, M. Ebrecht, D. H. Hellhammer // Brain Behav. Immun. – 2007. – Vol. 21, No 1. – P. 92-99.
11. *Di Cesare A. et al. The IL-23/Th17 Axis in the immuno-pathogenesis of psoriasis* // J. Invest. Dermatol. – 2009. – Vol. 129. – P. 1339-1350.
12. *Farley E., Menter A. Psoriasis: comorbidities and associations* // Skin Therapy Lett. – 2008. – Vol. 13, No 1. – P. 1-5.
13. *Veale D. J., Ritchlin C., FitzGerald O. Immunopathology of psoriasis and psoriatic arthritis* // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – Vol. 64, No 2. – P. 26-29.
14. *Wu Y., Mills D., Bala M. Psoriasis: cardiovascular risk factors and other disease comorbidities* // J. Drugs Dermatol. – 2008. – Vol. 7. – P. 373-377.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Федотов В. П., Визир В. А., Макурина Г. И.**  
Запорожский государственный медицинский университет

Изучены особенности эпидемиологии, клинических проявлений и течения псориаза у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией. Выявлено, что псориаз в сочетании с артериальной гипертензией имеет более раннее начало в сравнении с пациентами, страдающими псориазом без гипертензии, в среднем на 8-10 лет. Провоцирующими факторами у женщин чаще являются стрессы (особенно в группе с сопутствующей гипертензией), у мужчин обеих групп – стресс и прием алкоголя. У пациентов с псориазом и сопутствующей гипертензией в 1,6 раза чаще встречаются тяжелые поражения – диффузный, артропатический псориаз, эритродермия; в 3 раза чаще – экссудативный псориаз; в 2,5 раза реже встречается вульгарный псориаз.

**Ключевые слова:** псориаз, артериальная гипертензия, клиническое течение.

## THE PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND COURSE OF PSORIASIS IN PATIENTS WITH ASSOCIATED ARTERIAL HYPERTENSION

**Fedotov V. P., Vizir V. A., Makurina G. I.**  
Zaporizhzhya State Medical University

The peculiarities of epidemiology, clinical manifestations and course of psoriasis in patients with associated arterial hypertension have been studied. It was revealed that psoriasis with associated arterial hypertension has earlier onset – on average 8-10 years less – as compared with the patients suffering from psoriasis without arterial hypertension. Initiating agent in women is usually stress (especially in the group with associated hypertension) and in men in both groups it is stress and alcohol intake. Patients with psoriasis and associated hypertension 1,6 times more often have severe skin affections, such as psoriasis diffusa, arthropathic psoriasis, erythrodermia; 3 times more often – psoriasis exudativa; 2,5 times more rarely – vulgar psoriasis.

**Keywords:** psoriasis, arterial hypertension, clinical course.

**Федотов Валерий Павлович** – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии с циклом эстетичной медицины ФПО Запорожского государственного медицинского университета;

**Визир Вадим Анатольевич** – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней-2 Запорожского государственного медицинского университета;

**Макурина Галина Ивановна** – канд. мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии с циклом эстетической медицины ФПО Запорожского государственного медицинского университета.  
E-mail: makurina.g@yandex.ua.