
Г. И. Макурина,

Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии
и эстетической медицины факультета последипломного образования.

G. I. Makurina,

Zaporozhye State Medical University,
Department of dermatology and cosmetic dermatology with the course dermatology
and esthetic medicine for faculty postgraduate education.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ
НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЧОЛОВІКІВ**

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF PSORIASIS FLOW AGAINST
THE BACKGROUND OF HYPERTENSION IN MEN**

УДК 616.517-06:616.12-008.331.1]-055.1

Статья поступила в редакцию 18.03.2016.

Резюме

Развитие псориаза на фоне различных коморбидных состояний, в частности, артериальной гипертензии, влияет на клиническое течение обеих заболеваний. С целью изучения особенностей формирования псориаза на фоне артериальной гипертензии у мужчин, обследовано 53 больных, страдающих как изолировано псориазом, так и в сочетании с гипертонической болезнью.

Установлено, что существуют определенные различия в клинических проявлениях и течении псориаза на фоне нормальных цифр артериального давления и повышенных. Мужчины с коморбидной патологией в среднем на 5 лет старше мужчин, страдающих лишь псориазом. Средний возраст мужчин, страдающих псориазом и артериальной гипертензией, составил $53,33 \pm 4,7$ года, без гипертензии – $48,26 \pm 3,9$ года. Имеются также определенные различия относительно индекса массы тела – в целом превышает количество пациентов с нормальной или повышенной массой тела в пределах ожирения I степени.

В группе пациентов с коморбидностью практически 2/3 пациентов страдают тяжелыми формами дерматоза – артропатической, диффузной и экссудативной. Эти данные подкрепляются результатами подсчета индекса PASI, который в группе артериальной гипертензии зарегистрирован на уровне $32,92 \pm 2,8$, а в группе с нормальными цифрами артериального давления – $27,36 \pm 2,5$. Пациенты с указанными тяжелыми формами имели также нарушения суточного ритма артериального давления в виде недостаточного его снижения в вечерние и ночные часы.

Ключевые слова

псориаз, артериальная гипертензия, мужчины.

Резюме

Розвиток псоріазу на тлі різних коморбідних станів і, зокрема, артеріальної гіпертензії, впливає на клінічний перебіг обох захворювань. З метою вивчення особливостей формування псоріазу на тлі артеріаль-

ної гіпертензії у чоловіків обстежили 53 хворих, які страждають як лише на псоріаз, так і в поєднанні з гіпертонічною хворобою.

Встановлено, що існують певні відмінності в клінічних проявах і перебігу псоріазу на тлі нормальних цифр артеріального тиску і підвищених. Чоловіки з коморбідною патологією в середньому на 5 років доросліші за чоловіків, які страждають лише на псоріаз. Середній вік чоловіків, які страждають на псоріаз та артеріальну гіпертензію, склав $53,33 \pm 4,7$ року, без гіпертензії – $48,26 \pm 3,9$ року.

Є також певні відмінності щодо індексу маси тіла – в цілому перевищує кількість пацієнтів з нормальною або підвищеною масою тіла в межах ожиріння I ступеня.

У групі пацієнтів з коморбідністю майже 2/3 пацієнтів страждають на тяжкі форми дерматозу – артропатичну, дифузну та ексудативну. Ці дані підкріплюються результатами підрахунку індексу PASI, який в групі артеріальної гіпертензії зареєстровано на рівні $32,92 \pm 2,8$, а в групі з нормальними цифрами артеріального тиску – $27,36 \pm 2,5$. Пацієнти з зазначеними важкими формами мали також порушення добового ритму артеріального тиску у вигляді недостатнього його зниження у вечірні та нічні години.

Ключові слова

псоріаз, артеріальна гіпертензія, чоловіки.

Resume

Psoriasis development against various comorbid conditions, and in particular, hypertension, affects the clinical course of both diseases. To study the characteristics of the formation of psoriasis on arterial hypertension in males examined 53 patients suffering of psoriasis and in combination with essential hypertension.

It has been established that there are certain differences in the clinical manifestations and course of psoriasis on a background of normal blood pressure, and elevated numbers. Men with comorbid disorders on average 5 years older than men suffering from a psoriasis. The average age of men suffering from psoriasis and hypertension was $53,33 \pm 4,7$ years, without hypertension – $48,26 \pm 3,9$ years.

There are also some differences with respect to the body mass index - in general exceed the number of patients with normal or elevated body weight ranging obesity I degree.

In the group of patients with comorbidity is almost 2/3 of the patients suffer from severe dermatosis – arthropathic, diffuse and exudative. These findings are supported by the results of the counting PASI scores, which in hypertension group was registered at the level of $32,92 \pm 2,8$, while in the group with normal blood pressure numbers – $27,36 \pm 2,5$. Patients with severe forms of the above were also disturbances of circadian rhythm of blood pressure in the form of lack of its decline during the evening and night hours.

Keywords

psoriasis, hypertension, male.

Во всем мире насчитывается более 125 миллионов человек, страдающих псориазом (ПС). Патогенез ПС остается недостаточно изученным, хотя доказано значение явлений оксидативного стресса, эндотелиальной дисфункции, системного воспалительного ответа как наиболее важных его звеньев [1]. По данным ряда исследований, у пациентов с ПС имеется повышенный риск развития сосудистой патологии атеросклеротического генеза, которая включает ИБС, артериальную гипертензию, метаболический синдром, ожирение и сахарный диабет типа 2 [2, 3]. Было продемонстрировано, что распространённость артериальной гипертензии у пациентов с ПС достигает 45% [4].

В последние годы проведено много исследований по изучению связи ПС с хроническими воспалительными заболеваниями различных систем организма, которые протекают на фоне эндогенной интоксикации, нарушения структуры и функции соединительной ткани. При этом важно отметить, что убедительных доказательств механизмов формирования дерматоза до сих пор не существует. Общеизвестным считается факт, что формирование системного воспалительного процесса при ПС зависит от тканевых метаболических нарушений и протекает при активном участии иммунной системы.

В то же время, артериальная гипертензия является дополнительным фактором, влияющим как на развитие ПС в целом, так и на тяжесть его течения [4, 5]. Вариабельность артериального давления (АД) формируют центральные нервные механизмы возбуждения и торможения в коре головного мозга и подкорковых структурах с циркадной периодичностью. Уровень вариабельности АД в определенной степени определяют общее периферическое сосудистое сопротивление, сердечный выброс, а также потребность внутренних органов в энергетическом субстрате и кислороде, состояние баро-, хемо- и адренорецепторов.

Высокий уровень вариабельности артериальной гипертензии у больных гипертонической болезнью ассоциируется с более высокой частотой сердечно-сосудистых осложнений. Высокие значения вариабельности АД ассоциированы с ремоделированием миокарда левого желудочка, тяжестью гипертензивной ретинопатии, снижением почечной функции [6].

В условиях такой распространённости артериальной гипертензии среди больных ПС – имеются лишь единичные работы по изучению взаимного влияния этих заболеваний, особенностей их протекания и терапии, почти отсутствуют сведения о сравнительной характеристике причин, механизмов развития, клинических особенностей псориаза при сопутствующей артериальной гипертензии. В литературе практически отсутствуют сравнительные данные о течении псориаза у мужчин, страдающих артериальной гипертензией, чем и обусловлен выбор данной темы.

Цель работы – сравнить эпидемиологию, клинику и течение псориаза у мужчин на фоне артериальной гипертензии и без неё.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 53 мужчины, страдающие ПС с сопутствующей артериальной гипертензией (30 пациентов) и без неё (23 человека), которые поступали для лечения в стационар КУ «Запорожский областной кожно-венерологический клинический диспансер». Диагноз псориаза устанавливали согласно «Унифицированному клиническому протоколу» (2016) по диагностике и лечению ПС. Артериальная гипертензия у всех больных была представлена гипертонической болезнью II стадии с уровнем гипертензии 1 – 3 степени без адекватной систематической терапии, диагноз устанавливали в соответствии с рекомендациями Ассоциации кардиологов Украины (2013). Все пациенты дали письменное согласие на участие в исследовании.

Для оценки тяжести заболевания ПС использовали методику подсчета индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index) согласно табл. 1.

Показатель PASI в пределах 10 баллов характеризует лёгкое течение заболевания, 20 – 30 баллов – среднюю тяжесть процесса, свыше 30 баллов – свидетельствует о тяжелом течении дерматоза.

Таблица 1. Определение индекса PASI.

| Область | Эритема | Шелушение | Инфильтрация | Степень поражения | Удельный коэффициент | PASI |
|---------------------------------|---------|-----------|--------------|-------------------|----------------------|----------|
| Голова | 0 – 4 | 0 – 4 | 0 – 4 | 0 – 6 | 0,1 | 0 – 7,2 |
| Верхние конечности | 0 – 4 | 0 – 4 | 0 – 4 | 0 – 6 | 0,2 | 0 – 14,4 |
| Туловище | 0 – 4 | 0 – 4 | 0 – 4 | 0 – 6 | 0,3 | 0 – 21,6 |
| Нижние конечности | 0 – 4 | 0 – 4 | 0 – 4 | 0 – 6 | 0,4 | 0 – 28,8 |
| Суммарное значение индекса PASI | | | | | | 0 – 72 |

Таблица 2. Методика подсчета степени ночного снижения артериального давления.

| | |
|---|------------------------------------|
| Для САД | (ср.САДд- ср.САДн) 100% / ср. САДд |
| Для ДАД | (ср.ДАДд- ср.ДАДн) 100% / ср. ДАДд |
| ср. САДд – среднее дневное САД, ср. САДн – среднее ночное САД | |
| ср. ДАДд – среднее дневное ДАД, ср. ДАДн – среднее ночное ДАД | |

Индекс массы тела вычисляли по формуле: ИМТ= рост² / вес.

Индекс массы тела в пределах 30 см² / кг определяет наличие нормального или избыточного веса, от 30,0 до 34,9 см²/кг – ожирение I степени, от 35,0 до 39,9 см²/кг – II степени, от 40 см²/кг и выше – III степени.

Показатели АД определяли путём суточного мониторирования с помощью аппарата АВРМ-04 (Венгрия). Методика подсчёта степени ночного снижения АД и принадлежность к группам, которые характеризуют соотношение дневного и ночного АД, представлена в *табл. 2*.

Степень ночного снижения АД в пределах 10 – 22% присуща группе «dipper», недостаточное (меньше 10%) снижение АД – группе «non-dipper», избыточное (больше 22%) – «over-dipper», при отсутствии снижения или, наоборот, повышении ночного АД – «night-peaker».

Результаты и их обсуждение. Средний возраст мужчин, страдающих псориазом и артериальной гипертензией, составил 53,33 ± 4,7 года, без гипертензии – 48,26 ± 3,9 года (p < 0,05). Распределение пациентов по возрастным группам представлено в *табл. 3*.

Таким образом, большинство мужчин (66,67%) с ПС и сопутствующей артериальной гипертензией – находятся в возрастных пределах от 45 до 65 лет. Среди пациентов, страдающих лишь ПС, почти половина (43,48%) приходится на возрастную группу 35 – 45 лет.

Согласно показателя индекса массы тела мужчины были разделены на следующие группы (*табл. 4*).

Таблица 3. Распределение обследованных пациентов по возрастным группам.

| Возрастная группа | С артериальной гипертензией | | Без гипертензии | |
|-------------------|-----------------------------|-------|-----------------------|-------|
| | абсолютное количество | % | абсолютное количество | % |
| 35 – 45 лет | 6 | 20,00 | 10 | 43,48 |
| 45 – 55 лет | 8 | 26,67 | 8 | 34,78 |
| 55 – 65 лет | 12 | 40,00 | 4 | 17,39 |
| 65 – 75 лет | 4 | 13,33 | 1 | 4,35 |

Таблица 4. Показатели индекса массы тела.

| ИМТ | С артериальной гипертензией | | Без гипертензии | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------|-----------------------|-------|
| | абсолютное количество | % | абсолютное количество | % |
| меньше 30,0 см ² /кг | 12 | 40,00 | 8 | 34,78 |
| 30,0 – 34,9 см ² /кг | 15 | 50,00 | 13 | 56,52 |
| 35,0 – 39,9 см ² /кг | 3 | 10,00 | 2 | 8,70 |

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в целом превышает количество пациентов с нормальной или повышенной в пределах ожирения I степени, массой тела. В то же время, отсутствуют статистически значимые различия у мужчин обеих групп относительно массы тела, в обоих случаях пациенты с ожирением I степени преобладали в обеих группах ($p < 0,05$).

Мы изучили особенности клинических проявлений ПС. Нужно отметить, что у подавляющего большинства мужчин – 52 пациентов, что составляет 98,11% – мы наблюдали распространенные формы, только в одном случае (1,89%) – ограниченная (ладонно-подошвенная). Распределение клинических форм ПС представлено на диаграммах (рис. 1 и 2).

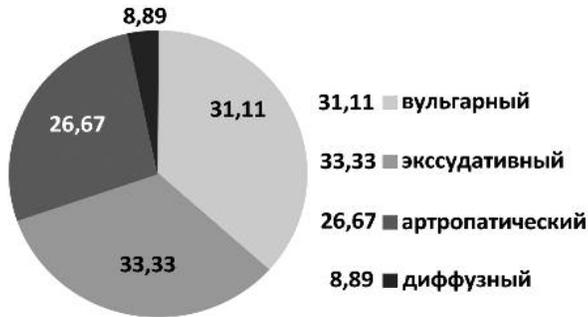


Рис. 1. Варианты псориаза у пациентов с артериальной гипертензией.

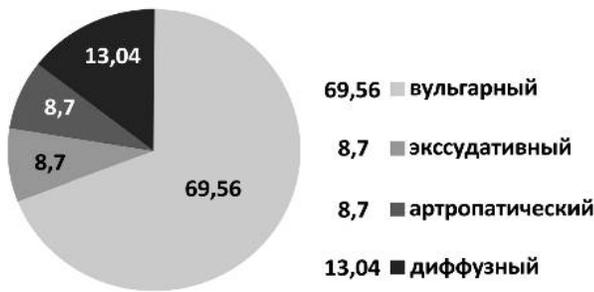


Рис. 2. Варианты псориаза у пациентов без артериальной гипертензии.

Из диаграмм видно, что вульгарный ПС составляет примерно 1/3 всех форм – 31,11% у мужчин с ПС и артериальной гипертензией и почти 2/3 (69,56%) – у пациентов без артериальной гипертензии. В группе пациентов с коморбидностью практически 2/3 пациентов страдают тяжелыми формами дерматоза – артропатической, диффузной и экссудативной. Эти данные подкрепляются результатами подсчета индекса PASI, который в группе артериальной гипертензии зарегистрирован на уровне $32,92 \pm 2,8$, а в группе с нормальными цифрами АД – $27,36 \pm 2,5$ ($p < 0,05$).

В целом суточный мониторинг АД проведено 21 мужчине, среди которых – 13 с артериальной гипертензией и 8 – без гипертензии. По результатам обследования выявлено, что большинство пациентов с ПС и артериальной гипертензией одновременно имеет нарушения циркадного ритма АД в виде недостаточного его снижения в вечерние и ночные часы, общее количество таких больных составляет 53,85% (7 человек). Недостаточное снижение АД ночью обычно сопровождается более частым поражением органов-мишеней, таких как гипертрофия миокарда, сердечная, почечная недостаточность, ретинопатия, гломерулосклероз и прочее. У наших пациентов мы проследили взаимосвязь между принадлежностью к группе снижения АД и формой ПС. Выявлена следующая закономерность: пациенты с нормальным для большинства населения типу снижения АД («dipper») имеют более легкие формы ПС (4 случая из 6 у мужчин с сопутствующей артериальной гипертензией и 3 из 5 – у больных лишь ПС). Больные категории «non-dipper» и «night-reaker» представлены более тяжелыми формами ПС (экссудативным, диффузным и артропатическим). Таким образом, предва-

Таблица 5. Деление по группам соответственно соотношению день – ночь АД.

| ИМТ | С артериальной гипертензией | | Без гипертензии | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------|-----------------------|-------|
| | абсолютное количество | % | абсолютное количество | % |
| меньше 30,0 см ² /кг | 12 | 40,00 | 8 | 34,78 |
| 30,0 – 34,9 см ² /кг | 15 | 50,00 | 13 | 56,52 |
| 35,0 – 39,9 см ² /кг | 3 | 10,00 | 2 | 8,70 |

рительно можно провести взаимосвязь между степенью тяжести ПС и нарушением нормализации АД у мужчин, страдающих одновременно ПС с артериальной гипертензией. Количество обследованных невелико, потому для повышения достоверности определяемых данных необходимо продолжить исследования.

Выводы:

1. Пациенты с коморбидной патологией старше, средний возраст больных, страдающих псориазом (ПС) и артериальной гипертензией составляет $53,33 \pm 4,7$ года, без гипертензии – $48,26 \pm 3,9$ года.

2. Клинические особенности течения ПС, ассоциированного с артериальной гипертензией, характеризуются высоким процентом (68,89%) тяжелых форм дерматоза, достоверно чаще регистрируется экссудативная и артропатическая формы; у больных без гипертензии преобладает вульгарный бляшечный ПС.

3. У мужчин, страдающих одновременно ПС и артериальной гипертензией, регистрируются нарушения суточного ритма артериального давления в виде недостаточного его снижения в вечерние и ночные часы, что ассоциируется с более тяжелыми клиническими формами ПС.

Таким образом, выявлены существенные различия в этиологических факторах, условиях формирования и клинике ПС при сопутствующей артериальной гипертензии. Это требует дальнейших исследований по изучению механизмов развития дерматоза и разработке дифференцированной терапии для этой категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Куц Л. В. Современные аспекты патогенеза псориаза / Л. В. Куц // Запорожский медицинский журнал. – 2011. – Т. 13, №5. – С. 29 – 32.
2. Сизон О.О. Контроль за розвитком та перебігом супутньої патології у хворих на артропатичний псориаз / О. О. Сизон, В. І. Страненко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2014. – №2 (53). – С. 13 – 24.
3. Oliveira, Mde. F. Psoriasis: classical and emerging comorbidities / Mde. F. Oliveira, Bde. O. Rocha, G. V. Duarte // An Bras. Dermatol. – 2015. – Vol. 90 (1). – P. 9 – 20.
4. Ryan C. Psoriasis a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities / C. Ryan, B. Kirby // Dermatol. Clin. – 2015. – Vol. 33 (1). – P. 41 – 55.
5. Tupikowska M. Psoriasis metabolic and cardiovascular risk factor / M. Tupikowska, A. Zdrojowy-Welna, J. Maj // Pol. Merkur. Lekarski. – 2014. – Vol. 37 (218). – P. 124 – 127.
6. Сіренко Ю. М. Гіпертонічна хвороба і артеріальні гіпертензії / Ю. М. Сіренко. – Донецьк: Видавець О. Ю. Заславський, 2011. – 304 с.