Клинические особенности ассоциации псориаза и артериальной гипертензии.

С.Г. Ткаченко, А.Н. Беловол

Результаты многих эпидемиологических исследований позволяют рассматривать псориаз как фактор риска гипертонической болезни, а выявление коморбидности этих патологических состояний уже на ранних стадиях расширяет перспективы эффективной вторичной профилактики.

Объектом исследования были 230 больных псориазом различной степени тяжести 40-65 лет (средний возраст 52,7±1,3 лет), среди которых были 122 мужчины (53 %) и 108 женщин (47 %). Длительность заболевания составляла от 5 до 30 лет. 129 (56 %) больных указали, что начало псориаза отмечалось до 25 лет, 101 (44 %) – после 25 лет. У 152 больных псориазом (66 %) обострения возникали в зимний период, у 41 пациента (18 %) отмечалась летняя форма заболевания, 37 пациентов (16 %) отмечали отсутствие сезонности обострений. При сборе генеалогического анамнеза установлено, что псориаз у родственников I и II степени выявлен у 127 пациентов.

Степень тяжести псориаза оценивали путем расчёта индекса PASI, артериальную гипертензию - в соответствии с критериями метаболического синдрома ВОЗ 1998 (систолическое артериальное давление (САД)≥130 мм.рт.ст. или диастолическое артериальное давление (ДАД)≥85 мм.рт.ст. или проводимая антигипертензивная терапия). Клинические анализы крови и мочи проводили унифицированными методами.

Из 230 больных псориазом у 48 (20,8 %) наблюдалась артериальная гипертензия. Средний индекс PASI в этой группе составил 37,5±4,0, онихопсориаз наблюдался у 8 (17 %) пациентов. В зависимости от уровней артериального давления пациенты распределялись таким образом: мягкую артериальную гипертензию (I степень) диагностировали у 18 пациентов (37,5 %), при этом средние цифры САД составляли 158,4 мм.рт.ст, ДАД 97,3 мм.рт.ст; умеренная артериальная гипертензия (II степень) наблюдалась у 30 пациентов (62,5 %) со следующими цифрами – САД 178,5 мм.рт.ст., ДАД – 108,2 мм.рт.ст. В зависимости от степени поражения органов-мишеней пациентов распределяли по стадиям гипертонической болезни. При этом только 9 пациентов (19 %) имели первую стадию заболевания, у остальных 39 (81 %) отмечали различные поражения органов-мишеней разной степени выраженности и была установлена 2 стадия заболевания. Отягощенную наследственность со стороны обоих родителей выявили у 7 пациентов (14,5 %), со стороны одного из родителей - у 12 пациентов (25 %), со стороны родственников второй степени родства у 4 (8 %). Ожирение различной степени выраженности отмечалось у 67 % мужчин и 60 % женщин. Сахарный диабет 2 типа наблюдался у 4 пациентов. Регулярные стрессовые ситуации отмечали 23 (48 %) пациентов. При этом стрессовые ситуации в семье, ухудшающие течение гипертензии, отмечали 17 (35 %) женщин и только 5 (10 %) мужчин, а стрессовые ситуации на работе – 15 (31 %) мужчин и 11 (30 %) женщин. Низкая физическая активность регистрировалась у 7 (15 %) пациентов методом самооценки и у 26 (54 %) пациентов по оценке врачей. Употребление поваренной соли как избыточное отметили 7 (15 %) пациентов. Анализ особенностей клинических проявлений псориаза у больных с артериальной гипертензией показал, что по сравнению с больными, которые не имеют ее признаков, отмечается большая частота стрессовых ситуаций (81 % случаев против 62 %) и реже регистрируются инфекционные заболевания (6 % против 28 %), прием медикаментов, аллергические реакции, прием алкоголя как пусковые факторы начала псориаза. Также установлено, что у больных псориазом с сопутствующей артериальной гипертензией рецидивы отмечались чаще. Кроме того, у этих больных более, чем в 1,5 раза чаще отмечался внесезонный и в 2 раза реже – сезонный тип течения дерматоза. Обращает на себя внимание и тот факт, что у больных псориазом с сопутствующей артериальной гипертензией в два раза чаще отмечалась быстрая диссеминация поражений кожи при обострениях (28 % случаев против 16 %) и были более редкими случаи медленного и постепенного распространения дерматоза.

Таким образом, данные анамнеза и клинической картины 230 больных псориазом, в том числе с гипертензией, носят неоднородный и взаимно осложняющий характер. Это обуславливает необходимость их систематизации, четкой дифференциации степени тяжести с целью дальнейшей разработки адекватного подхода к терапии.