**УДК: 616.517-036:616.12-008.331.1**

**Клінічні особливості протікання псоріазу, асоційованого з артеріальною гіпертензією**

***Біловол А.М., Ткаченко С.Г., Татузян Є.Г.***

*Харківський національний медичний університет*

**Резюме.** *Проаналізовано анамнестичні дані та клінічні особливості протікання псоріазу у 230 хворих, серед яких 182 пацієнти страждали на ізольований дерматоз, та 48 – на псоріаз, асоційований з артеріальною гіпертензією. В групі псоріаз з супутньою артеріальною гіпертензією виявлена значно більша частота стресових ситуацій (81 % випадків проти 62 % ) та рідше реєструються інфекційні захворювання (6 % проти 28 %). Рецидиви псоріазу в цій групі відбувалися частіше, більш ніж у 1,5 рази частіше відмічався позасезонний і в 2 рази рідше – сезонний тип перебігу дерматозу. Також у хворих на псоріаз з супутньою гіпертензією в 2 рази частіше відмічалася швидка дисемінація уражень шкіри при загостреннях (28 % випадків проти 16 %) та були більш рідкими випадки повільного і поступового їх розповсюдження.*

***Ключові слова:*** *псоріаз, артеріальна гіпертензія, анамнез, клінічна характеристика.*

**Вступ.** Вивчення асоціації псоріазу та серцево-судинних захворювань є сьогодні в центрі наукової зацікавленості фахівців всього світу. Велике клінічне, соціальне та економічне значення вирішення цього питання спонукає провідних дерматологів, терапевтів, ендокринологів міжнародного суспільства проводити широкомасштабні мультицентрові дослідження та мета аналізи коморбідності псоріазу та кардіоваскулярної патології [ 3-4 ]. Проте, на сьогодні ще недостатньо опубліковано даних, що не дозволяє одержати повне уявлення про таку нозологічну коморбідність. Безперечним є патогенетичний та клінічний звʼязок цих патологій, що доводить необхідність більш глибокого вивчення клінічних проявів такої коморбідності.

**Матеріали і методи.** Досліджували хворих на псоріаз, які отримували обстеження та лікування у стаціонарному відділенні МШКВД № 5. Етіологія та давність захворювання встановлювалися на підставі скарг хворого, даних анамнезу життя та хвороби, а також результатів клінічного обстеження. При роботі з хворими увагу акцентували на наявності супутньої патології. На перший план виступали артеріальна гіпертензія (АГ), атеросклероз судин, ішемічна хвороба серця. Тяжкість дерматозу обчислювали за допомогою PASI [ 1-2], також враховували аналіз вітальних функцій, стан серцево-судинної та нервової систем, мʼязової системи й опорно-рухового апарату, шлунково-кишкового тракту. АГ діагностували вразі наявності встановленого терапевтом діагнозу «Гіпертонічна хвороба», або вже призначеної антигіпертензивної терапії, або діагностованого протягом обстеження високого артеріального тиску (АТ) при вимірюванні артеріального тиску. За високий АТ вважали САТ (систолічний артеріальний тиск) >130 мм рт. ст. або ДАТ (діастолічний артеріальний тиск) >85 мм рт. (Критерії метаболічного синдрому Национальної освітньої програми з холестерину США (NCEP ATP III, 2001; Критерії метаболічного синдрому Міжнародної федерації діабету (IDF, 2005)). Критерієм залучення до даного дослідження була відмова від вживання антигіпертензивних засобів що найменше за 1 тиждень до його початку. Кардіологічні дослідження проводили на базі інституту терапії ім. Л.Т.Малої (м. Харків). Реєстрацію кардіограми проводили в 12 стандартних виведеннях з використанням додаткових відведень на електрокардіографі 6 NEK-4 (Німеччина). Скорочувальну здатність міокарду досліджували за допомогою ультразвукової ухо кардіографії у М- та В-режимах на апараті TI-628 (Україна). Усім хворим призначалися консультації суміжних спеціалістів. Клінічні дослідження крові та сечі проводили за уніфікованими методами.

**Результати.** Загальна кількість обстежених хворих на псоріаз складала 230 осіб, серед яких легкий ступінь тяжкості діагностували у 115 осіб (50 %), середньо-тяжкий – у 88 осіб (38 %) та тяжкий – у 27 осіб (12 %). Віковий діапазон хворих на псоріаз, що увійшли у групу спостереження складав 40-65 років, у середньому 52,7±1,3. Гендерний склад досліджуваної групи складав 122 чоловіки (53 %) та 108 жінок (47 %). Серед псоріатичних пацієнтів найчисельна група була у віці 40-50 років (54 %). Тривалість псоріазу до моменту участі у дослідженні складала 5 - 30 років. При цьому, пацієнти з найменшим строком дерматозу розподілялися таким чином: від 2 до 6 місяців - 4 особи, від 7 до 11 місяців – 17, від року до п’яти – 20. Більшість пацієнтів мали довготривалий псоріаз від 6 до 20 років. Дебют псоріазу у віці молодшому за 25 спостерігали у 129 (56 %) пацієнтів, 101 особа (44 %) мала пізній дебют дерматозу - після 25 років. Зимову форму псоріазу відносно до сезонності загострень констатували у 152 хворих (66 %), літню - у 41 пацієнта (18 %), а 37 пацієнтів (16 %) страждали на позасезонні загострення. Щорічні маніфестації псоріазу реєстрували 202 (88 %) пацієнтів. При зборі генетичного анамнезу у 127 пацієнтів виявлено псоріаз у родичів I та Ⅱ ступеня спорідненості, сімейний анамнез - у 21 хворого (9 %).

Клінічні особливості дерматозу в досліджуваній групі демонстрували наступні дані: у 34 пацієнтів виявили псоріатичну еритродермію, у 46 - пустульозний псоріаз, у 39 - долонно-підошову форму дерматозу, у 55 - ексудативну форму. Також вивчали анамнез хвороби та чутливість до різних видів терапії, що проводилася раніше. Амбулаторному лікуванню підлягав 191 хворий (83 %), стаціонарному – 175 (76 %), санаторно-курортне лікування отримували 105 псоріатичних хворих (46 %). Позитивний ефект від терапії як короткочасний відмічали 179 хворих (78 %), не спостерігали позитивного ефекту від лікування 21 пацієнт (9 %). Загострення відбувалося один раз на декілька років у 12 хворих (5 %); один раз на рік у 39 (17 %); два-три рази на рік у 69 (30 %). Безперервний рецидивуючий перебіг псоріазу резистентний до лікування, що проводилося, реєстрували 110 хворих (48 %).

При аналізі даних обстеження 182 хворих на псоріаз без АГ, виявлено, що у 113 (62 %) пацієнтів початок захворювання був пов’язаний з психоемоціональним стресом, у 51 (28 %) – з перенесеними інфекційними хворобами, у 18 (10 %) – з травмами та операційними втручаннями. У 48 хворих на псоріаз, асоційований з АГ, зв’язок дебюту дерматозу з психоемоційним стресом був встановлений у 39 (81 %), з перенесеними інфекційними захворюваннями – у 3 (6 %), в інших тригерні фактори встановити не вдалося. Детальне вивчення анамнезу, а також результати біохімічних та інструментальних методів дослідження виявили, що у хворих на псоріаз без АГ частота панкреатиту, калькульозного холециститу, дискінезії жовчовивідних шляхів руєструвалася в 1,3 рази частіше, ніж у хворих на псоріаз, асоційований з АГ (29 % та 22 % відповідно). Патологію ендокринної системи частіше виявляли у хворих на псоріаз з АГ (12 % і 17 % відповідно). Патологію ШКТ (гастрит, коліти, синдром мальабсорбції) частіше демонстрували хворі на псоріаз у відсутності АГ. Згідно результатів УЗД органів черевної порожнини у 45 (20 %) хворих діагностували патологію гепатобіліарної системи. Зокрема, у 25 (11 %) пацієнтів виявлено хронічний холецистопанкреатит, у 14 (6 %) – жировий гепатоз, у 5 (4 %) – жовчнокамʼяну хворобу.

Індекс PASI у хворих на псоріаз без АГ в середньому становив 33,8±3,9, а у групі хворих з асоційованою АГ – 37,5±4,0. Більша частина досліджуваних хворих страждала на розповсюджений псоріаз (224 особи – 97,5 %), 6 хворих (2,5 %) – на обмежену форму. Клінічний огляд, що проводився на момент початку дослідження показав, що локалізована форма дерматозу у вигляді поодиноких бляшок, що розташовувалися на шкірі тулуба або кінцівок з PASI менше 10 був у 6 хворих. Дисемінований процес у вигляді значних зливних осередків з розповсюдженням висипки по всьому тілу з PASI від 10 до 50 спостерігався практично однаково в обох досліджуваних групах. Оніхопсоріаз був виявлений у 25 (14 %) хворих без АГ, у 8 (17 %) хворих на псоріаз з АГ та супроводжувався наявністю симптому масляної плями, симптому «наперстка», оніхогріфозу і оніхолізису.

Групу хворих на псоріаз, асоційований з АГ становили 48 пацієнтів, що складало 20,8 % від загальної групи досліджуваних хворих на псоріаз. Враховуючи показники артеріального тиску на момент обстеження визначали ступінь тяжкості артеріальної гіпертензії: мʼяку АГ (Ⅰ ступінь) констатували у 18 пацієнтів (37,5 %) з середніми показниками САТ 158,4 мм рт. ст. та ДАТ 97,3 мм рт. ст. Помірну АГ (Ⅱ ступінь) виявлено у 30 пацієнтів (62,5 %) з середніми показниками САТ 178,5 мм рт. ст. та ДАТ 108,2 мм рт. ст. При електрокардіографічному дослідженні реєстрували ознаки синдрому ранньої реполяризації шлуночків у 32 хворих (67 %), з них у 14 (29 %) чоловіків та у 18 (37,5 %) жінок. Розподілення артеріальної гіпертензії за стадіями відбувалося в залежності від ступеня ураження органів-мішеней. Першу стадію реєстрували у 9 пацієнтів (19 %), в інших 39 (81 %) виявили ознаки ураження органів-мішеней різного ступеня виразності, що дозволило встановити другу стадію захворювання. Обтяжену спадковість з боку обох батьків демонстрували 7 пацієнтів (14,5 %), з боку одного з батьків – у 12 (25 %), з боку родичів другого ступеня спорідненості у 4 (8 %). Ожиріння різного ступеня виразності виявили у 67 % чоловіків та у 60 % жінок, цукровий діабет 2 типу - у 4 пацієнтів. Перманентні психо-емоційні стреси, що погіршували перебіг гіпертензії, відчували 23 (48 %) пацієнти. При цьому, стресові ситуації повʼязані з родиною, відмічали 17 (35 %) жінок і тільки 5 (10 %) чоловіків, а стресові ситуації, повʼязані з роботою – 15 (31 %) чоловіків та 11 (30 %) жінок. Недостатню фізичну активність за власною оцінкою відмітили 7 (15 %) пацієнтів, а за лікарською оцінкою - 26 (54 %) пацієнтів. Надлишкове вживання повареної солі було відмічено 7 (15 %) пацієнтами.

**Висновки.** При аналізі наведених даних виявлено, що у хворих на псоріаз, асоційований з артеріальною гіпертензією порівняно з псоріатичними хворими без АГ відмічається значно більша частота стресових ситуацій (81 % випадків проти 62 %) та менша частота інших тригерних факторів, як то інфекційні захворювання (6 % проти 28 %), хронічні інтоксикації, алергічні реакції. У хворих на псоріаз, асоційований з АГ рецидиви дерматозу відбувалися частіше, більш ніж у 1,5 рази частіше відмічався позасезонний і в 2 рази рідше - сезонний тип перебігу дерматозу. Також у разі коморбідності псоріазу та АГ в 2 рази частіше відбувалася стрімка дисемінація висипки при загостреннях (28 % випадків проти 16 %) та рідко реєструвалося повільне розповсюдження ураження.

Таким чином, виявлені результати дослідження виявилися неоднорідними та різноплановими, що потребує подальшого вивчення та систематизації ключових параметрів.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Андрашко Ю.В. Современные подходы к этапной наружной терапии при псориазе [Текст] / Ю.В. Андрашко, Б.В. Литвиненко// Український журнал дерматології, венерології, косметології.-2009.-№ 1.-С.29-32.
2. Воцель Г. Стратегия лечения вульгарного псориаза и псориатического артрита [Текст] / Г. Воцель //Дерматолог. – 2010. – Т. 1, № 01. – С.47-56
3. Childhood-onset psoriasis: association with future cardiovascular and metabolic comorbidities [Text] / E. Mahe [et al. ] // British Journal of Dermatology.- 2013.-№ 169.- Р. 889–895.
4. Psoriasis and risk of atrial fibrillation and ischaemic stroke: a Danish Nationwide Cohort Study [Text] / O. Ahlehoff [ et al.] // Eur Heart J. -2012.-№ 33(16) - Р. 2054-2064.

**REFERENCES**

1. Andrashko, U.V. , Litvinenko, B.V. (2009). Sovryemenniye podhody k etapnoy naruzhnoy terapiyi pry psoriaze / Modern approaches to step-wise topical therapy for psoriasis // Ukranian journal of dermatology, venereology, cosmetology, 1, 29-32.
2. Vocel G. (2010). Strategiya lecheniya vulgarnogo psoriaza I psoriaticheskogo artrita / The strategy of treating vulgar psoriasis and psoriatic arthritis //Dermatologist , 1 (01), 47-56
3. Mahe E. et al. (2013). Childhood-onset psoriasis: association with future cardiovascular and metabolic comorbidities. British Journal of Dermatology, 169, 889–895.
4. Ahlehoff O. et al. (2012). Psoriasis and risk of atrial fibrillation and ischaemic stroke: a Danish Nationwide Cohort Study. Eur Heart J., 33(16), 2054-2064.

**Клинические особенности течения псориаза, ассоциированного с артериальной гипертензией**

***Беловол А.Н., Ткаченко С.Г., Татузян Е.Г.***

*Харьковський национальный медицинский университет*

***Резюме.*** *Проанализированы анамнестические**данные и клинические особенности течения псориаза у 230 больных, среди которых 182 пациента страдали изолированным дерматозом, и 48 – псориазом, ассоциированным с артериальной гипертензией. В группе псориаза с сопутствующей артериальной гипертензией виявлена значительно большая частота стрессовых ситуаций (81 % случав против 62 % ) и реже регистрируются инфекционные заболевания (6 % против 28 %). Рецидивы псориаза в этой группе возникали чаще, болем чем в 1,5 раза чаще отмечался внесезонный и в 2 раза реже – сезонный тип течения дерматоза. Также у больных псориазом с сопутствующей гипертензией в 2 раза чаще отмечалась быстрая диссеминация высыпаний при обострениях (28 % случаев против 16 %) и были более редкими случаи медленного и постепенного распространения.*

***Ключевые слова:*** *псориаз, артериальная гипертензия, анамнез, клиническая*

*характеристика.*

**The clinical features of psoriasis, with comorbited arterial hypertension**

***Bilovol А.N., Tkachenko S.G., Tatuzyan E.G.***

*Kharkiv national medical university*

**Abstract.** *The anamnestic data and clinical features of psoriasis were analyzed in 230 patients, of whom 182 patients suffered of isolated dermatosis and 48 - of psoriasis with comorbited hypertension. In the psoriasis group with concomitant arterial hypertension, a significantly higher frequency of stressful situations was revealed (81% of cases compared to 62%) and infectious diseases were registered less frequently (6% vs. 28%). Relapses of psoriasis in this group arose more often, more than 1.5 times more often observed out-of-season and 2 times less often - seasonal type of the course of dermatosis. Also, in patients with psoriasis with concomitant hypertension, rapid dissemination of rashes during exacerbations was observed in 2 times frequently (28% of cases vs. 16%), and cases of slow and gradual spread were more rare.*

***Key words: psoriasis, arterial hypertension, anamnesis, clinical characteristic.***

**Про авторів:**

Біловол Алла Миколаївна – доктор мед. наук, професор, завідуюча кафедрою дерматології, венерології та медичної косметології ХНМУ, 067901966, [22alla66@mail.ru](mailto:22alla66@mail.ru).

Ткаченко Світлана Геннадіївна – кандидат мед. наук, доцент кафедри дерматології, венерології та медичної косметології ХНМУ, 0671223703, [svetmail@mail.ru](mailto:svetmail@mail.ru).

Татузян Євгенія Геннадіївна – кандидат мед. наук, асистент кафедри дерматології, венерології та медичної косметології ХНМУ, 0677500783, [tatuzyan@rambler.ru](mailto:tatuzyan@rambler.ru).