Особенности течения псориаза у подростков: результаты проспективного наблюдения

Н.Н. МУРАШКИН[1], А.А. ХОТКО, А.И. МАТЕРИКИН

ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар

The specific features of psoriasis in teenagers: Results of a prospective follow-up

N.N. MURASHKIN, A.A. KHOTKO, A.I. MATERIKIN

Clinical Dermatovenereology Dispensary, Ministry of Health of the Krasnodar Territory

Ключевые слова: псориаз, метаболический синдром, подростки.

Key words: psoriasis, metabolic syndrome, teenagers.

Псориаз — одно из наиболее распространенных кожных заболеваний, которым в среднем страдают 2—7% жителей Земного шара [1]. Его патогенез характеризуется сложным комплексом разнонаправленных патологических иммунных, метаболических и нейрогуморальных реакций, затрагивающих многие органы и системы организма человека. Следствием хронического воспаления при нарушении обмена веществ, сопровождающегося повышением уровня таких провоспалительных цитокинов, как интерлейкин-6 и фактор некроза опухоли-α, является инициация процессов атеросклероза, периферической толерантности к инсулину, артериальной гипертензии и диабета 2-го типа [2—4].

В связи с этим псориатический процесс часто ассоциируется с другими заболеваниями, имеющими сложный патогенез, так называемой коморбидностью, т.е. дополнительной клинической картиной, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо псориаза. Одним из коморбидных состояний, характерных для этого недуга, является метаболический синдром (МС).

МС при псориазе представляет собой сочетание обменных нарушений, включая ожирение, атерогенную дислипидемию, повышенное кровяное давление, инсулиновую резистентность или отсутствие толерантности к глюкозе, изменение показателей протромбина и др. Стремительное распространение ожирения, особенно в развивающихся странах, приводит к существенному увеличению числа детей и подростков, имеющих признаки инсулинорезистентности и риск развития метаболических нарушений [6—8]. Высокая частота встречаемости среди лиц до 18 лет других компонентов МС (артериальной гипертензии, нарушения толерантности к глюкозе) и их негативное влияние на развитие сердечно-сосудистых заболеваний во взрослой жизни обусловливают актуальность изучения данной проблемы с детства [9—11].

По данным R. Weiss [12], среди детской популяции США в возрасте 4—18 лет склонность к ожирению имеют 31% человек, избыточную массу тела — 16%.

Другие авторы [13] показывают, что сахарный диабет при псориазе встречается в 2,48 раза, гипертония — в 3,27 раза, гиперлипидемия — в 2,9 раза, а коронарная сердечная недостаточность — в 1,45 раза чаще, чем в популяции. Больные с этим синдромом обладают повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них [5]. У больных псориазом инфаркт миокарда наблюдается на 23% чаще, чем у здоровых людей [13].

Цель исследования — изучить особенности течения псориаза и коморбидных состояний у подростков с сопутствующим МС на протяжении 10 лет.

Материал и методы

На базе ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края осуществлено проспективное 10-летнее наблюдение за 52 пациентами

© Коллектив авторов, 2013

[1]e-mail: m_nn2001@mail.ru

подросткового возраста (15—17 лет), больных псориазом и сопутствующим МС, а также за 52 подростками, больными псориазом без проявлений МС до достижения ими 25—27 лет.

Критериями включения в исследование являлись давность заболевания псориазом более 6 мес, индекс BSA более 5%. Критерием диагностики МС считали идентифицированное повышение трех показателей из следующих: триглицериды не менее 1,7 ммоль/л, липопротеины высокой плотности не более 1,03 ммоль/л, глюкоза крови натощак не менее 5,6 ммоль/л, окружность талии у подростков старше 16 лет (не менее 94 см у мужчин, не менее 80 см у женщин), индекс массы тела (ИМТ) более 27,5 кг/м^2, систолическое артериальное давление не менее 130 мм рт.ст., диастолическое — не менее 85 мм рт.ст. Второстепенными показателями считали общий холестерин (не менее 5,2 ммоль/л), липопротеиды низкой плотности (не менее 3,36 ммоль/л).

Группу сравнения составили подростки с избыточной массой тела (ИМТ 27,5 кг/м^2), больные акне (52 человека) и пациенты с псориазом без признаков МС (46), сопоставимые по полу, возрасту и антропометрическим данным.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 6.0 («StatSoft», США). При сравнении более двух групп по количественным признакам применяли поправку Бонферрони, для выявления связи признаков — коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение

У детей, больных псориазом и сопутствующим МС, уровень глюкозы крови натощак был достоверно выше (5,4±1,6 ммоль/л), чем у детей с псориазом без МС (4,6±1,2 ммоль/л; $p<0,01$). Данный показатель не имел достоверных отличий с группой пациентов, страдающих акне и метаболическими нарушениями (5,2±0,8 ммоль/л; $p>0,05$). Триглицериды в контрольной и основной группах имели в среднем приблизительно равные значения (1,5±0,2, 1,6±0,1 и 1,2±0,6 ммоль/л соответственно) и не имели достоверных различий ($p>0,05$).

Показатели концентрации липопротеидов высокой плотности также не имели статистически значимой разницы ($p>0,05$) и составили в контрольной группе (больные акне и МС) 1,06±0,4 ммоль/л и в группе больных псориазом с избыточной массой тела и без таковой 01±0,3 и 1,04±0,2 ммоль/л соответственно.

Показатели общего холестерина и липопротеидов низкой плотности также не имели достоверных различий ($p>0,05$) и в основной и контрольной группах в среднем составили 5,3±0,2 и 5,2±0,1 и 3,35±0,1 и 3,33±0,2 ммоль/л соответственно.

Показатели окружности талии среди больных псориазом с сопутствующим МС не имели достоверных различий ($p>0,05$) по сравнению с контрольной группой (лица без псориаза с ИМТ). Данный показатель был достоверно выше ($p<0,01$) у девочек, чем у юношей (в среднем 76±6,3 и 70±3,7 см соответственно).

В процессе проспективного наблюдения за пациентами, больными псориазом, проведен анализ зависимости тяжести псориатического процесса у пациентов с МС и без такового.

Тяжесть псориаза оценивали с помощью индексов PASI и BSA. Во время исследования показатели данных индексов были достоверно ($p<0,01$) выше у пациентов с МС: PASI составил 12,6±1,1, BSA — 11,8±0,9% по сравнению с пациентами без МС (8,4±1,1 и 7,2±0,9% соответственно). Кроме того, выявлена сильная корреляционная зависимость тяжести течения псориаза, оцениваемая по индексам PASI ($r=0,76$) и BSA ($r=0,68$), от наличия сопутствующего МС. При анализе показателя инвалидизирующих форм заболевания установлено, что число пациентов с псориазом и МС с установленной группой инвалидности по основному заболеванию в основной группе было достоверно выше ($p<0,01$) и составила 5,77% (3 человека). Инвалидизация больных псориазом также выявляет корреляционную связь с МС ($r=0,53$) по сравнению с контрольной группой, в которой пациентов с инвалидностью зарегистрировано не было.

Пациентов с псориатическим артритом было достоверно больше ($p<0,01$) в исследуемой группе (3,85%, 2 человека), чем в контрольной (0%).

Гипертоническая болезнь разной степени выраженности встречалась достоверно чаще ($p<0,01$) приблизительно у $^1/_3$ (31,25%) пациентов с МС, чем в группе больных псориазом без признаков МС (5,5%). При этом наличие гипертонии напрямую зависело от наличия МС ($r=0,51$).

Псориатическая ониходистрофия достоверно ($p<0,01$) чаще наблюдалась у пациентов с МС и составила 40,4% (21 пациент) по сравнению с 2,7% (5) в контрольной группе.

В нескольких литературных обзорах отражена связь между биомаркерами системности псориатического процесса и другими хроническими воспалительными заболеваниями, такими как болезнь Крона, ревматоидный артрит, кардиоваскулярными заболеваниями и другими. Этот факт, по мнению некоторых исследователей [14], демонстрирует причинно-следственную связь между псориазом и коморбидными состояниями. Системное воспаление может вызвать устойчивость к инсулину, которая в свою очередь вызывает дисфункцию эндотелиальной клетки, приводя к атеросклерозу и инфаркту миокарда или инсульту (данные изменения трактуются рядом современных исследователей как «псо-

риатический марш»). Полученные нами результаты не позволяют согласиться с данным постулатом.

Изучение таких сопутствующих псориазу подростков висцеральных патологий, как МС, а также вопросов взаимосвязи и проявлений дерматоза является одной из наиболее перспективных задач современной дерматологии. Метаболические нарушения могут оказаться неотъемлемой частью клинической картины псориаза, с влиянием на течение и исход этого заболевания. Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о высокой степени коморбидности псориаза и МС, которая имеет популяционные особенности в разных регионах России, что поможет разработать региональные диагностические и прогностические аспекты коморбидности, будет способствовать своевременному выявлению взаимообусловленных патологий, качественной профилактике и адекватному лечению пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Молочков В.А.* Псориаз и псориатический артрит. М 2007.
2. *Schon M.P., Boehncke W.H.* Psoriasis. N Engl J Med 2005; 352: 18: 1899—1912.
3. *Henseler T., Christophers E.* Disease concomitance in psoriasis. J Am Acad Dermatol 1995; 32: 6: 982—986.
4. *Sommer D.M., Jenisch S., Suchan M., Christophers E., Weichenthal M.* Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. Arch Dermatol Res 2006; 298: 7: 321—328.
5. *Mallbris L., Ritchlin C.T., Ståhle M.* Metabolic disorders in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. Curr Rheumatol Rep 2006; 8: 5: 355—363.
6. *Mallbris L., Akre O., Granath F., Yin L., Lindelöf B., Ekbom A., Ståhle-Bäckdahl M.* Increased risk for cardiovascular mortality in psoriasis inpatients but not in outpatients. Eur J Epidemiol 2004; 19: 3: 225—230.
7. *Gelfand J.M., Neimann A.L., Shin D.B., Wang X., Margolis D.J., Troxel A.B.* Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. J Am Med Ass 2006; 296: 14: 1735—1741.
8. *Mishra A., Khurana L.* Obesity, and the Metabolic Syndrome in Developing Countries. J Clin Endocrinol Metabol 2008; 93: Suppl 1: S9—S30.
9. *Sinha R., Fisch G., Teague B. et al.* Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. N Engl J Med 2002; 346: 11: 802—810.
10. Российские рекомендации «Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков (второй пересмотр)». Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Ассоциации детских кардиологов России. М 2008.
11. *Sun S.S., Grave G.D., Siervogel R.M., Pickoff A.A., Arslanian S.S., Daniels S.R.* Systolic Blood Pressure in Childhood Predicts Hypertension and Metabolic Syndrome Later in Life. Pediatrics 2007; 119: 2: 237—246.
12. *Weiss R., Dziura J., Burgert T.S. et al.* Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. N Engl J Med 2004; 350: 23: 2362—2374.
13. *Смирнова Л.М., Билалова У.Г.* Метаболический синдром и псориаз. М 2010.
14. *Boehncke W.H., Boehncke S., Tobin A.M., Kirby B.* The 'psoriatic march': a concept of how severe psoriasis may drive cardiovascular comorbidity. Exp Dermatol 2011; 20: 4: 303—307.