

Значение ониходистрофии в прогнозировании сердечно-сосудистых заболеваний у больных псориазом

И.Е.Торшина¹, А.А.Зирчик², Т.Д.Гельт¹,
А.В.Борсуков¹, Е.А.Федосов¹, О.В.Азовскова¹

¹Смоленский государственный медицинский
университет, Смоленск

²Отделенческая больница на ст. Смоленск
ОАО «РЖД», Смоленск

В статье приводятся данные комплексного стационарного обследования 46 пациентов с псориазом обыкновенным распространенным. Оценка результатов проведена в зависимости от наличия или отсутствия поражения ногтей. Установлено, что при сочетании кожной формы псориаза и псориагической онихии выше риск развития сердечно-сосудистой патологии, чаще встречается артериальная гипертензия и наблюдаются липидные нарушения в сыворотке крови ($p < 0,05$). Поражение ногтей чаще выявляется у пациентов с умеренным, высоким и очень высоким кардиоваскулярным риском.

Ключевые слова: псориагическая онихия, кардиоваскулярный риск, коморбидная патология, артериальная гипертензия, липидные нарушения.

The Importance of Onychodystrophy in Predicting Cardiovascular Diseases in Patients with Psoriasis

I.E.Torshina¹, A.A.Zirchik², T.D.Gelt¹,
A.V.Borsukov¹, E.A.Fedosov¹, O.V.Azovskova¹

¹Smolensk State Medical University, Smolensk

²Department hospital at Smolensk station of
JSC "Russian Railways", Smolensk

The article presents data of a complex in-patient examination of 46 patients with psoriasis vulgaris. Assessment of results is carried out depending on psoriatic onychodystrophy. In case of psoriasis vulgaris and psoriatic onychia the cardiovascular risk is higher. Arterial hypertension occurs more often and lipid disturbances in blood serum are observed ($p < 0,05$) in such patients. Psoriatic onychodystrophy is more common in patients with moderate, high, and very high cardiovascular risk.

Keywords: psoriatic onychodystrophy, cardiovascular risk, comorbid pathology, arterial hypertension, lipid disturbances.

В настоящее время псориаз рассматривают как системное заболевание с вовлечением в патологический процесс, помимо кожи и суставов, также висцеральных органов, в основе которого лежит системная прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани, сочетающаяся с системным пролиферативно-деструктивным васкулитом и нарушением иммуногенеза [1, 2].

За последние годы накоплено большое количество данных, установивших тесную связь псориаза с атеросклерозом, ожирением, сахарным диабетом, артериальной гипертензией, неалкогольной жировой болезнью печени, синдромом склерозированных яичников. Все указанные болезни обусловлены системным вялотекущим воспалением – реакцией иммунной системы на персистирующие повреждающие стимулы, что характеризуется повышением уровня провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в 2–4 раза, в отличие от острого локального воспалительного процесса, при котором наблюдается повышение уровня цитокинов в десятки раз. В этиологии системного воспаления основное место занимают: 1) хронически стресс («производственный», «связанный с уходом за тяжело больными родственниками», «низким социально-экономическим статусом», «жизненными трагедиями», «отсутствием социальной поддержки» и т.п.); 2) избыточное по калорийности и содержанию липидов питание, ведущее к ожирению; 3) гипокинезия; 4) хронические бактериальные и вирусные инфекции, в т.ч. изменения в кишечной микрофлоре [3].

Наблюдаемое при псориазе сочетание кожных изменений, патологии суставов, нарушений функции внутренних органов и обмена веществ привело к появлению термина «псориагическая болезнь» [2].

Наличие ассоциированной патологии приводит к утяжелению течения псориаза, значительному снижению качества жизни пациентов и их позднему обращению за специализированной медицинской помощью [4].

Согласно данным Росстата, различными формами псориаза страдает около 2% населения России, доля псориаза в общей заболеваемости кожными болезнями достигает 15%. В последнее время отмечается рост тяжелых, торпидных к лечению форм псориаза, а также коморбидной патологии [5].

Наряду с высыпаниями на гладкой коже и волосистой части головы у больных псориазом наблюдаются поражения ногтей в виде точечных углублений на поверхности (симптом «наперстка»), онихолизиса, «масляных пятен», подногтевых геморрагий, гиперкератоза и других. Псориагическая онихия может возникать в 30–70% случаев заболевания [6].

Пациенты с тяжелыми формами псориаза, псориагическим артритом в большей степени подвержены другим серьезным заболеваниям: сердечно-сосудистые, сахарный диабет, поражения печени различной этиологии, желудочно-кишечного тракта, аутоиммунные заболевания (ревматоидный артрит, заболевания соединительной ткани). Пациенты с псориазом имеют повышенный риск развития эндотелиальной дисфункции – раннего предиктора атеросклероза, кальцификации коронарных артерий, что приводит к развитию ишемической болезни сердца, острого инфаркта миокарда, причем наиболее высока частота этой патологии у больных псориазом тяжелого и среднетяжелого течения [5, 7].

Целью исследования было изучения влияния псориагической онихии на риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Показатели	Без поражения ногтей (1-я группа, n=17)	С поражением ногтей (2-я группа, n=29)	t-тест, значение p
ОХС, ммоль/л	5,07±1,23	5,39±1,18	>0,05
ТГ, ммоль/л	1,45±0,76	2,03±0,23	>0,05
ЛПНП, ммоль/л	2,96±1,15	3,04±1,05	>0,05
ЛПОНП, ммоль/л	0,66±0,34	0,92±0,1	>0,05
ЛПВП, ммоль/л	1,45±0,44	1,43±0,4	>0,05
Коэффициент атерогенности	2,72±1,27	3,1±1,53	>0,05

Примечание. M±d - среднее и стандартное отклонение; ОХС – общий холестерин; ТГ – триглицериды; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; ЛПОНП – липопротеиды очень низкой плотности; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности.

Суммарный кардиоваскулярный риск, %	Общее количество пациентов	Количество пациентов с поражением ногтей
Низкий <1%	23	10(43,47%)*
Умеренный ≥ 1, но <5	14	12(85,71%)*
Высокий ≥ 5, но < 10%	4	4(100%)*
Очень высокий ≥ 10%	5	3(60%)

Примечание. *p<0,01.

Материалы и методы

В условиях дерматовенерологического отделения НУЗ «Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО «РЖД» под нашим наблюдением находилось 46 пациентов с псориазом обыкновенным распространенным. Мужчин было 32 (69,57%), женщин 14 (30,43%). Средний возраст – 42,63±13,9 года (средний возраст мужчин – 42,93±14,37 года, женщин – 42,93±13,25 года, p=0,44). Средняя длительность заболевания – 17,0±2,03 лет, средний PASI (Psoriasis Area and Severity Index – индекс тяжести поражения псориазом) – 11,19±5,92 баллов.

Всем пациентам (n=46) при поступлении в стационар выполнено стандартное дерматологическое и терапевтическое обследование, дополнительно проведено исследование липидного спектра сыворотки крови (общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА)) и электрокардиография, расчет кардиоваскулярного риска по шкале SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation), учитывающей 10-летний риск возникновения не только ИБС, но и всех сердечно-сосудистых событий, принимая во внимание коронарные и некоронарные факторы риска [8].

Для оценки псориазической онихии использовали индекс площади и тяжести поражения ногтевых пластинок - NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index). Для исключения грибковой инфекции ногтевых пластинок всем пациентам было проведено микростатистическое исследование.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel 2016 (Microsoft Office 2016 for Windows 10 Home). Описательная статистика количественных признаков представлена средними значениями со стандартным отклонением в случае нормальных распределений (M±d), либо медианы и интерквартильного интервала 25-го; 75-го перцентилей (Me (25%; 75%)) в случае распределений, отличающихся от нормальных. Описательная статистика качественных признаков представлена абсолютными и относительными частотами. Проверка на нормальность проводилась методом Шапиро-Уилка и путем построения гистограммы распределения признака. Для сравнения изучаемых групп между собой

применялись методы параметрической (критерий Стьюдента) и непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования и обсуждение

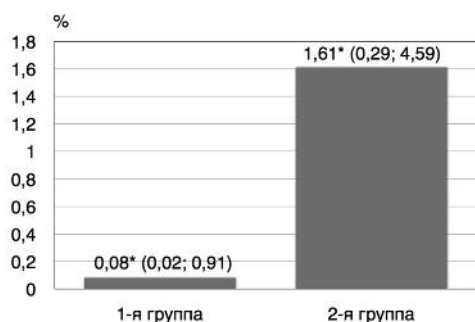
В зависимости от наличия или отсутствия псориазического поражения ногтей все пациенты были разделены на две группы сравнения: 1-ю группу составили пациенты с видимо здоровыми ногтевыми пластинками (n=17; NAPSI=0), 2-ю группу – пациенты, имеющие те или иные признаки псориазической онихии (n=29; NAPSI=31,4±4,11). Относительное количество курильщиков в первой и второй группах было 7 (41,7%) и 14 (48,27%) человек, соответственно. В обеих группах средний индекс массы тела характеризовался как избыточная масса тела и составил 26,22±4,22 и 27,75±5,17 в 1-й и 2-й группах, соответственно (p=0,15).

Сопутствующие заболевания регистрировались лишь у 7 (41,2%) больных первой группы, тогда как во второй группе у 28 (96,5%). Чаще всего больные страдали артериальной гипертензией, при этом частота встречаемости артериальной гипертензии во второй группе была достоверно выше (13 (44,82%)), чем в первой группе (3 (17,65%), p<0,05). На втором месте по частоте были ишемическая болезнь сердца и заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, патология желчного пузыря и желчевыводящих путей), которые встречались в равной мере в обеих группах. Патология со стороны эндокринной системы (сахарный диабет 2-го типа) была отмечена у 2 (6,9%) пациентов, имеющих поражения ногтей.

Исследование липидного спектра сыворотки крови не выявило статистически значимых различий между двумя группами. Уровень ЛПНП, ЛПВП оказался в пределах нормы. Во второй группе уровни ОХС, ТГ, ЛПОНП и КА превышали референтные значения (табл. 1).

Из наиболее частых изменений ЭКГ встречалась гипертрофия левого желудочка – 17 (37%) человек; в 22% случаев – нарушения реполяризации миокарда и в 11% – нарушения ритма. У одного пациента 2-й группы была зафиксирована тахикардия, у одного человека 1-й группы – рубцовые изменения миокарда.

Суммарный кардиоваскулярный риск по шкале SCORE у пациентов 1-й группы (без поражения ногтей) и 2-й группы (с псориатической онихией) (* $p=0,0065$).



При расчете среднего кардиоваскулярного риска у больных псориазом определен умеренный 10-летний риск развития фатальных сердечно-сосудистых событий – 1% (0,08%; 3,17%). Поражение ногтей чаще выявлялось у пациентов с умеренным, высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (табл. 2).

В свою очередь, суммарный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний при псориатической болезни достоверно выше у пациентов с поражением ногтей (умеренный риск <5%, но $\geq 1\%$), чем без псориатической онихией (низкий риск <1%) (см. рисунок).

Заключение

Полученные данные подтверждают мнение о высокой частоте коморбидной патологии у пациентов с псориазом. Выявлено, что при наличии псориатической онихии отмечается более высокий кардиоваскулярный риск и частота встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний (артериальной гипертензии), чем при отсутствии псориатического поражения ногтей.

Нарушения микроциркуляции в виде сдвигов активных и пассивных процессов [6], а также выявленные изменения липидного спектра крови могут играть роль в развитии атеросклероза у пациентов, страдающих псориазом.

Учитывая, что на приеме у дерматолога больные псориазом зачастую не предъявляют жалоб со стороны сердца и сосудов, не связывая патологию сердечно-сосудистой системы со своим заболеванием, необходимо обращать внимание на состояние ногтей у данной категории пациентов, т.к. изменение ногтевых пластинок уже на ранних этапах псориатического процесса свидетельствует о существенных изменениях сердечно-сосудистой деятельности.

Сведения об авторах:

Торшина Ирина Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой кожных и венерических болезней с курсом медицинской косметологии Смоленского государственного медицинского университета (СГМУ), Смоленск

Зирчик Анастасия Анатольевна – врач-дерматовенеролог НУЗ «Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО «РЖД», Смоленск

Гельт Татьяна Давыдовна – к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии Смоленского государственного медицинского университета (СГМУ), Смоленск

Борсуков Алексей Васильевич – д.м.н., профессор, директор Проблемной научно-исследовательской лаборатории «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии» Смоленского государственного медицинского университета (СГМУ), Смоленск

Федосов Евгений Алексеевич – д.м.н., профессор, зав. каф. микробиологии Смоленского государственного медицинского университета (СГМУ), Смоленск

Азовскова Ольга Васильевна – к.м.н., доцент кафедры микробиологии Смоленского государственного медицинского университета (СГМУ), Смоленск

Литература

1. Кakturский Л.В., Белова Е.В., Полосова Т.А., Скатникова В.И. Поражение сердца при псориазе Архив патологии. 2004; 6: 22–23. / Kakturkij L.V., Belova E.V., Polosova T.A., Skatnikova V.I. Porazhenie serdca pri psoriaze Arhiv patologii. 2004; 6: 22–23. [in Russian]
2. Шлопов В.Г., Свистунов И.В., Шевченко Т.И., Гумановская М.Л. Патология сердечно-сосудистой системы у больных псориазом. Кардиология. 1990; 30: 2: 188–120. / Shlopov V.G., Svis-tunov I.V., Shevchenko T.I., Gumanovskaja M.L. Patologija serdechno-sosudistoj sistemy u bol'nyh psoriazom. Kardiologija. 1990; 30: 2: 188–120. [in Russian]
3. Расин М.С. Хроническое воспаление, инсулинорезистентность, псориаз – что общего? Вестник дерматологии и венерологии. 2016; 5: 20–24. / Rasin M.S. Hronicheskoe vospalenie, insulinorezistentnost', psoriaz – chto obshhego? Vestnik dermatologii i venerologii. 2016; 5: 20–24. [in Russian]
4. Брынина А.В., Горецкая М.В., Хворик Д.Ф., Шулика В.Р. Содержание провоспалительных цитокинов при псориазе, ассоциированном с ишемической болезнью сердца. Дерматовенерология. 2017; 3: 1: 8–19. / Brynina A.V., Goreckaja M.V., Hvorik D.F., Shulika V.R. Soderzhanie provospalitel'nyh citokinov pri psoriaze, associirovannom s ishemicheskoy bolezn'ju serdca. Dermatovenerologija. Kosmetologija. 2017; 3: 1: 8–19. [in Russian]
5. Баткаева Н.В., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А. Распространенность псориатического артрита и коморбидных заболеваний у больных тяжелым псориазом: данные ретроспективного анализа госпитальной когорты. Современная ревматология. 2017; 11 (1): 19–22. / Batkaeva N.V., Korotaeva T.V., Batkaev Je.A. Rasprostranennost' psoriaticeskogo artrita i komorbidnyh zabolevanij u bol'nyh tzhzhelym psoriazom: dannye retrospektivnogo analiza gospital'noj kogorty. Sovremennaja revmatologija. 2017; 11 (1): 19–22. [in Russian]
6. Корчажкина Н.Б., Финешина Е.И., Круглова Л.С. Влияние ПУВА-ванн на состояние микроциркуляции при псориатической ониходистрофии. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2010; 2: 41–44. / Korchazhkina N.B., Fineshina E.I., Kruglova L.S. Vlijanie PUVAvann na sostojanie mikroциркуляциj при psoriaticeskoy onihodistrofii. Sovremennye problemy dermatovenerologii, immunologii i vrachebnoj kosmetologii. 2010; 2: 41–44. [in Russian]
7. Янышева А.В. Метаболические нарушения при псориатическом артрите. Сибирский медицинский журнал. 2009; 2: 25–28. / Janysheva A.V. Metabolicheskie narusheniya pri psoriaticeskom artrite. Sibirskij medicinskij zhurnal. 2009; 2: 25–28. [in Russian]
8. Перова Н.В., Метельская В.А., Покровский М.С. Новое в международных системах определения суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний для использования в клинической практике (по материалам международных рекомендаций и профилактических программ). М.: 2014; 10. / Perova N.V., Metel'skaja V.A., Pokrovskij M.S. Novoe v mezhdunarodnyh sistemah opredelenija summarnogo riska serdechno-sosudistyh zabolevanij dlja ispol'zovanija v klinicheskoy praktike (po materialam mezhdunarodnyh rekomendacij i profilakticheskikh programm). M.: 2014; 10. [in Russian]