

# Особливості клініко-лабораторних змін у хворих, що страждають на псоріаз з метаболічним синдромом

Галникіна С. О., Козлова М. В.

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Галныкина С. А., Козлова М. В.

Отображены результаты клинико-лабораторных исследований у больных, страдающих псориатической болезнью на фоне метаболического синдрома.

## FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY CHANGES IN PATIENTS WITH PSORIASIS WITH METABOLIC SYNDROME Halnykina S. O., Kozlova M. V.

The results of clinical and laboratory studies in patients suffering from psoriatic disease with metabolic syndrome are presented.

На сьогодні псоріаз у медичній літературі трактується, як хронічне імуніоопосередковане захворювання [1]. За даними літератури, у хворих на псоріаз підвищений ризик виникнення метаболічних розладів. Існує низка наукових робіт про зв'язок псоріазу з такими захворюваннями, як ожиріння, предіабет, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, а також з предикторами цих захворювань, а саме з:

- підвищенням артеріального тиску;
- атерогенною дисліпідемією;
- гіперглікемією;
- інсулінорезистентністю;
- компенсаторною гіперінсулінемією.

В останнє десятиліття поєднання факторів ризику виникнення атеросклерозу та цукрового діабету II типу трактується як «метаболічний синдром» [2]. Етіологія метаболічного синдрому (МС) донині залишається остаточно невстановленою [3].

Теорія МС була сформульована та вперше представлена на VI з'їзді Міжнародної федерації діабетологів: К. Jahnke *et al* (1967) використали в доповіді поняття «метаболічний синдром», включаючи в нього поєднання:

- ожиріння;
- порушення толерантності до глюкози (ПТГ);
- гіперінсулінемії (ГІ);
- підвищення рівня вільних жирних кислот і тригліцеридів (ТГ).

У 1999 р. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) та Європейською групою з вивчення інсулінорезистентності (EGIR) були розроблені діагностичні критерії МС. Для вста-

новлення МС необхідна наявність одного основного та двох і більше додаткових критеріїв [4]:

- основні критерії порушення вуглеводного обміну:

- 1) порушення глікемії натще;
- 2) порушення толерантності до глюкози;
- 3) інсулінорезистентність;
- 4) цукровий діабет II типу.

- додаткові критерії:

- 1) артеріальний тиск – більше 160/95 мм рт. ст. та/або;
- 2) тригліцериди – більше 1,7 ммоль/л (150 мг/дл);
- 3) ХС-ЛПВЩ: чоловіки – менше 0,9 ммоль/л (35 мг/дл); жінки – менше 1,0 ммоль/л (45 мг/дл);
- 4) загальне ожиріння: індекс талія-стегно: чоловіки – більше 0,9; жінки – більше 0,85 та/або індекс маси тіла (ІМТ) більше 30;
- 5) мікроальбумінемія – більше 20 мкг/хв або співвідношення альбумін/креатинін – більше 20 г/мг.

Критерії Американських клінічних рекомендацій щодо лікування дорослих (NCEP-ATP III, 2001) за наявності трьох і більше нижче вказаних критеріїв (фактор ризику – діагностичний рівень):

- абдомінальне ожиріння – окружність талії (ОТ):
  - 1) чоловіки – більше 102 см.;
  - 2) жінки – більше 88 см.;
- тригліцериди – більше 1,7 ммоль/л (150 мг/дл);
- ХС-ЛПВЩ:
  - 1) чоловіки – менше 1,0 ммоль/л (менше 40 мг/дл);

2) жінки – менше 1,2 ммоль/л (менше 50 мг/дл);  
 - артеріальний тиск – більше 130/85 мм рт. ст.;  
 - глікемія – більше 6,1 ммоль/л (більше 110 мг/дл).

Критерії Американської асоціації клінічних ендокринологів (AACE, 2002) передбачають наявність двох основних критеріїв у поєднанні з одним з додаткових [5-7]:

- основні:

- 1) інсулінорезистентність;
- 2) абдомінальне ожиріння (ОТ: чоловіки – більше 102 см; жінки – більше 88 см);
- 3) дисліпідемія (ХС-ЛПВЩ: жінки – менше 45 мг/дл; чоловіки – менше 35 мг/дл; ТГМ – 50 мг/дл);
- 4) артеріальний тиск – більше 130/85 мм рт. ст.;
- 5) порушення толерантності до глюкози;
- 6) гіперурикемія;

- додаткові:

- 1) гіперкоагуляція;
- 2) полікістоз яєчників;
- 3) дисфункція ендотелія;
- 4) мікроальбумінемія;
- 5) ішемічна хвороба серця.

Міжнародна федерація діабетологів (IDF, 2005) запропонувала нові модифіковані критерії МС: наявність ожиріння центрального типу, визначеного за ОТ у сантиметрах, з урахуванням специфіки для різних етнічних груп (європейці – ОТ: чоловіки – більше 94 см; жінки – більше 80 см).

У США, ймовірно, у клінічній практиці будуть, як і раніше, використовувати критерії, рекомендовані АТР:

- європейці:

- 1) чоловіки – більше 102 см;
- 2) жінки – більше 88 см;

- мешканці Південної Азії:

- 1) чоловіки – більше 90 см;
- 2) жінки – більше 80 см;

- мешканці Китаю, Малайзії, азійсько-індійська популяція:

- 1) китайці: чоловіки – більше 90 см; жінки – більше 90 см;
- 2) японці: чоловіки – більше 85 см; жінки – більше 90 см.

У етнічних центрально- та південноамериканців рекомендується використання рекомендацій для мешканців Південної Азії – до одержання більш уточнених даних.

У африканців, що мешкають на південь від Сахари, представників східно-середземноморської та середньо-східної популяції (араби) рекомендується використовувати рекомендації для європейців – до одержання більш специфічних даних.

Додатково враховується наявність будь-яких двох факторів із нижче перерахованих:

- підвищений рівень ТГ (більше 1,7 ммоль/л, або 150 мг/дл) або на фоні специфічної гіполіпідемічної терапії;

- знижений рівень ХС ЛПВП:

- 1) чоловіки – менше 1,03 ммоль/л (40 мг/дл);
- 2) жінки – менше 1,29 ммоль/л (50 мг/дл), –

або проведення специфічної терапії з приводу дисліпідемії;

- АГ (рівень САТ більше 130 мм рт. ст. або рівень ДАТ більше 85 мм рт. ст.) або гіпотензивна терапія, раніше діагностованій ЦД II типу.

При рівні показника глюкози вище 5,6 ммоль/л, або 100 мг/дл, наполегливо рекомендується проведення перорального глюкозотолерантного тесту (ПГТТ).

**Мета дослідження** – підвищення ефективності лікування хворих на псоріаз з МС шляхом розробки адекватних патогенетично обґрунтованих методів лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** Під нашим спостереженням перебувало 60 хворих на дисемінований псоріаз на фоні МС; використовували:

- традиційні клінічні методи обстеження пацієнтів, що страждають на псоріаз:

- 1) скарги пацієнта;
- 2) анамнез життя та захворювання;
- 3) дані об'єктивних та спеціальних дерматологічних методів обстеження – визначення псоріатичної тріади за допомогою зшкрябування, дермографізм;

- загальні клініко-лабораторні методи обстеження:

- 1) загальний та біохімічний аналіз крові (рівень ліпопротеїдів, глюкози);
- 2) загальний аналіз сечі та копрограма;

- додаткові методи дослідження:

- 1) визначення рівнів фібриногену, фібриногену В;
- 2) глюкозотолерантний тест;
- 3) визначення індексу маси тіла за Кетле.

Під час проведення дослідження було обстежено 60 хворих на дисемінований псоріаз (ДП) на фоні МС:

- прогресуюча форма була у 48 (80 %) осіб;
- стаціонарна – у 12 (20 %) осіб.

При обстеженні хворих на ДП на фоні МС ми констатували бляшкову, артропатичну, еритродермічну форми перебігу захворювання; обстежено:

- 32 (53,33 %) пацієнти із артропатичною формою перебігу;
  - 6 (10 %) – з еритродермічною;
  - 22 (36,67 %) – з бляшковою формою перебігу.
- Розподіл хворих на ДП на фоні МС за статтю:
- жінок – 8 (13,33 %);
  - чоловіків – 52 (86,67 %), –

використано нами для порівняльного аналізу поширеності псоріазу серед чоловіків та жінок з

наступним порівнянням отриманих результатів із даними літератури. У результаті проведеного порівняння було встановлено перевагу за частотою захворювання серед пацієнтів чоловічої статі порівняно з пацієнтами жіночої статі. Отже, ми спостерігали співвідношення жінок до чоловіків, як 1 : 6,5. Ці дані не відповідають даними зарубіжної та вітчизняної літератури, які стверджують про приблизну однакову частоту захворювання серед пацієнтів обох статей.

Проведено також аналіз розподілу пацієнтів за віковими групами, а також розподілу в кожній групі за статтю (Табл. 1).

Таблиця 1 - Розподіл обстежених хворих на псоріаз на фоні метаболічного синдрому за віком та статтю

Вікові групи (роки)	Чоловіки		Жінки		РАЗОМ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
21-30	5	9,62	0	0	5	8,33
31-40	14	26,92	0	0	14	23,33
41-50	23	44,23	5	62,5	28	46,67
51-60	10	19,23	3	37,5	13	21,67
РАЗОМ	52	100	8	100	60	100

За отриманими статистичними результатами, серед хворих було більше чоловіків – 52 (86,67 %), ніж жінок – 8 (13,33 %); при цьому вік хворих був різний, але більшість з них – 42 особи (70 %) – перебувала у віковому діапазоні від 31 до 50 років. Проте слід сказати, що аналіз наших даних щодо віку й статі обмеженої кількості (n = 60) хворих, що спостерігалися, не може слугувати об'єктивним критерієм оцінки захворюваності.

Ми звернули увагу на те, що в значній кількості хворих (42 %) псоріаз виник після психоемоційного стресу і наступні рецидиви хворі пов'язували з нервовим перевантаженням. Появу перших проявів хвороби і в подальшому загострення двоє хворих (3,3 %) пов'язували з переохолодженням та гострими респіраторними захворюваннями.

Ми погоджуємося із спостереженнями сучасних науковців, що незалежно від причини, з якою хворий пов'язував виникнення псоріазу, подальші загострення чи рецидиви недуги могли бути спричинені іншими чинниками. Так, якщо виникнення псоріазу хворий пов'язував з психоемоційним стресом, то наступні рецидиви могли бути асоційовані із загостренням хронічних хвороб, зокрема шлунково-кишкового тракту, інфекційними захворюваннями, переохолодженням тощо.

Псоріаз у родичів I та II ступенів спорідненості ми виявили у 12 (20%) хворих, які перебували під нашим спостереженням.

Тяжкі інвалідизуючі форми псоріазу було діагностовано у 32 (53,3 %) хворих.

Стан псоріатичної хвороби вважали:

- легким, якщо у пацієнта сума балів за двома анкетами складала 25-49;
- середньої тяжкості – 50-74;
- тяжким, якщо сума балів складала 75-100.

Під час аналізу отриманих даних нами проведено розподіл хворих на ДП на фоні МС за ступенем тяжкості (табл. 2), згідно з показниками індексу *PASI*:

- тяжкий ступінь перебігу захворювання був у найбільшій кількості обстежених нами хворих – 43 (71,67 %);
- середній ступінь – у 17 (28,33 %) хворих.

Таблиця 2 - Розподіл обстежених хворих на дисемінований псоріаз на фоні метаболічного синдрому за ступенем тяжкості псоріатичної хвороби

Ступінь тяжкості процесу	Кількість хворих	
	абс.	%
Тяжкий	43	71,67
Середній	17	28,33
Легкий	0	0
<b>РАЗОМ</b>	60	100

Також у процесі виконання дослідження відзначено зростання кількості хворих, що звертаються за стаціонарною допомогою, і зростання загальної кількості хворих на псоріаз – таке ствердження дозволяють зробити статистичні дані стаціонарного відділення Тернопільського обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру (ОКШВД). При вивченні цих даних виявлено стабільно високу кількість звернень пацієнтів, що страждають на псоріаз, за стаціонарною допомогою до Тернопільського ОКШВД (рис. 1).

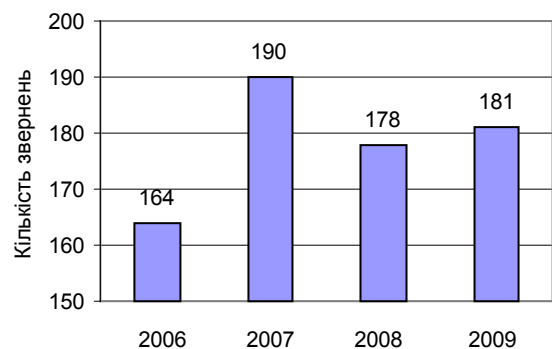


Рисунок 5. Динаміка звернення хворих на псоріаз за медичною допомогою до ТОККОШВД за 2006-2009 рр.

Ця ситуація може бути викликана сукупністю декількох факторів:

- несприятлива екологічна ситуація в регіоні та загалом в Україні;
- погіршення матеріально-побутових умов життя, –

що призводить до напруження психоемоційної сфери і, як наслідок, до скорочення періоду клінічної ремісії у пацієнта та більш частого розвитку загострень.

При дослідженні та аналізі отриманої інформації ми зауважили, що:

- зимова форма псоріазу (загострення захворювання спостерігалось у осінньо-зимовий період) переважала у більшості пацієнтів – 38 (63,33 %);

- змішана форма перебігу була у 13 (21,67 %) пацієнтів,

- літні форми псоріазу відмічено у найменшій кількості пацієнтів – 9 (15 %).

Отримані дані свідчать про сезонність перебігу псоріатичної хвороби, що зумовлено зміною кліматичних умов протягом року, зокрема, інтен-

Таблиця 3 – Показники хворих на псоріаз на фоні МС перед початком лікування ( $M \pm 2m$ )

Показники		Пацієнти, що хворіють на псоріаз на фоні МС (n=60)	Група контролю (практично здорові особи) (n=15)
1 Показники загального ожиріння	Індекс маси тіла за Кетле	31,09 ± 1,95*	21,16 ± 0,41
	Окружність талії, см	94,52 ± 4,39*	75,31 ± 7,20
2 Рівень ліпопротеїдів периферійної крові	ЛПВЩ	1,18 ± 0,12**	1,65 ± 0,08
	Тригліцериди	2,07 ± 0,08*	1,45 ± 0,25
3 Рівні глюкозотолерантного тесту та глюкози периферійної крові	Глюкозо-толерантний тест, ммоль/л	8,46 ± 0,52*	7,10 ± 0,11
	Глюкоза, ммоль/л	5,54 ± 0,41*	4,12 ± 0,29
4 Рівень фібриногену у сироватці крові		3,99 ± 0,28*	2,21 ± 0,53
5 Показники артеріального тиску	САТ	138,5	120,5
	ДАТ	88,4	75,4

Примітка: Статистично достовірна різниця показників практично здорових осіб групи контролю з показниками хворих для: \*  $p < 0,05$ ;  
\*\*  $p < 0,01$ .

Також відмічено достовірне зниження ( $p < 0,01$ ) рівня ліпопротеїдів високої щільності.

При дослідженні рівня фібриногену *B* встановили, що у 58 (96,6 %) хворих даний показник є позитивним.

Проаналізувавши дані про стан біохімічних показників периферичної крові хворих на псоріаз з МС, можна зробити висновок про наявність в них гіперглікемії, у порівнянні із групою контролю.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Кунгуров Н. В., Филimonкова Н. Н., Тузанкина И. А. Псоріатическая болезнь. - Екатеринбург, 2002. - 193 с.
2. Robins S. J., Rubins H. B., Faas F. H. et al. Insulin resistance and cardiovascular events with low HDL cholesterol. The Veterans Affairs HDL Intervention Trial (VA-HIT) // *Diabetes Care*. - 2003. - Vol. 26, No 5. - P. 1513-1517.
3. Lindström J., Louheranta A., Mannelin M. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity // *Diabetes Care* - 2003. - Vol. 26. - P. 3230-3236.
4. Knowler W. C., Barrett-Connor E., Fowler S.E. et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin // *NEJM*. - 2002. - Vol. 346, No 6. - P. 393-403

сивності сонячної інсоляції.

Під час виконання нашого дослідження ми спостерігали достовірне збільшення ( $p < 0,05$ ), порівняно із аналогічними показниками контрольної групи, таких показників (табл. 3):

- показників загального ожиріння – індекс маси тіла за Кетле та окружність талії;

- рівня тригліцеридів;

- рівнів глюкозотолерантного тесту та глюкози периферійної крові,

- рівня фібриногену у сироватці крові;

- показників артеріального тиску.

**Висновок.** Проаналізувавши дані про стан біохімічних показників периферійної крові хворих на псоріаз з МС, можна зробити висновок про наявність у них значного дисбалансу показників. Тому хворі на псоріаз з МС потребують розробки патогенетично обґрунтованих методів лікування з метою поліпшення ефективності лікування захворювання та запобігання розвитку серцево-судинних та ендокринних розладів.

5. Домницкая Т. М., Батенкова С. В., Радова Н. Ф. Суточное мониторирование артериального давления в клинической практике: Методич. рекоменд. – М., 2002.

6. *Вариабельность* сердечного ритма. Стандарты измерения, физиологической интерпретации и клинического использования // Рабочая группа Европейского кардиологического общества - 1996.

7. Torgerson J. S., Hauptman J., Boldrin M. N. et al. XENical in the Prevention of Diabetes in Obese Subjects (XENDOS) Study. A randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. // *Diabetes Care*. - 2004. - Vol. 27. - P. 155-161.