

УДК 616.517:616.127-005.4]-06-07

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Брынина А.В. (*dermven@tut.by*)

УО «Гродненский государственный медицинский университет» Гродно, Беларусь

Введение. Согласно результатам фундаментальных исследований, системность псориаза проявляется поражением не только кожи и опорно-двигательного аппарата, но и заболеваниями внутренних органов, включая сердечно-сосудистую систему. Установлены общие факторы риска, их взаимное отрицательное влияние на развитие и течение как хронического дерматоза, так и сердечно-сосудистой патологии, что требует дальнейшего проведения научных и клинических исследований.

Цель работы. Установить особенности течения и характер взаимного влияния различных клинических форм псориаза и ишемической болезни сердца.

Материалы и методы. Обследовано 130 пациентов с псориазом, ишемической болезнью сердца и их ассоциацией в возрасте от 40 до 65 лет.

Выводы. У пациентов с коморбидной патологией достоверно чаще диагностируется снижение качества жизни, более тяжелое клиническое течение как псориаза, так и ишемической болезни сердца, что позволяет предположить наличие общности ряда патогенетических механизмов развития данных заболеваний.

Ключевые слова – псориаз, ишемическая болезнь сердца.

Введение

Псориаз (син. чешуйчатый лишай) – это хронический дерматоз мультифакториальной природы с ведущим значением в развитии генетических факторов, характеризующийся нарушением кератинизации, гиперпролиферацией эпидермальных клеток и воспалительным процессом в дерме [5]. В настоящее время дерматоз относится к системным аутоиммунным заболеваниям. Его распространенность среди населения составляет от 0,1 до 7%, а среди лиц, госпитализированных в дерматологические стационары – от 25 до 40% [2]. Согласно данным дерматовенерологической службы Республики Беларусь, лица с псориазом в ассоциации с системными осложнениями составляют до 25% пациентов диспансерной группы [4]. Согласно исследованиям ряда авторов, наличие псориаза сокращает продолжительность жизни у мужчин в среднем на 3,5 года, у женщин на – 4,4 года [7, 8, 9]. Основными причинами сокращения продолжительности жизни является развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы, таких как инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт, внезапная смерть [10].

По данным многочисленных клинических исследований, псориаз также может быть фактором риска развития атеросклероза, что согласуется с представлениями об участии хронического системного воспаления в развитии заболеваний [12]. При атеросклерозе поражаются артерии эластического типа, крупные и средние артерии мышечного типа, что проявляется уплотнением сосудистой стенки и образованием атеросклеротической бляшки. Процесс формирования бляшки динамичный, для него характерно как прогрессирование, так и обратное развитие изменений в стенке артерий. Однако длительное течение атеросклероза связано с его прогрессированием, приводя к клиническим проявлениям заболевания. Основным осложнением атеросклероза коронарных артерий является ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая

клинически проявляется стенокардией, ИМ и кардиосклерозом [6].

ИБС является одной из самых распространенных болезней системы кровообращения во всех экономически развитых странах, ею страдают около 5-8% мужчин в возрасте от 20 до 44 лет и 18-24,5% – в возрасте от 45 до 69 лет. Распространенность ИБС у женщин несколько меньше и в старшей возрастной группе обычно не превышает 13-15% [3].

Многие авторы указывают на частое развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) при псориазе. В научной литературе обсуждается вопрос рассмотрения псориаза как системного заболевания, при котором поражаются не только кожа, а также другие органы и системы [11]. К таковым относятся: ИБС, артериальная гипертензия (АГ), ожирение, сахарный диабет, различные варианты дислипидемий, неалкогольный жировой гепатоз печени. Данные заболевания характеризуются ускоренным развитием атеросклероза. Результаты многочисленных исследований дают основание полагать, что взаимосвязь псориаза с вышеперечисленной патологией организма приводит к увеличению смертности и еще более выраженному снижению качества жизни.

Цель работы. Установить особенности течения, качество жизни и характер взаимного влияния различных клинических форм псориаза и ИБС.

Материалы и методы

В соответствии с целью исследования были обследованы 130 пациентов, обратившихся в УЗ «Гродненский областной кожно-венерологический диспансер» и УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр», с псориазом, ИБС и их ассоциацией. Возраст обследованных варьировал от 40 до 65 лет.

В зависимости от установленного диагноза были сформированы 3 группы: 1-я группа – псориаз (45 пациентов), 2-я группа – псориаз, ассо-

цированный с ИБС (45 пациентов) и 3-я группа – ИБС (40 пациентов).

Статистический анализ проводился с помощью непараметрических методов и использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США), лицензионный номер AXXAR207F394425FA-Q. Сравнительный анализ клинических критериев между собой осуществлялся с помощью точного критерия Фишера. Количественные данные представлены в виде медиан и межквартильного размаха (между 25 и 75 квартилями), качественные данные – в виде абсолютных и относительных частот. Для оценки значимости различий между двумя независимыми выборками использовали критерий Манна-Уитни. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Среди 130 обследуемых, участвовавших в исследовании, в 76,9% случаев доминировали мужчины (100 пациентов), при этом в 1-й группе их было 30 (66,7%), во 2-й – 37 (82,2%), в 3-й – 33 (82,5%) человека ($p > 0,05$). Возраст пациентов варьировал от 40 до 65 лет, его медианное значение составило 56 лет при значениях 25 и 75 квартилей 51 и 59, соответственно. В группах пациентов, участвовавших в исследовании, были получены следующие значения медианы: в 1-й группе она составила 54 (50; 58) лет, во 2-й – 57 (53; 61) лет, в 3-й – 56 (51; 59) лет.

Несмотря на установленный факт наследования как псориаза, так и ССЗ, следующей задачей настоящего исследования было выявление данной патологии у ближайших родственников, а также установление возможных триггерных факторов, влияющих на течение псориаза и начало ССЗ. Среди 90 пациентов с псориазом и 85 – с ССЗ, факт присутствия отягощенной наследственности по псориазу установлен у 24 (26,7%), по ССЗ – у 54 (63,5%). При этом у пациентов 1-й и 2-й групп отягощенная наследственность по псориазу верифицировалась одинаково часто (соответственно, в 31,1% и 22,2% случаев; $p > 0,05$), а по сердечно-сосудистой патологии – достоверно выше во 2-й группе по сравнению с 1-й (соответственно, в 51,1% и 22,2% случаев; $p < 0,05$). Несмотря на тот факт, что наибольшая частота встречаемости отягощенной наследственности по ССЗ установлена в 3-й группе (в 52,5% случаев), это было примерно сопоставимо со 2-й (в 51,1% случаев; $p > 0,05$), но достоверно выше, чем в 1-й группе (в 22,2% случаев; $p < 0,05$).

По данным ВОЗ, курение и избыточная масса тела являются ведущими факторами риска развития ССЗ, что также подтверждалось нашими исследованиями. Так, при анализе возможных триггерных факторов 72 из 130 обследуемых пациентов (55,4%) указали на курение в качестве вредной привычки, при этом во 2-й группе курящих было достоверно больше, чем в 1-й и 3-й (73,3%, 46,7% и 45,0%, соответственно; $p < 0,05$). Анализ индекса массы тела позволил установить

достоверно более низкое его медианное значение у пациентов 1-й группы (25 (21; 30) кг/м²), по сравнению со 2-й 27 (24; 34) кг/м² ($p < 0,05$) и 3-й – 28 (26; 36) кг/м² ($p < 0,01$). Причем значения показателя 2-й и 3-й групп были сопоставимы между собой и статистически не различались ($p > 0,05$).

При оценке отдельных кожных симптомов у обследуемых пациентов при псориазе наиболее часто встречались: «псориазная триада» – у 67 (74,4%) обследованных, «дежурные бляшки» – у 66 (73,3%), зуд кожи – у 56 (62,2%), поражение себорейных зон – у 54 (60,0%), эксфолиации – у 52 (57,8%), симптом Пильнова – у 48 (53,3%), поражение волосистой части головы – у 46 (51,1%), симптом Кебнера – у 45 (50,0%) и т.д.

При сравнительном анализе отдельных кожных симптомов псориаза в ассоциации с ИБС установлена достоверно большая частота встречаемости зуда кожи ($p < 0,01$), жжения в области высыпаний ($p < 0,05$), поражения крупных складок, себорейных зон, ладоней и подошв, волосистой части головы ($p < 0,05$), эксфолиаций ($p < 0,05$), выраженного шелушения волосистой части головы ($p < 0,05$), симптома «псориазная корона» ($p < 0,05$), чем при отсутствии сердечно-сосудистой патологии (таблица 1).

Таблица 1. – Частота встречаемости отдельных кожных симптомов с учетом нескольких симптомов одновременно в обследуемых группах (абс. и %)

| Симптомы | Псориаз (n=45) | | Псориаз+ИБС (n=45) | | p |
|--|----------------|------|--------------------|------|-------|
| | абс. | % | абс. | % | |
| Зуд кожи | 21 | 46,7 | 35 | 77,8 | <0,01 |
| Жжение в области высыпаний | 14 | 31,1 | 25 | 55,6 | <0,05 |
| Болезненность в области высыпаний | 14 | 31,1 | 17 | 37,8 | >0,05 |
| Парестезии кожи | 11 | 24,4 | 11 | 24,4 | >0,05 |
| Поражение крупных складок | 13 | 28,9 | 23 | 51,1 | <0,05 |
| Поражение себорейных зон | 22 | 48,9 | 32 | 71,1 | <0,05 |
| «Дежурные бляшки» | 34 | 75,6 | 32 | 71,1 | >0,05 |
| Поражение ладоней и подошв | 15 | 33,3 | 26 | 57,8 | <0,05 |
| Поражение волосистой части головы | 18 | 40,0 | 28 | 62,2 | <0,05 |
| «Псориазная триада» | 36 | 80,0 | 31 | 68,9 | >0,05 |
| Симптом Пильнова | 22 | 48,9 | 26 | 57,8 | >0,05 |
| Симптом Кебнера | 21 | 46,7 | 24 | 53,3 | >0,05 |
| Эксфолиации | 21 | 46,7 | 31 | 68,9 | <0,05 |
| Выраженное шелушение волосистой части головы | 16 | 35,6 | 27 | 60,0 | <0,05 |
| «Псориазная корона» | 11 | 24,4 | 21 | 45,7 | <0,05 |

Примечание: p – достоверность различий между группами

Следующим этапом исследования было установление преобладающей клинической формы, стадии и степени тяжести дерматоза. Среди всех обследуемых пациентов у 50 (55,6%) диагностирован экссудативный, у 40 (44,4%) – вульгарный псориаз. При этом в 1-й группе обследованных в 55,6% случаев диагностировалась вульгарная форма заболевания, во 2-й – экссудативная (в 66,7% случаев). Таким образом, при наличии ИБС экссудативный псориаз диагностировался достоверно чаще (соответственно, у 30, или 66,7% и у 20, или 44,4%; $p < 0,05$), а вульгарный – достоверно реже (соответственно, у 15, или 33,3% и у 25, или 55,6%; $p < 0,05$) по сравнению

с псориазом без ассоциации с сердечно-сосудистой патологией.

У большинства пациентов (в 80% случаев) преобладала прогрессирующая стадия заболевания, при этом она диагностировалась у 35 из 45 пациентов (в 77,8% случаев) с псориазом, ассоциированным с ИБС, и у 37 из 45 пациентов (в 88,2% случаев) с псориазом без ассоциированной патологии.

Оценку степени тяжести кожного процесса проводили по значению индекса PASI [1], который в обеих группах варьировал от 31 до 62 баллов. Медиана составила 42 балла при значениях 25 и 75 квартилей 38 и 47, соответственно. Анализ значений индекса тяжести псориаза в группах позволил установить достоверное повышение ($p < 0,05$) его медианного значения у пациентов 2-й группы (44 (40; 48) балла) по сравнению с 1-й (41 (37; 45) балл).

Оценку качества жизни пациентов проводили по балльной системе согласно опроснику ДИКЖ [1]. Результаты интерпретировали по сумме набранных баллов: 0-1 – заболевание не оказывает эффекта на жизнь пациента; 2-5 – небольшой эффект; 6-10 – умеренный эффект; 11-20 – очень сильный эффект; 21-30 – чрезвычайно сильный эффект на жизнь пациента. При оценке качества жизни пациентов с псориазом и ИБС были получены некоторые достоверные различия (таблица 2).

Таблица 2. – Степень снижения качества жизни в обследуемых группах (абс. и %)

| Сумма баллов, набранных по опроснику ДИКЖ | Псориаз (n=45) | | Псориаз+ИБС (n=45) | | p |
|---|----------------|------|--------------------|------|-------|
| | абс. | % | абс. | % | |
| 0-1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | - |
| 2-5 | 2 | 4,4 | 0 | 0,0 | - |
| 6-10 | 18 | 40,0 | 9 | 20,0 | <0,05 |
| 11-20 | 17 | 37,8 | 26 | 57,8 | <0,05 |
| 21-30 | 8 | 17,8 | 10 | 22,2 | >0,05 |

Примечание: p – достоверность различий между группами

Как видно из таблицы 2, большинство пациентов с коморбидной патологией оценивали наличие псориаза как «очень сильный эффект», способствующий снижению их качества жизни ($p < 0,05$). 40% обследованных, страдающих псориазом, указали на «умеренное» снижение качества жизни ($p < 0,05$).

Среди симптомов поражения ногтевых пластин при псориазе чаще встречались симптом Готтрона (41,1%) и паронихии (45,6%). Однако среди пациентов 1-й группы достоверно чаще ($p < 0,05$) диагностировался симптом Геллера (20 пациентов, 44,4%), среди 2-й – симптом Готтрона (24 пациента, 53,3%; $p < 0,05$). Частота встречаемости онихолизиса, онихогрифоза и паронихий была примерно одинакова у пациентов обеих групп ($p > 0,05$).

Для определения особенностей течения ССЗ проводилось изучение частоты встречаемости отдельных форм ИБС, АГ как сопутствующей патологии, степени недостаточности крово-

брашения, результатов коронароангиографии (КАГ) у пациентов с ИБС и псориазом, ассоциированным с ИБС.

При анализе частоты встречаемости отдельных форм ИБС у пациентов обеих групп преобладала стабильная/нестабильная стенокардия напряжения (таблица 3).

Таблица 3. – Частота встречаемости отдельных форм ИБС с учетом нескольких симптомов одновременно в обследуемых группах (абс. и %)

| Форма ИБС | Псориаз+ИБС (n=45) | | ИБС (n=40) | | p |
|-----------------------------------|--------------------|------|------------|------|-------|
| | абс. | % | абс. | % | |
| стенокардия | 33 | 73,3 | 19 | 47,5 | <0,05 |
| острый ИМ | 7 | 15,6 | 12 | 30,0 | >0,05 |
| кардиосклероз с нарушениями ритма | 17 | 37,8 | 13 | 32,5 | >0,05 |
| перенесенный инфаркт миокарда | 18 | 40,0 | 13 | 32,5 | >0,05 |

Примечание: p – достоверность различий между группами

Кроме того, при псориазе, ассоциированном с ИБС, достоверно чаще, чем при ИБС, встречалась стабильная/нестабильная стенокардия напряжения (соответственно, в 73,3% и 47,5% случаев; $p < 0,05$), которая ассоциировалась с кардиосклерозом с нарушениями ритма (8 пациентов), перенесенным инфарктом миокарда (13 пациентов), с постинфарктным кардиосклерозом в сочетании с нарушениями ритма (2 пациента); на втором месте, в 40,0% случаев, диагностировался перенесенный инфаркт миокарда, который был в сочетании со стенокардией (13 пациентов), кардиосклерозом с нарушениями ритма (2 пациента), стенокардией с нарушениями ритма одновременно (2 пациента), острым ИМ в ассоциации с нарушениями ритма (1 пациент); на третьем – кардиосклероз с нарушениями ритма – в 37,8% случаев, который чаще всего ассоциировался со стенокардией (8 пациентов), перенесенным инфарктом миокарда (2 пациента), постинфарктным кардиосклерозом со стенокардией (2 пациента); острым ИМ (1 пациент) и повторным ИМ (1 пациент). Частота встречаемости острого ИМ составила 15,6% у лиц с коморбидной патологией и у 30,0% – с ИБС.

Инфаркт миокарда в возрасте до 50 лет и повторный ИМ примерно в три раза чаще диагностировались при ассоциированной патологии, чем при ИБС (соответственно, во 2-й группе 31,1% – 14 пациентов и 24,4% – 11 пациентов, в 3-й – 10,0% – 4 пациента и 7,5% – 3 пациента, $p < 0,05$).

Артериальная гипертензия, как сопутствующая патология, одинаково часто диагностировалась у пациентов обеих групп (у 91,1% и у 97,5% соответственно; $p > 0,05$).

При определении степени выраженности недостаточности кровообращения у пациентов 2-й (в 73,3% случаев) и 3-й (в 82,5% случаев) групп преобладали проявления сердечной недостаточности 1-й степени (Н1) (таблица 4).

Таблица 4. – Частота встречаемости недостаточности кровообращения в обследуемых группах (абс. и %)

| Степень недостаточности кровообращения | Псориаз + ИБС (n=45) | | ИБС (n=40) | | p |
|--|----------------------|------|------------|------|-------|
| | абс. | % | абс. | % | |
| Н0 | 1 | 2,2 | 0 | 0 | - |
| Н1 | 33 | 73,3 | 33 | 82,5 | >0,05 |
| Н2А | 8 | 17,8 | 6 | 15,0 | >0,05 |
| Н2Б | 3 | 6,7 | 1 | 2,5 | >0,05 |

Примечание: p – достоверность различий между группами

После выполнения КАГ 61 обследуемому определялась дальнейшая тактика их ведения. Так, 14 пациентам (58,3%) 2-й группы и 21 пациенту (56,8%) 3-й группы было рекомендовано эндоваскулярное (интервенционное) лечение, 7 пациентам (29,2%) 2-й группы и 10 пациентам (27,0%) 3-й группы – хирургическая реваскуляризация миокарда, 3 пациентам (12,5%) 2-й группы и 6 пациентам (16,2%) 3-й группы – консервативное лечение.

Выводы

1. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии диагностировалась чаще при ИБС и коморбидной патологии, чем при псориазе ($p < 0,05$).

2. При оценке общих факторов риска развития псориаза и ИБС (курение и ожирение) установлено, что доля курящих при коморбидной патологии значительно выше, чем в других группах ($p < 0,05$); максимальные значения индекса массы тела у пациентов с ИБС (28 кг/м²), минимальные – при псориазе (25 кг/м²).

Литература

- Адашкевич, В. П. Диагностические индексы в дерматологии / В. П. Адашкевич. – М. : Изд-во Панфилова ; Изд-во БИНОМ. Лаб. знаний, 2014. – 352 с.
- Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни : учеб. рук. / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. – 2-е изд. – М. : Медлит, 2013. – 660 с.
- Крюков, Н. Н. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы) / Н. Н. Крюков, Е. Н. Николаевский, В. П. Поляков. – Самара : Содружество, 2010. – 651 с.
- Лукьянов, А. М. Эффективность применения средств линии «PSO Medis» при топическом использовании у пациентов с псориазом кожи волосистой части головы / А. М. Лукьянов // Здравоохранение. – 2013. – № 2. – С. 64-69.
- Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения / [И. А. Мошкालова и др.] ; под ред. Е. В. Соколовского. – СПб. : Сотис, 1999. – 135 с.
- Снежицкий, В. А. Фармакотерапия в кардиологии : пособие для врачей / В. А. Снежицкий. – Гродно : ГрГМУ, 2009. – 415 с.
- Risk of non-alcoholic fatty liver disease in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis / R. Candia [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2015. – Vol. 29, № 4 – P. 656-662.

3. При коморбидной патологии превалировала экссудативная форма псориаза, проявляющаяся зудом и жжением кожи, поражением крупных складок, себорейных зон, ладоней и подошв, волосистой части головы, эксфолиациями, выраженным шелушением волосистой части головы, «псориатической короной», поражением ногтевых пластин по типу симптома Готтрона.

4. Показатели степени тяжести дерматоза и качество жизни у обследуемых пациентов максимально высокие у пациентов с сочетанной патологией.

5. Структура заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц с коморбидной патологией представлена у 73,3% стабильной/нестабильной стенокардией напряжения; ИМ в возрасте до 50 лет и повторный ИМ диагностировались в три раза чаще, чем при ИБС, без сопутствующей патологии.

Заключение

Таким образом, коморбидность псориаза и ИБС является актуальной проблемой в связи с широкой распространенностью данных заболеваний в популяции, снижением качества жизни и возможным уменьшением ее продолжительности, связанным с развитием нежелательных сердечно-сосудистых осложнений. Результаты проведенного исследования дают основания считать псориаз фактором риска развития ССЗ, что требует проведения динамического наблюдения пациентов с участием врачей смежных специальностей, в первую очередь кардиологов, для своевременного выявления и купирования факторов риска и симптомов заболеваний сердечно-сосудистой системы, предупреждения развития их нежелательных последствий.

Literatura

- Adaskevich, V. P. Diagnosticheskie indeksy v dermatologii / V. P. Adaskevich. – M. : Izd-vo Panfilova ; Izd-vo BINOM. Lab. znaniy, 2014. – 352 s.
- Adaskevich, V. P. Kozhnie i venericheskie bolezni : ucheb. ruk. / V. P. Adaskevich, V. M. Kozin. – 2-e izd. – M. : Medlit, 2013. – 660 s.
- Krakov, N. N. Ishemicheskaya bolezni' serdca (sovremennye aspect kliniki, diagnostiki, lecheniya, profilactiki, medicinskoj reabilitacii, ekspertizy) / N. N. Krakov, E. N. Nikolaevskij, V. P. Polyakov. – Samara : Sodruzestvo, 2010. – 651 s.
- Luk'yanov, A. M. Effectivnost' primeneniya sredstv linii «PSO Medis» pri topicheskom ispol'zovanii u patientov s psoriazom kozi volosistoj chasti golovy / A. M. Luk'yanov // Zdravooxranenie. – 2013. – № 2. – S. 64-69.
- Puzirnye dermatozy. Psoriaz. Sovremennye metody lecheniya / [I. A. Moshkalova i dr.] ; pod red. E. V. Sokolovskogo. – SPb. : Sotis, 1999. – 135 s.
- Snezickij, V. A. Farmacoterapiya v kardiologii : posobie dlya vrachei / V. A. Snezickij. – Grodno : GrGMU, 2009. – 415 s.
- Risk of non-alcoholic fatty liver disease in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis / R. Candia [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2015. – Vol. 29, № 4 – P. 656-662.

8. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project / R. M. Conroy [et al.] // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P. 987-1003.

9. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis / C. Fortes [et al.] // Arch. Dermatol. – 2005. – Vol. 141. – P. 1580-1584.

10. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis / J. M. Gelfand [et al.] // JAMA. – 2006. – Vol. 296. – P. 1735-1741.

11. Exploring the association between cardiovascular and other disease-related risk factors in the psoriasis population: the need for increased understanding across the medical community / A. Menter [et al.] // JEADV. – 2010. – Vol. 24. – P. 1371-1377.

12. Nickoloff, B. J. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities / B. J. Nickoloff, F. O. Nestle // J. Clin. Invest. – 2004. – Vol. 113, № 16. – P. 1664-1675.

8. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project / R. M. Conroy [et al.] // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P. 987-1003.

9. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis / C. Fortes [et al.] // Arch. Dermatol. – 2005. – Vol. 141. – P. 1580-1584.

10. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis / J. M. Gelfand [et al.] // JAMA. – 2006. – Vol. 296. – P. 1735-1741.

11. Exploring the association between cardiovascular and other disease-related risk factors in the psoriasis population: the need for increased understanding across the medical community / A. Menter [et al.] // JEADV. – 2010. – Vol. 24. – P. 1371-1377.

12. Nickoloff, B. J. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities / B. J. Nickoloff, F. O. Nestle // J. Clin. Invest. – 2004. – Vol. 113, № 16. – P. 1664-1675.

CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES OF PSORIASIS AND CORONARY HEART DISEASE IN INDIVIDUALS WITH COMORBIDITY

Brynina A. V.

Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

Introduction. According to the results of basic research, the systemic nature of psoriasis is manifested not only by lesions of the skin and musculoskeletal system, but also by diseases of internal organs, including those of the cardiovascular system. There are established common risk factors, their mutual negative influence on the development and course of both chronic dermatosis and cardiovascular pathology that requires further scientific and clinical studies. Purpose of the study. To determine the features of the course and nature of mutual influence of different clinical forms of psoriasis and ischaemic heart disease. Materials and methods. The study involved 130 patients with psoriasis, coronary heart disease and their association at the age of 40 to 65 years. Conclusions. The patients with comorbid pathology have significantly more often reduced quality of life, more severe clinical presentation of both psoriasis and ischaemic heart disease, what suggests the presence of a number of common pathogenic mechanisms of these diseases.

Keywords: psoriasis, coronary heart disease.

Поступила: 26.10.2016

Отрецензирована: 10.11.2016