

---

# КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

---

**Н. Н. Паньшина, Л. Н. Шилова**

Волгоградский медицинский университет,  
кафедра госпитальной терапии, ВПТ с курсом клинической ревматологии ФУВ

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

УДК 616.72-002.2:616-056.52

---

В статье изложены результаты исследования метаболического синдрома и его компонентов у больных псориазическим артритом. Установлены наиболее часто встречающиеся компоненты метаболического синдрома в зависимости от клинико-анатомического варианта ПсА и степени его активности. Выявлены корреляции компонентов метаболического синдрома с индексом тяжести псориаза, продолжительностью суставного синдрома, острофазовыми показателями.

*Ключевые слова: псориазический артрит, клинико-анатомический вариант, метаболический синдром.*

---

**N. N. Panshina, L. N. Shilova**

## CLINICAL FEATURES OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

---

The article presents the results of a study of the metabolic syndrome and its components in patients with psoriatic arthritis. The most frequent components of metabolic syndrome depending on clinical-anatomical variant of the PsA and the extent of its activity. The identified correlation of metabolic syndrome components with the index of severity of psoriasis, duration of the articular syndrome, acute phase indicators.

*Key words: psoriatic arthritis, clinical and anatomical variant, metabolic syndrome.*

---

Псориазический артрит (ПсА) относится к группе спондилоартритов, ассоциированных с псориазом. Псориазический артрит является хроническим прогрессирующим системным заболеванием, которое характеризуется локализацией воспалительного процесса преимущественно в тканях опорно-двигательного аппарата. Особый интерес к ПсА связан с ростом количества больных с данной патологией и тяжелыми инвалидизирующими последствиями [2]. Основным проявлением этого заболевания является эрозивный артрит, множественные энтезиты, дактилиты, внутрисуставной остеолит, анкилозирование суставов, спондилоартрит и многочисленные внесуставные проявления. При отсутствии адекватного лечения у пациентов с ПсА наблюдается прогрессирующее поражение суставов, значительное снижение качества жизни, стойкая потеря трудоспособности и ранняя инвалидизация [3].

Клинические проявления ПсА ограничиваются не только поражением кожи и опорно-двигательного аппарата. При этом заболевании наблюдаются многочисленные системные проявления и метаболические нарушения, которые при ПсА встречаются значительно чаще, чем в популяции [4].

Из коморбидных состояний наиболее часто при ПсА встречаются артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ожирение и сахарный диабет [5]. Известно, что показатели смертности при ПсА значительно выше, чем в популяции. При этом основной причиной летальных исходов являются сердечно-сосудистые заболевания.

Медиаторами межклеточного взаимодействия и иммунорегуляции являются цитокины, среди которых ключевую роль в развитии иммунного воспаления играют фактор некроза опухолей-альфа (ФНО-альфа), интерлейкин-1

(ИЛ-1), интерлейкин-8 (ИЛ-8) и интерлейкин-17 (ИЛ-17). В результате проведенных экспериментальных и клинических исследований установлено, что при ПсА отмечается тенденция к нарастанию уровня провоспалительных цитокинов при снижении активности противовоспалительных медиаторов [1].

Следует отметить, что характер взаимосвязи и взаимообусловленности метаболических нарушений и иммуновоспалительных маркеров при ПсА остается актуальным. Решение этого вопроса имеет большое значение в профилактике метаболических нарушений и сердечно-сосудистых осложнений у больных ПсА.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить клинические особенности метаболического синдрома у больных псориазическим артритом.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено на базе ревматологического отделения ГУЗ ГКСМП № 25 г. Волгограда. Критериям включения соответствовали 87 пациентов с достоверным диагнозом ПсА (на основании классификационных критериев CASPAR, предложенных американской академией ревматологов в 2006 г.). Средний возраст пациентов составил  $(49,3 \pm 1,5)$  лет, среди которых было 44 (50,6 %) мужчин и 43 (49,4 %) женщины. Длительность псориаза составила от 1 до 57 лет [средняя длительность –  $(17,6 \pm 1,8)$  лет], продолжительность суставного синдрома – от 0,5 до 34 лет [средняя продолжительность –  $(8,8 \pm 1,2)$  лет]. Семейный анамнез прослеживался у 21 (25,3 %) больного. У 65 больных (78,3 %) кожный псориаз предшествовал развитию суставного синдрома. Полиартритический вариант суставного синдрома имел место у 52,4 % больных, спондилоартритический – у 47,6 %. В ходе исследования все больные получали комплексную терапию с учетом тяжести ПсА: пациенты со спондилоартритическим вариантом болезни – сульфасалазин в дозе от 2 до 4 г в сутки – 24 пациента (32,9 %), с полиартритическим вариантом – метотрексат от 10 до 20 мг в неделю – 37 (50,7 %); а также все больные получали нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в пересчете на диклофенак 150 мг в сутки продолжительностью приема 7–10 дней, глюкокортикостероиды (ГК) – от 5 до 15 мг в день. Не получали базисную терапию 16,4 % пациентов. Активность ПсА оценивали при помощи индекса DAS<sub>4</sub>: высокая активность –  $>3,7$ ; умеренная –  $>2,4$ ,  $<3,7$ ; низкая –  $\leq 2,4$ . Болевой синдром, длительность утренней скованности и показатель собственно-

го здоровья пациента оценивались по визуальной аналоговой шкале (ВАШ от 0 до 100, в мм) самими пациентами.

Контрольную группу составили 20 относительно здоровых лиц, средний возраст которых составил  $(42,3 \pm 2,6)$  лет, из них 12 мужчин (60 %) и 8 женщин (40 %), сопоставимых по полу и возрасту. В контрольную группу не включались лица, имеющие клинические признаки острых или хронических заболеваний любой природы.

Всем больным осуществлялось общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование. А также в ходе исследования оценивали антропометрические данные: массу тела, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), индекс массы тела (ИМТ), рассчитанный по формуле Кетле – квадрат отношения массы тела (в кг) к длине тела (в м). При ИМТ от 25 до 30 кг/м<sup>2</sup> констатировали избыток массы тела, выше 30 кг/м<sup>2</sup> – ожирение. Измеряли артериальное давление (АД) в положении больного сидя не менее 3 раз с интервалом в 5 минут. В сыворотке крови определяли концентрацию холестерина (ХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), содержание глюкозы натощак; уровень мочево- кой кислоты (МК), при этом за нормоурикемию принимали значения МК  $< 360$  мкм/л.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программного обеспечения STATISTICA 6,0 (StatSoft, USA). Критический уровень значимости  $p$  при проверке статистических гипотез в исследовании принимался за 0,05. Для оценки достоверности различий между группами использовались критерии Стьюдента ( $t$ ) для независимых групп.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Высокую активность заболевания по индексу DAS<sub>4</sub> имели 44,8 % больных, умеренная активность псориазического артрита была у 37,3 % больных, низкая – у 17,9 % (табл.).

### Частота компонентов МС у больных ПсА, %

Показатель	АО	АГ	ОХ	Гипертриглицеридемия	Гиперурикемия	Гипергликемия
ПсА	56,5	58,6	67,4	18,6	29,8	8,9
Полиарт. вариант	48,1	31,7	41,3	13,7	11,3	4,5
Спондил. вариант	39,4	45,4	54,2	8,5	20,2	7,1
Контроль	11,3	27,3	21,5	4,5	9,1	3,2

Из таблицы видно, что МС у больных ПсА наиболее часто проявлялся высокими показателями

телями ОХ, АО и АГ по сравнению с контрольной группой. Среднее значение ОХ составило  $5,8 \pm 1,02$ , при этом повышение уровня ЛПНП выявлено у 61,2% больных ПсА, среднее значение –  $3,41 \pm 0,78$ , средний уровень ЛПВП составил  $1,35 \pm 0,2$ . Необходимо отметить, что гиперхолестеринемия наблюдается уже в дебюте заболевания, при этом чаще выявляется при прогрессировании кожного процесса.

У больных полиартритическим вариантом ПсА чаще встречается АО, АГ, гипертриглицеридемия, а у больных спондилоартритическим вариантом ПсА – кроме АО и АГ, гиперхолестеринемия, гиперурикемия и гипергликемия.

При проведении корреляционного анализа выявлены взаимосвязи между ОХ и активностью по ВАШ ( $r = 0,31$ ;  $p = 0,02$ ), ОХ и ЧПС ( $r = 0,23$ ;  $p = 0,03$ ), ОХ и артериальной гипертензией ( $r = 0,6$ ;  $p = 0,001$ ), ЛПНП с СОЭ ( $r = 0,33$ ;  $p = 0,02$ ) и артериальной гипертензией ( $r = 0,47$ ;  $p = 0,002$ ).

Гиперхолестеринемия при ПсА ассоциировалась с высокой воспалительной активностью по  $DAS_4$ . Уровень ТГ был связан с наличием артериальной гипертензии ( $r = 0,39$ ;  $p = 0,001$ ), энтезитом ( $r = 0,29$ ;  $p = 0,02$ ) и дактилитом ( $r = 0,56$ ;  $p = 0,001$ ). Уровень ЛПВП был взаимосвязан с ЧБС ( $r = 0,22$ ;  $p = 0,02$ ) и с активностью по ВАШ ( $r = 0,31$ ;  $p = 0,02$ ).

Гиперурикемия при ПсА выявлялась в 3 раза чаще, чем в контроле, выявлена прямая корреляционная зависимость уровня МК с индексом тяжести и активности псориаза (PASI) ( $r = 0,23$ ,  $p = 0,02$ ). Изменения липидного профиля у больных ПсА усугубляются воздействием системного воспаления, о чем свидетельствуют выявленные взаимосвязи между уровнем ОХ и активностью по ВАШ, ЧБС, ЛПНП и СОЭ, ТГ и наличием энтезита и дактилита.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных ПсА наиболее часто встречается АО, АГ, повышение ОХ. У пациентов со спондилоартритическим вариантом ПсА с высокой степенью активности ( $DAS_4 > 3,7$ ) выявлено наибольшее количество компонентов МС. При ПсА наблюдаются выраженные метаболические нарушения, которые проявляются нарушениями всех видов обмена: белкового (гиперурикемия), углеводного (гипергликемия) и жирового (дислипидемия, раннее развитие атеросклероза). На выраженность и объем метаболических нарушений непосредственное влияние оказывает активность воспалительного процесса и распространенность патологических изменений в коже и суставах. Кроме дислипидемии на развитие раннего и выраженного атеросклеротического процесса при ПсА влияет ИМТ и активность системного воспаления. Представленные данные объясняют высокую распространенность кардиоваскулярной заболеваемости и смертности при ПсА.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Иммунопатологическое значение интерлейкина-17 при псориатическом артрите* / Л. Н. Шилова [и др.] // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 6. – С. 54–60.
2. *Паньшина Н. Н.* Качество жизни больных псориатическим артритом в зависимости от получаемой терапии / Н. Н. Паньшина // *Врач-аспирант*. – 2015. – № 2. – С. 58–62.
3. *Ревматология*. Клинические лекции / Под ред. проф. В. В. Бадюкина. – М.: Литтера. – 2014. – 592 с.
4. *Gladman, D. D.* Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. / D. D. Gladman, C. Antoni, P. Mease // *Ann. Rheum. Dis.* – 2005. – Vol. 64. – P. 1114–1117.
5. *Mease, P.* Diagnosis and treatment of psoriatic arthritis. / P. Mease B. S. Goffe // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2005. – Vol. 52, № 9. – P. 1–19.