

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Пушкарева Е.Е.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

**Резюме.** Гендерные особенности течения псориаза отличаются большей частотой развития у мужчин экссудативной формы заболевания и большей степенью активности артрита. Половой диморфизм псориатической артропатии проявляется в частоте поражения дистальных сочленений пальцев рук, проксимальных, пястнофаланговых, коленных, тазобедренных и подвздошнокрестцовых суставов, зависит у мужчин и женщин от дебюта патологического процесса.

**Ключевые слова:** псориаз, артрит, течение, мужчины, женщины

К актуальным проблем современной ревматологии бесспорно относится псориатическое поражение опорно-двигательного аппарата [2, 5], причем, численность таких больных в некоторых регионах Украины за последние 20 лет увеличилась более, чем вдвое [4]. Только клинически манифестный артрит констатируется у 60% больных псориазом и хотя суставной синдром довольно типичен [1], адекватный диагноз устанавливают на ранних стадиях в 5-7% случаев [2]. Были замечены определенные особенности течения псориатического артрита (ПА) у мужчин и женщин [3], хотя этот вопрос далек до полного выяснения. Оценка гендерных особенностей течения ПА стала целью данного исследования.

### Материал и методы

Под наблюдением находился 121 больной с ПА в возрасте от 16 до 68 лет (в среднем  $41,8 \pm 1,06$  лет), среди которых было 57 (47,1%) мужчин в возрасте  $40,8 \pm 1,68$  лет и 64 (52,9%) женщин в возрасте  $42,7 \pm 1,35$  лет ( $p=0,383$ ). Длительность заболевания составляла от 1 до 43 лет (в среднем  $10,9 \pm 0,87$  лет), причем, в группе мужчин –  $9,3 \pm 1,20$  лет, а у женщин –  $12,3 \pm 1,24$  лет ( $p=0,092$ ). В 16 (13,2%) случаях отмечена отягощенная наследственность по псориазу. I степень активности патологического процесса констатирована в 42 (34,7%) наблюдениях, II – в 57 (47,1%), III – в 22 (18,2%). Вульгарная форма псориаза имела место в 80 (66,1%) случаях, инфильтративно-бляшечная – в 31 (25,6%), экссудативная – в 10 (8,3%).

Сопутствующая патология выявлена у 21 (36,8%) мужчины и 26 (40,6%) женщины ( $\chi^2=0,18$ ,  $p=0,670$ ). Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия) диагностирована в 12,4%

наблюдений, ишемическая болезнь сердца – в 9,9%, желчекаменная болезнь – в 4,1%, сахарный диабет типа 2 – в 3,3%, хронический вирусный гепатит и мочекаменная болезнь – в 2,5%, хронические пиелонефрит и гломерулонефрит – соответственно в 1,7%, эутиреоидный зоб и хронический бронхит – в 0,8%. Среди мужчин в 3,3 раза чаще отмечено сопутствующую ишемическую болезнь сердца ( $p=0,041$ ). У 78 (64,5%) больных первым признаком псориаза было поражение кожи, у 26 (21,5%) – суставов, у 17 (14,0%) – одновременный кожно-артикулярный синдром.

При обследовании пациентов пользовались критериями Комитета Американской Академии Дерматологии. Всем пациентам выполняли рентгенологическое (аппарат “Multix-Compact-Siemens”, Германия) и ультразвуковое (аппарат “Envisor-Philips”, Голландия) исследование периферических суставов, крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника.

Коленные суставы вовлекались в патологический процесс в 78,5% наблюдений, голеностопные – в 62,8%, проксимальные межфаланговые кистей – в 57,0%, дистальные – в 47,1%, лучезапястные – в 42,1%, проксимальные межфаланговые стоп – в 39,7%, плечевые – в 33,1%, дистальные пальцев стоп – в 24,8%, локтевые – в 24,0%, пястнофаланговые и плюснефаланговые – соответственно в 22,3%, поясничного отдела позвоночника – в 19,0%, тазобедренные и шейного отдела позвоночника – в 14,0%, грудного отдела – в 12,4%, крестцово-подвздошные сочленения – в 5,8%, височночелюстные – в 2,5%, грудинноключичные – в 0,8%.

Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена на персональном компьютере с помощью вариационного, регрессионного, одно- (ANOVA) и многофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсионного анализа (программы “Microsoft Excel” и “Statistica-Stat-Soft”, США). Оценивали средние значения, их ошибки, критерии дисперсии, регрессии, Стьюдента, Уилкоксона-Рао, хи-квадрат ( $\chi^2$ ) и достоверность статистических показателей ( $p$ ).

### **Результаты и их обсуждение**

Мужчины и женщины не отличаются между собой по частоте дебюта заболевания с кожных и суставных проявлений. Активность заболевания у мужчин оказалась выше ( $p=0,048$ ). Установлен половой диморфизм в отношении характера псориазического процесса, который проявляется более частым развитием у мужчин экссудативной формы псориаза ( $p=0,019$ ).

В таблице представлена частота поражения отдельных суставов у больных мужчин и женщин. В женской группе на 23% чаще установлено поражение дистальных суставов пальцев рук, на 22% - проксимальных, в 2,1 раза – пястнофаланговых, на 22% - коленных и в 4,1 раза - тазобедренных, тогда как у мужчин 6,6 раз чаще диагностировали сакроилеит.

По данным многофакторного дисперсионного анализа пол больных мало влияет на интегральную частоту поражения суставов при псориазе. В свою очередь, как демонстрирует однофакторный дисперсионный анализ, пол пациентов оказывает воздействие на развитие артритов дистальных, проксимальных межфаланговых кистей, пястнофаланговых и тазобедренных сочленений (соответственно  $p=0,012$ ;  $p=0,017$ ;  $p=0,039$ ;  $p=0,008$ ). Кроме того, наблюдается отсутствие достоверной связи с полом распространенности суставного синдрома.

**Таблица.** Частота поражения отдельных суставов у обследованных больных ПА (%)

Суставы	Пол больных		Статистические отличия	
	мужчины (n=57)	женщины (n=64)	$\chi^2$	p
1	-	1,6	0,90	0,343
2	-	4,7	2,74	0,098
3	35,1	57,8	6,25	0,012
4	45,6	67,2	5,73	0,017
5	14,0	29,7	4,26	0,039
6	38,6	45,3	0,56	0,455
7	21,1	26,6	0,50	0,479
8	31,6	34,4	0,11	0,744
9	19,3	29,7	1,75	0,187
10	35,1	43,8	0,95	0,331
11	21,1	23,4	0,10	0,753
12	66,7	59,4	0,69	0,408
13	66,7	89,1	8,96	0,003
14	5,3	21,9	6,89	0,009
15	10,5	17,2	1,11	0,293
16	12,3	12,5	0,01	0,971
17	21,1	17,2	0,29	0,589
18	10,5	1,6	4,44	0,035

*Примечание:* суставы: 1 – грудинноключичные, 2 – верхнечелюстные, 3 – дистальные межфаланговые кистей, 4 – проксимальные межфаланговые кистей, 5 – пястнофаланговые, 6 – лучезапястные, 7 – локтевые, 8 – плечевые, 9 – дистальные межфаланговые стоп, 10 – проксимальные межфаланговые стоп,

11 – плюснефаланговые, 12 – голеностопные, 13 – коленные, 14 – тазобедренные, 15 – шейного отдела позвоночника, 16 – грудного отдела позвоночника, 17 – поясничного отдела позвоночника, 18 – крестцовоподвздошные.

ANOVA/MANOVA показывает слабое влияние пола на интегральные признаки ПА. Распространенность поражения суставов также не влияет на общие структурные изменения ПА. Сказанное касается и отдельных проявлений артикулярной патологии. Необходимо отметить, что сужение суставных щелей зарегистрировано в 52,9% наблюдений, субхондральный склероз – в 5,8%, остеофитоз – в 21,5%, остеокистоз – в 32,2%, эпифизарный остеопороз – в 20,7%, узурации поверхностей костей – в 15,7%, лигаментоз – в 6,6%, суставной анкилоз – в 2,5%. Мужская и женская группы больных ПА по таким структурным признакам артикулярной патологии между собой не отличаются.

Возраст больных влияет на поражение лучезапястных суставов ( $p=0,027$ ), степень сужения суставных щелей ( $p=0,034$ ), остеокистоз ( $p=0,049$ ) и остеопороз ( $p=0,026$ ), продолжительность заболевания – на вовлечение в процесс пястнофаланговых ( $p=0,032$ ), лучезапястных ( $p=0,026$ ) и тазобедренных ( $p=0,041$ ) суставов, а также формирование узураций костей ( $p=0,020$ ), форма псориаза – на изменения коленных сочленений ( $p=0,002$ ) и развитие лигаментоза ( $p=0,002$ ). В случаях дебюта заболевания с кожных проявлений у женщин отмечается связь течения ПА с поражением проксимальных межфаланговых суставов кистей (соответственно  $p=0,017$  и  $p=0,043$ ) и коленных ( $p=0,030$  и  $p=0,024$ ), при одновременных изменениях кожи и суставов у мужчин – с грудным и поясничным отделами позвоночника (соответственно  $p=0,029$  и  $p=0,039$ ).

### **Выводы**

1. Гендерные особенности течения псориаза отличаются большей частотой развития у мужчин экссудативной формы заболевания и большей степенью активности ПА.

2. У женщин чаще наблюдается поражение дистальных сочленений пальцев рук, проксимальных, пястнофаланговых, коленных и тазобедренных суставов, тогда как для мужчин характерно развитие сакроилеита.

3. В случаях дебюта псориаза с кожных проявлений у женщин отмечается связь течения ПА с поражением проксимальных межфаланговых суставов кистей и коленных суставов, при одновременных

изменениях кожи и суставов у мужчин – с грудным и поясничным отделами позвоночника.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бадюкин В.В. Гетерогенность клинических проявлений псориатического артрита / В.В. Бадюкин // Вестн. последипл. мед. образ. – 2002. – № 4. – С. 30–33.
2. Нейко Є.М. Оцінка ефективності та безпеки зинаксину у лікуванні при псоріатичному артриті / Є.М. Нейко, Р.І. Яцишин, О.І. Олійник // Укр. ревматол. журн. – 2007. – Т. 28, № 2. – С. 39–43.
3. Свінціцький А.С. Псоріаз та псоріатичний артрит / А.С. Свінціцький, О.Г. Пузанова // Врч. практ. – 2004. – № 4. – С. 63–72.
4. Якименко О.О. Аналіз структури ревматичних захворювань за 22 роки (1983-2005) в Одесі / О.О. Якименко, Л.В. Закатова, В.В. Дець // Укр. ревматол. журн. – 2007. – Т. 29, № 3. – С. 86–87.
5. Michet C.J. Hip involvement in psoriatic arthritis / C.J. Michet // Ann. Rheum. Dis. – 2009. – Vol. 60, № 1. – P. 220–221.

### ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАТИЧНОГО АРТРИТУ

Пушкарьова Є.Є.

**Резюме.** Гендерні особливості перебігу псоріазу відрізняються більшою частотою розвитку у чоловіків ексудативної форми захворювання та більшим ступенем активності артрити. Статевий диморфізм псоріатичної артропатії виявляється в частоті ураження дистальних зчленувань пальців рук, проксимальних, п'янофалангових, колінних, кульшових й крижоздухвинних суглобів, залежить у чоловіків та жінок від дебюту патологічного процесу.

**Ключові слова:** псоріаз, артрит, перебіг, чоловіки, жінки

### SEXUAL FEATURES OF THE FLOW OF PSORIATIC ARTHRITIS

Pushkareva E.E.

**Summary.** The sexual features of the flow of psoriasis differ greater frequency of the development in men the exudate form of disease and by a greater degree of the activity of arthritis. Sexual dimorphism of the psoriatic arthritis shows up in the frequency of defeat of distal coarticulations of fingers of hands, proximal metocarpophalalang, knee, hip and sacroileal joints, depends for men and women from the debut of pathological process.

**Key words:** psoriasis, flow, arthritis, men and women

УДК 616.5-004.1-018.2+616.24-031.81]-07-08

## ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТЕЧЕНИЕ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ПНЕВМОПАТИИ

Совпель И.В.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

**Резюме.** Изменения со стороны легких выявляются почти у 2/3 больных системной склеродермией, которые проявляются базальным пневмофиброзом, интерстициальным пневмонитом, изолированной легочной гипертензией и фиброзирующим альвеолитом, что определяется возрастом больных и степенью активностью заболевания, развиваются рестриктивные или смешанные пульмональные изменения. Характер склеродермической пневмопатии оказывает воздействие на состояние гемодинамики в малом круге кровообращения и функцию внешнего дыхания, что зависит от выраженности поражений сердца, печени, почек и центральной нервной системы.

**Ключевые слова:** системная склеродермия, пневмопатия, течение

Пневмопатия считается одним из наиболее частых висцеральных проявлений системной склеродермии (ССД) [1, 2, 7], нередко первым манифестным признаком патологического процесса [8] и резко ухудшают качество жизни пациентов [3, 4]. Изменения со стороны легких на вскрытии обнаруживают у всех больных ССД [5, 6].

Можно предположить, что оценка клинических проявлений склеродермической пневмопатии при разных вариантах течения заболевания, определение связей со спирографическими параметрами и состоянием гемодинамики в малом круге кровообращения будет способствовать разработке методов ранней диагностики легочной патологии у больных ССД. Целью данной работы стало изучение факторов, определяющих течение склеродермической пневмопатии.

### Материал и методы

Под наблюдением находились 57 женщин в возрасте от 18 до 67 лет (в среднем  $41 \pm 1,7$  год), страдающие ССД. Длительность заболевания составила  $10 \pm 0,9$  лет. I степень активности патологического процесса установлена у 38% больных, II – у 32%, III – у 30%. Синдром Рейно диагностирован в 86% наблюдениях, поражение суставов (артрит, артралгии, контрактуры, фиброзные анкилозы) – в 90%, кожи (отек, индурация, атрофия, диспигментация) – в 81%, скелетных мышц (миозит, миалгии, атрофия, лукоподобные пальцы) – в 44%, сердца (миокардиодистрофия, миокардиосклероз, миокардит, поражение клапанного аппарата) – в 83%, пищевода (дилатация, гипомобильность, рефлюкс-эзофагит) – в 61%, печени