

А. В. Плотникова

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА

Научный руководитель канд. наук, ассист. Е. В. Бруцкая-Стемпковская

Кафедра общей врачебной практики,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

УЗ «21-я центральная районная поликлиника Заводского района», г. Минск

A. V. Plotnikova

INFLUENCE OF TYPE 2 DIABETES ON PSORIASIS

Tutor assistant E. V. Brutskaya-Stempkovskaya

Department of General Medical Practice,

Belarusian State Medical University, Minsk

21st Central District Polyclinic, Minsk

Резюме. На сегодняшний день сахарный диабет и псориаз широко распространены среди населения Земли. При сочетании данных заболеваний наблюдается синдром взаимного отягощения, что может приводить к повышению уровня глюкозы крови, а также к рецидивам дерматоза.

Ключевые слова: псориаз, сахарный диабет 2 типа, рецидив, гликированный гемоглобин, дерматоз.

Resume. Today, diabetes mellitus and psoriasis are widespread among the world's population. With a combination of these diseases, a mutual burden syndrome is observed, which can lead to an increase in blood glucose levels, as well as to relapse of dermatosis.

Keywords: psoriasis, diabetes mellitus, relapse, glycated hemoglobin, dermatosis.

Актуальность. Псориаз – хроническое аутоиммунное воспалительное заболевание. Распространенность данного дерматоза в мире составляет около 2%, однако в развитых странах этот показатель может достигать в среднем 4,6% [1].

Немаловажной проблемой современной медицины был и остается сахарный диабет второго типа (СД 2 типа). На сегодняшний день СД 2 типа является одной из основных медико-социальных проблем, приводит к снижению качества жизни, является причиной инвалидизации населения и смерти [2].

При СД 2 типа наблюдается повышение уровня глюкозы крови. Со временем гипергликемия приводит к повреждению интимы сосудов, вследствие чего нарушается трофика тканей. На фоне гипергликемии увеличивается риск развития сосудистых осложнений таких как микроангиопатии (диабетическая ретинопатия и диабетическая нефропатия) и макроангиопатии (поражение сосудов сердца, мозга, облитерирующий атеросклероз нижних конечностей). Одним из симптомов СД 2 типа является зуд, что приводит к опосредованному травмированию кожных покровов, и как следствие – вторичному инфицированию, что ведет к нарушению процессов репарации и регенерации [3].

Цель: оценить влияние псориаза на течение СД 2.

Материал и методы. В нашей работе проводилось одномоментное исследование, которое включало 129 пациентов, которые были разделены на 3 группы и 2 подгруппы. Основная группа (n=47) – пациенты с псориазом и СД 2 типа (подгруппа 1 – достигли ремиссии по псориазу с использованием системных

глюкокортикостероидов (сГКС) (n=5); подгруппа 2 – достигли ремиссии без использования сГКС (n=42)), группа сравнения 1 – пациенты с псориазом (n=40), группа сравнения 2 – пациента с СД 2 типа (n=37).

Обработка результатов осуществлялась на персональной ЭВМ с использованием статистических пакетов Excel (Microsoft office, 2010), Statistica (версия 10.0, StatSoft, Inc., USA). Полученные данные интерпретировались как значимые различия при величине безошибочного прогноза равной или больше 95% ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Пациенты из основной группы (n=47), из них женщин - 53,2% (25), мужчин - 46,8%(22), в возрасте от 42 до 70 лет, (61.0 ± 7.7). В группе сравнения 1 (n=40), из них женщин - 55% (22), мужчин - 45% (18), в возрасте от 42 до 70 лет, (60.5 ± 7.5). В группе сравнения 2 (n=37), из них женщин – 54%(20), мужчин -46%(17), в возрасте от 41 до 70 лет, (62.0 ± 7.8).

Пациенты трех групп были сопоставимы по клиническим, антропометрическим, анамнестическим данным (возрасту, полу) и лабораторным данным (АСТ, АЛТ, общий холестерин, ТАГ, креатинин).

При сравнении основной группы пациентов и группы сравнения 1 (пациенты с псориазом) достоверно установлены различия по уровню гликемии ($p = 0,005$).

Анализируя группы пациентов было обнаружено, что пациенты из группы сравнения 2 достоверно лучше компенсированы по СД 2 типа, в сравнении с основной группой ($p = 0,006$).

При исследовании числа рецидивов псориаза за пятилетний период установлено, что общее число обострений у пациентов основной группы (n=47) составило - 55 случаев (1,17 обострений/чел за период 5 лет), а в группе сравнения 1 (n=40) – 18 случаев (0,45 обострений/ человек за 5 лет).

Таким образом рецидивы псориаза у пациентов с СД 2 типа в 2,6 раза чаще, чем у пациентов в группе сравнения 1.

Пребывание пациентов с псориазом и СД 2 типа в стационаре ($16,1 \pm 2,4$ койко-дня) более длительное по сравнению с пациентами с псориазом без СД 2 типа ($13,0 \pm 2,1$ койко-дня), а также в сравнении со средней длительностью пребывания пациентов в стационаре за пятилетний период по заболеванию псориаз ($14,23 \pm 0,06$).

В нашем исследовании сГКС принимало 10,6% (5) пациентов основной группы. После достижения ремиссии псориаза через 6 месяцев уровень HbA1c основной группы достоверно снизился и составил 7,27%, ($p = 0,034$).

Целевого уровня HbA1c (менее 7,5%) через 6 месяцев после достижения ремиссии псориаза в основной группе достигло 59,6% (28) пациентов, не достигло – 40,4% (19), 26,3% (5) из которых принимали сГКС.

В подгруппе 1 все пациенты (5) не достигли целевого уровня HbA1c через 6 месяцев после ремиссии псориаза.

В подгруппе 2 не достигли целевого уровня HbA1c через 6 месяцев после ремиссии псориаза только 33,3% (14) пациентов.

Исходя из этого можно сделать вывод о том, что степень компенсации СД 2 типа влияет на длительность и тяжесть течения кожных заболеваний, а также на процессы заживления кожных покровов.

Таким образом можно предположить, что наличие СД 2 типа, а также степень его компенсации может влиять на тяжесть, длительность и частоту обострений псориаза. Равно как и гормональная терапия, назначаемая при псориазе, влияет на гликемию и тяжесть течения псориаза и компенсацию СД 2 типа.

Выводы: пациенты с псориазом и СД 2 типа имели достоверно более высокий уровень HbA_{1c} (11,8(7,9-12,3)) по сравнению с пациентами с СД 2 типа без псориаза (6,8(6,1-7,3)), $p=0,006$. У пациентов с псориазом и СД 2 типа рецидивы псориаза зарегистрированы в 2,6 раза чаще, чем у пациентов с псориазом без СД 2 типа. В связи с чем можно предположить, что СД 2 типа может усугублять течение и тяжесть псориаза. Пребывание пациентов с псориазом и СД 2 типа в стационаре более длительное (16,1±2,4 койко-дней), что на 3,1 койко-дня больше по сравнению с пациентами с псориазом без СД 2 типа (13,0±2,08 койко-дней); а также на 1,87 койко-день больше, чем средние значения по диспансеру за пятилетний период у пациентов с псориазом (14,23±0,06). Что потенциально может свидетельствовать об ухудшении течения псориаза на фоне СД 2 типа. Пациентам с СД 2 типа достоверно чаще требовалось использование сГКС для достижения ремиссии псориаза. Среди пациентов с псориазом и СД 2 типа не достигли целевых значений по HbA_{1c} (через 6 месяцев после ремиссии псориаза) - 40,4% по сравнению с пациентами с СД 2 типа без псориаза. Все пациенты с псориазом и СД 2 типа, которые принимали сГКС, (5) не достигли целевого уровня HbA_{1c} через 6 месяцев после ремиссии. 66,7% (28) пациентов с псориазом и СД 2 типа без сГКС достигли целевого уровня HbA_{1c} .

Литература

1. Parisi, R. The Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence / R. Parisi, D. M. Symmons // Journal of Investigative Dermatology. – 2013. – P. 377-385.
2. Аметов, А. С. Алгоритм диагностики и управления сахарным диабетом 2 типа. Клинические рекомендации для практикующих врачей/ Аметов А.С. [и др.] – Москва, 2007.
3. Кайдашев, И. П. Цитокиновый сигнальный модуль при воспалительном ответе/ И. П. Кайдашев // Клиническая иммунология, аллергология, инфектология. – 2012. - №(3): - С. 26-32.