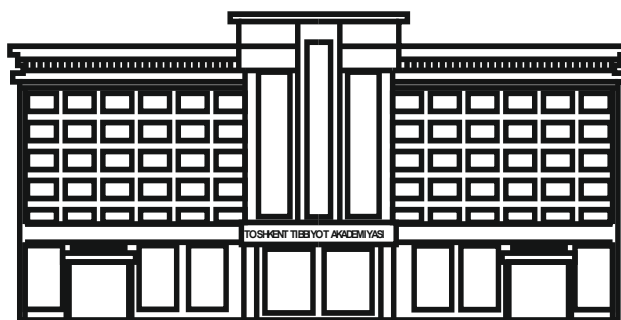


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2021 №6

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
АХБОРОТНОМАСИ



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном
издательском комплексе
редакционно-издательского отдела
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском
управлении печати и информации
Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом №
201/3 от 30 декабря 2013года
реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии
с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 6, 2021

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Даминов Т.А.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

Члены редакционоого совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Аюпова Ф.М. (Ташкент)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

проф. Шомирзаев Н.Х. (Ташкент)

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

ОБЗОРЫ

REVIEWS

Абдуазимова Л.А., Мухторова М.М., Адилова Ф.А., Байниязов А.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ	Abduazimova L.A., Mukhtorova M.M., Adilova F.A., Bayniyazov A.B. THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF AN ANTISEPTIC DRUG IN THE COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS IN CHILDREN	8
Абдуллаев У.С., Мирахмедова Х.Т. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ	Abdullaev U.S., Mirahmedova H.T. CLINICAL FEATURES OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN PSORIATIC ARTHRITIS	11
Арипова Н.Н., Хамраев А.А. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПОВИТАМИНОЗА D ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	Aripova N.N., Khamraev A.A. SOME ASPECTS OF THE RISK OF DEVELOPING HYPOVITAMINOSIS D IN SOMATIC DISEASES	14
Бабажанов А.С., Махмудов С.Б., Абдурахманов Д.Ш. ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ТУГУНЧАЛАРИ ДИАГНОСТИК МУАММОСИНИНГ ҲОЗИРГИ ҲОЛАТИ	Babadzhanov A.S., Makhmudov S.B., Abdurakhmanov D.Sh. MODERN STATE OF THE PROBLEM OF DIAGNOSIS OF THYROID NODULES	19
Джамалова Ш.А., Муханов Ш.А., Мубаракова К.А., Умарова Н.О. МИКРОИМПУЛЬСНАЯ ДИОДНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТРАБЕКУЛОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ	Jamalova Sh.A., Muxanov Sh.A., Mubarakova K.A., Umarova N.O. MICROPULSE DIODE LASER TRABECULOPLASTY FOR THE TREATMENT OF OPEN-ANGLE GLAUCOMA	22
Каримов М.Ш., Эшмурзаева А.А., Азимова М.М., Сибиркина М.М. ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	Karimov M.Sh., Eshmurzaeva A.A., Azimova M.M., Sibirkina M.M. QUESTIONS OF THE PATHOGENESIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS	25
Каххаров А.Ж., Ибрагимова Д.А., Абдуллаева Д.О., Зухуржанова З.А., Рахматов Ж.Н. УСМАНИНГ МИКРОМУХИТИ ВА СУТ БЕЗИ САРАТОНИ ПРОГНОЗИ	Kahharov A.J., Ibragimova D.A., Abdullaeva D.O., Zukhurjanova Z., Rakhmatov J.N. TUMOR MICROENVIRONMENT AND BREAST CANCER PROGNOSIS	29
Кудияров И.А., Ёдгорова Н.Т., Орынбаева З.Н. ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИДА ЮЗАГА КЕЛУВЧИ ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТИББИЙ-ИЖТИМОИЙ МУАММОЛАРИ	Kudiyarov I.A., Yodgorova N.T., Orynbaeva Z.N. MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES ARISING FROM INJURIES OF THE JOINTS OF THE MAXILLOFACIAL REGION	32
Lyan Y.M., Ashurov Z.Sh. SHORT-TERMED INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY ALGORITHM FOR ANXIETY DISORDERS	Lyan Y.M., Ashurov Z.Sh. XAVOTIRLI BUZILISHLARNI QISQA MUDDATLI INTEGRATIV PSIXOTERAPIYASINING ALGORITMI	37
Мирзаходжаева Д.Б., Мавлянова Н.Н. РОЛЬ МУЛЬТИГЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПОТЕРИ ПЛОДА	Mirzahodzhaeva D.B., Mavlyanova N.N. THE ROLE OF MULTIGENIC THROMBOPHILIA IN FETAL LOSS SYNDROME	41
Охунув А.О., Бобоев К.Х., Касимов У.К., Атаков С.С. ОДОНТОГЕННЫЕ ФЛЕГМОНЫ ШЕИ С РАЗВИТИЕМ МЕДИАСТИНИТА. АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ, ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ	Okhunov A.O., Boboev K.Kh., Kasimov U.K., Atakov S.S. ODONTOGENIC PHLEGMON OF THE NECK WITH THE DEVELOPMENT OF MEDIASTITIS. ANALYSIS OF THE CAUSES OF DEVELOPMENT, DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS OF PATIENTS	44
Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Муминова С.Р., Ташпулатов Ш.Ш., Тоиров Б.А. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ (ВИТИЛИГО, ОЧАГОВАЯ АЛОПЕЦИЯ)	Sabirov U.Yu., Azimova F.V., Muminova S.R., Tashpulatov Sh.Sh., Toirov B.A. PROSPECTS FOR THE USE OF LASER THERAPY FOR SOME AUTOIMMUNE SKIN DISEASES (VITILIGO, ALOPECIA AREATA)	48
Тешаев О.Р., Холов Х.О., Полвонниёзов Х.Ф., Рузиметов Х.Ф. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	Teshaev O.R., Kholov Kh.O., Polvonniozov Kh.F., Ruzimetov Kh.F. OPTIMIZATION OF TREATMENT TACTICS FOR PURULENT COMPLICATIONS AFTER ALLOTRANSPLANTATION OF HERNIAS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL	53
Хаджибаев Ф.А., Мирсидиков М.А., Махаматаминов А.Г., Халилов А.С. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ СЕРДЦА ХАДЖИБАЕВ	Khadzhibayev F.A., Mirsidikov M.A., Makhamadaminov A.G., Khalilov A.S. MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF HEART INJURIES	56
Хатамов Э.Б., Шомуродов К.Э. ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	Khatamov E.B., Shomurodov K.E. DIAGNOSTICS AND COMPLEX TREATMENT OF INJURIES OF THE BRANCHES OF THE TRIGEMINAL NERVE IN FRACTURES OF THE BONES OF THE MAXILLOFACIAL REGION	60

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Абдуллаев У.С., Мирахмедова Х.Т.

ПСОРИАТИК АРТРИТДА ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдуллаев У.С., Мирахмедова Х.Т.

CLINICAL FEATURES OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN PSORIATIC ARTHRITIS

Abdullaev U.S., Mirahmedova H.T.

Ташкентская медицинская академия

Псориадик артрит бу псориаз ва бошқа бир қатор касалликлар билан боғлиқ яллиғланишли артропатия. Псориадик артритли беморларда юрак қон-томир патологиясини ривожланишида кардиоваскуляр хавф омиллари ва яллиғланишининг ролини ўрганиш долзарб муаммо ҳисобланади. Ушбу артрит билан оғриган беморларда псориадик артритнинг клиник кўринишлари, лаборатория параметрлари, яллиғланиш ва юрак қон-томир тизимидаги ўзгаришлар ўртасидаги боғлиқлик қизиқиш уйғотади.

Калит сўзлар: псориадик артрит, эндотелий дисфункцияси, псориаз, коморбид ҳолат.

Psoriatic arthritis is an inflammatory arthropathy often associated with psoriasis and several other comorbidities. The study of the role of cardiovascular risk factors and inflammation in the development of cardiovascular pathology in patients with psoriatic arthritis is an urgent interdisciplinary problem. Of interest is the presence of a relationship between the clinical manifestations of psoriatic arthritis, laboratory parameters, inflammation and changes in the cardiovascular system in patients with this arthritis.

Key words: psoriatic arthritis, endothelial dysfunction, psoriasis, comorbidity.

Псориадик артрит (ПсА) – хроническое прогрессирующее системное заболевание, ассоциированное с псориазом, при котором патологический процесс локализуется преимущественно в тканях опорно-двигательного аппарата, что приводит к развитию эрозивного артрита, костной резорбции, множественным энтезитами и спондилоартриту [8]. Помимо суставных и кожных проявлений, у большинства пациентов с ПсА имеется более одного сопутствующего состояния, таких как кардиометаболическое заболевание, включая ожирение (диабет, гипертензия, гиперлипидемия, стеатоз печени, сердечно-сосудистые исходы), воспалительное заболевание кишечника, увеит, инфекции, злокачественные новообразования и фибромиалгия. Все эти факторы могут играть важную роль при выборе терапии [24]. В этой связи возникает необходимость изучения взаимосвязи ПсА с сопутствующей патологией [24].

Распространенность ПсА в общей популяции оценивается в 0,3-1%, а псориаза (ПС) – в 2-3%, частота же развития артрита у больных ПС колеблется от 5 до 42% [8].

Этиология ПС и ПсА неизвестна. В развитии болезни обсуждается роль генетических, средовых и иммунологических факторов [1,2,9]. Клиническая картина заболевания отличается большим разнообразием. Помимо поражения опорно-двигательного аппарата в воспалительный процесс при ПсА могут вовлекаться самые разнообразные органы и ткани с развитием внесуставных системных проявлений болезни [2,4,24,41]. Как правило; артрит начинается на фоне уже существующего кожного ПС (67-70%). У 10% пациентов кожный и суставной синдромы возникают одновременно, у 20% больных поражение суставов

опережает появление кожных изменений на несколько недель, месяцев или лет [5,8,38]. В тех случаях, когда артрит предшествует кожному поражению, диагноз устанавливается на основании диагностических критериев CASPAR2006), учитывающих наличие ПС или ПсА у родственников первой линии родства.

Многие исследования указывают на наследственную предрасположенность к развитию как псориаза, так и псориадикического артрита: более 40% больных псориадикическим артритом имеют родственников первой степени родства, страдающих этими заболеваниями [28].

При популяционных исследованиях при псориадикическом артритe обнаружена повышенная частота выявления генов главного комплекса гистосовместимости HLA: B13, B17, B27, B38. У больных псориадикическим артритом и с рентгенологическими признаками сакроилеита чаще выявляют HLA B27.

Следует отметить и не HLA-ассоциированные гены, входящие в регион главного комплекса гистосовместимости, в частности ген, кодирующий ФНО-α. При изучении полиморфизма гена ФНО-α выявлена достоверная связь между аллелями ФНО-α-308, ФНО-β+252 и эрозивным псориадикическим артритом. При раннем псориадикическом артритe этот факт имеет прогностическое значение для быстрого развития деструктивных изменений в суставах [20]. Исследованиями последних лет установлена взаимосвязь между генами предрасположенности к псориазу и ПсА с экспрессией отдельных цитокинов. Так, показана достоверная ассоциация между HLAcw6, обычно выявляемого у больных псориазом и ПсА молодого возраста, с ФНО-α, а также генов предрасположенности семейства P80Я8, расположенных в локусах 1,3,6 с ФНО-α, ИЛ-1 и ИЛ-8. Эти данные

представляют большой интерес и являются своеобразным «мостом» между генетической и иммунологической концепциями псориаза и ПСА [43].

С 2006 г. для постановки диагноза ПСА используют новые критерии – CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis, чувствительность – 98,7%, специфичность – 91,4%>), которые позволяют классифицировать его, несмотря на положительный РФ (12% больных) и отсутствие псориаза [38,41].

ПСА долгое время считался заболеванием, отличающимся более благоприятным течением и прогнозом по сравнению с другими артритами. Однако анализ большого числа наблюдений показывает, что ПСА не только приводит к выраженному нарушению функции суставов, но и обуславливает раннюю и высокую летальность больных [17,37,42]. Смертность больных ПСА превышает популяционную на 59% у женщин и на 65% у мужчин [34,42]. Среди причин смерти больных ПСА наиболее часты сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), а также поражение дыхательной системы [17,27,42]. Объяснить повышение сердечно-сосудистой смертности больных ПСА только с позиции классических сердечно-сосудистых факторов риска не представляется возможным. Среди возможных причин высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у больных ПСА следует выделить системное воспаление, действие которого не только усугубляет влияние традиционных факторов сердечно-сосудистого риска, но и оказывает непосредственное влияние на сосудистую стенку, способствуя повреждению эндотелия, повышению жесткости сосудов, нарушению функции эндотелия и атеротромбозу [39].

В отличие от других заболеваний, при ПСА имеется повышенный риск развития ССЗ на 43% и осложнений на 55%. В частности, риск развития инфаркта миокарда возрастает на 68%, цереброваскулярных заболеваний – на 22%, сердечной недостаточности – на 31% [32]. При ПСА риск инфаркта миокарда, ишемической болезни сердца, инсульта и сердечно-сосудистой смерти наиболее высок среди пациентов с тяжелым течением псориаза с ранним началом и более молодых пациентов (<40 лет) [26].

Активность воспалительного процесса, измеренная по скорости оседания эритроцитов (СОЭ) у женщин (1,83, $p=0,02$), количество пораженных пальцев в виде дактилита (1,20, $p<0,001$) были идентифицированы как независимые предикторы сердечно-сосудистого риска при ПСА [22]. Важно отметить, что два европейских когортных исследования, основанных на утверждениях, описали тяжесть псориаза как предиктор сердечно-сосудистых патологий при псориатической болезни [13,43].

Псориатическое заболевание тесно связано с традиционными факторами риска ССЗ среди населения, такими как ожирение, дислипидемия, толерантность к глюкозе и гипертоническая болезнь [20,40].

У пациентов с ПСА риск сердечно-сосудистых заболеваний намного выше, чем у пациентов, страдающих только псориазом. Исследования показали, что пациенты с ПСА имеют более высокий риск метаболического синдрома (отношение шансов [ОШ] 1,78 дове-

рительный интервал (95% ДИ) 1,08-2,95] ($P=0,025$), чем у пациентов с ПС. Кроме того, толщина интима-медиа сонной артерии, измеренная с помощью ультразвука, независимо от традиционных факторов риска ССЗ, у пациентов с ПСА была больше. Это различие коррелировало с длительностью болезни ПСА, более тяжелым заболеванием кожи и повышением маркеров воспаления [13,43]. Эти данные вместе с результатами других проспективных когортных исследований [16,35,36] предполагают, что степень воспаления при ПСА коррелирует с тяжестью сердечно-сосудистых аномалий.

Пациенты с ПСА имеют высокую распространенность инсулинорезистентности (16%), и эта связь не зависит от тяжести ПСА, метаболического синдрома и других факторов [21]. Повышенная ССЗ, связанная с псориатическим заболеванием, может объясняться дисфункцией эндотелиальных клеток, связанной с инсулинорезистентностью. Действительно, дисфункция эндотелиальных клеток может привести к атеросклерозу и возникновению сердечно-сосудистых осложнений, таких как инсульт или инфаркт миокарда [33]. Пациенты с ПСА также имеют более высокую распространенность и заболеваемость диабетом, вероятно, из-за неправильного образа жизни, инсулинорезистентности, связанной с воспалением при ПСА и общими генетическими факторами предрасположенности к ПС и диабету [12,19,23,44].

Точно так же пациенты с ПСА имеют более высокую распространенность дислипидемии и ожирения по сравнению с контрольной группой [14,18,29,28]. Более низкие уровни липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – холестерина и более высокие уровни триглицеридов составляют основные выявленные липидные аномалии у пациентов с ПСА [31]. Эти нарушения были более распространены среди пациентов с активным псориатическим поражением, что свидетельствует о потенциальной взаимосвязи между степенью воспаления и липидным профилем [25].

Распространенность метаболического синдрома у пациентов с ПСА колеблется от 23,5 до 58,1%, и этот показатель выше, чем у пациентов с РА [15,30]. По сравнению с пациентами с псориатическим заболеванием и отсутствием метаболического синдрома, больные ПСА и метаболическим синдромом имеют более высокую общую максимальную толщину интима-медиа сонной артерии и преобладание каротидных бляшек, что отражает возрастающую степень воспаления при ПСА [15]. Кроме того, тяжесть ПСА связана с метаболическим синдромом независимо от инсулинорезистентности, тяжести кожного псориаза и других факторов [18]. На активность ПСА может влиять ожирение и метаболический синдром. Аналогичным образом более высокий ИМТ связан со снижением ответа на лечение при ПСА [30].

Небольшое проспективное исследование также показало, что концентрация мочевой кислоты в сыворотке коррелирует с субклиническим атеросклерозом, оцениваемым по толщине стенок интима-медиа сонных артерий у пациентов с ПСА без клинически очевидного сердечно-сосудистого заболевания [32]. Нестероидные противовоспалитель-

ные препараты (НПВП) также были предложены в качестве предикторов сердечно-сосудистых заболеваний у этих пациентов [26].

Псориатическое заболевание – это хроническое воспалительное состояние, при котором поражается как врожденная, так и адаптивная иммунная система, что приводит к провоспалительному состоянию. Воспаление служит ключевым медиатором, который инициирует и ускоряет прогрессирование атеросклероза – основной причины ССЗ [13]. Высокие сывороточные уровни провоспалительных цитокинов, высвобождаемых при псориатическом заболевании, таких как интерлейкин (ИЛ)-17, интерферон- α и TNF, способствуют сужению сосудов и эндотелиальной дисфункции, что может привести к образованию бляшек [16,35].

И.З. Гайдукова [10] на основании комплексной оценки частоты выявления классических факторов сердечно-сосудистого риска у больных псориатическим артритом установила преобладание отягощенной наследственности по ИБС, дислипидемии и изменений индекса массы тела у этой категории пациентов. Выполнена комплексная оценка функционального состояния эндотелия у больных псориатическим артритом. Установлено наличие нарушений вазорегулирующей и антитромбогенной функций эндотелия, наличие микроальбуминурии. Выраженность дисфункции эндотелия- взаимосвязана со степенью активности псориатического артрита.

А.В. Янышевой [11] была впервые установлена взаимосвязь метаболических нарушений с характером суставного синдрома, активностью заболевания и тяжестью кожного процесса у больных ПсА. Был оценен вклад метаболических нарушений в развитие кардиоваскулярного риска, выявлены субклинические и клинические проявления атеросклероза у больных ПсА по данным дуплексного сканирования сонных артерий, которые сопоставлены с показателями воспаления и метаболическими нарушениями. Выявлено значение повышенной концентрации СРБ и лептина в качестве предикторов метаболических нарушений и кардиоваскулярных заболеваний у больных ПсА [3].

Т.В. Коротаева [6,7], впервые проанализировав традиционные факторы кардиоваскулярного риска, определила суммарный риск развития ИБС, риск смертности от ССЗ, связанных с атеросклерозом, по различным шкалам в соответствии с рекомендациями EULAR на большой группе больных ПсА. Исследованы реологические свойства крови у больных ПсА и другими воспалительными заболеваниями суставов с использованием стандартных параметров агрегации эритроцитов, был разработан метод лабораторной диагностики и классификация реологических нарушений.

Таким образом, выяснилось, что среди классических кардиоваскулярных факторов риска у пациентов с псориатическим артритом наиболее часто встречаются отягощенная наследственность по ИБС и дислипидемия. Сочетание псориатического артрита и артериальной гипертензии ассоциируется с повышением жесткости сосудистой стенки, повреждением эндотелия с нарушением его функций. Повреждение эндотелия максимально выражено у больных с высокой активностью артрита, наличием системных проявлений болезни. У пациентов с псориатическим артритом выявлено повышение жесткости сосудистой стенки, связанное с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска и активностью артрита. У больных с псориатическим артритом чаще, чем у лиц без псориаза и псориатического артрита встречаются увеличение толщины комплекса интима-медиа и субклинический атеросклероз сонных артерий. Увеличение толщины комплекса интима-медиа пациентов с псориатическим артритом связано не только с действием классических факторов риска, но и с активностью системного воспаления.

При наличии сопоставимых факторов сердечно-сосудистого риска вероятность появления ишемической болезни сердца выше у больных с высокой активностью артрита, ранним началом и большей длительностью заболевания. Степень воспаления, счет дактилита, тяжесть псориаза, длительность заболевания, уровень мочевой кислоты в сыворотке крови и прием НПВП являются предикторами ССЗ у больных с псориатической болезнью.

Со списком литературы можно ознакомиться в редакции

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Абдуллаев У.С., Мирахмедова Х.Т.

Псориатический артрит – воспалительная артропатия, часто связанная с псориазом и некоторыми другими сопутствующими заболеваниями. Изучение роли факторов кардиоваскулярного риска и воспаления в развитии сердечно-сосудистой патологии у больных псориатическим артритом является актуальной междисциплинарной проблемой. Представляет интерес наличие взаимосвязи между клиническими проявлениями псориатического артрита, лабораторными показателями, воспаления и изменениями сердечно-сосудистой системы у больных данным артритом.

Ключевые слова: псориатический артрит, дисфункция эндотелия, псориаз, коморбидность.

