

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.5:616-053.9

И.Г. Сергеева, А.И. Якубович

ПСОРИАЗ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Новосибирский государственный университет (Новосибирск)
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Статья посвящена особенностям течения псориаза в пожилом возрасте. Приведены собственные данные о 117 пациентах с псориазом. Проведена оценка течения заболевания у пациентов, не обращающихся к дерматологу, амбулаторных пациентов врача-дерматолога и пациентов с тяжелыми формами заболевания, госпитализированными в кожно-диагностическое отделение. Выделены следующие факторы, способствующие тяжелому течению псориаза в пожилом возрасте: сочетание псориаза с патологией желудочно-кишечного тракта, паразитозами, патологией бронхолегочной системы и варикозной болезнью, присоединение микотической инфекции кожи, наследственная предрасположенность, более ранний возраст начала и большая продолжительность заболевания.

Ключевые слова: псориаз, геронтогенез

PSORIASIS IN ELDERLY AND SENILE AGE: CLINICAL FORMS AND SOMATIC PATHOLOGY

I.G. Sergeyeva, A.I. Jakubovitch

Novosibirsk State University, Novosibirsk
Irkutsk State Medical University, Irkutsk

The peculiarities of psoriasis course in elderly patients are the point of the article. The own data of 117 patients with psoriasis are given. The estimation of psoriasis course in patients not consulting dermatologist, outpatients of dermatologist and hospital patients with severe forms of illness of dermatodiagnostic ward was taken. The following factors making for hard course of psoriasis in elderly persons, such as combination of psoriasis and pathology of alimentary canal, parasitosis, pathology of bronchopulmonary system and varicose illness, adding of mycotic infection, hereditary predisposition, early beginning and long duration of the illness are emphasized.

Key words: psoriasis, gerontogenesis

Псориаз является хроническим кожным заболеванием, дебют которого происходит в молодом и среднем возрасте, но в связи с большой длительностью течения больные псориазом становятся пациентами дерматолога-гериатра [6].

В литературе отмечены следующие особенности псориаза в пожилом и старческом возрасте: нарастание популяционной частоты дерматоза, большая продолжительность заболевания (40 – 60 лет), усиление тяжести течения, уменьшение продолжительности ремиссий. Чаще, чем в молодом возрасте встречаются эритродермическая и пустулезная формы, до 21,2 % увеличивается частота псориазического артрита, процесс сопровождается зудом. При сочетании псориаза с артериальными гипертензиями и диабетом преобладают инвертные формы [1 – 5].

Начальные признаки псориаза в пожилом возрасте могут напоминать экзему, токсидермию, кандидоз. Часто не определяется псориазическая триада. На ладонях и подошвах встречаются ги-

перкератотические очаги, на голенях и стопах формируются веррукозные очаги [7].

Разнообразие клинической картины дерматоза и полиморбидность, характерная для пожилого возраста, приводят к тому, что клиническое течение псориаза в пожилом возрасте варьирует от дежурных бляшек, выявляемых врачом при осмотре кожи по поводу других заболеваний, до состояний эритродермии, из которых пациенты не могут выйти годами.

Нами проведен анализ течения заболевания в различных группах пациентов (лица старше 60 лет, состоящие на учете в Областном Геронтологическом центре (Новосибирск), пациенты с кожными заболеваниями, обращающиеся на амбулаторный прием в кожно-венерологический диспансер по месту жительства и пациенты кожно-диагностического отделения Дорожной Клинической больницы (Новосибирск), специализирующегося на лечении псориаза).

Среди 328 пациентов в возрасте 60–91 года из Областного Геронтологического Центра (Новосибирск) при активном осмотре псориаз был выявлен у 13 (3,9 %). Дерматоз диагностировали у 5 % пациентов в возрасте 60–70 лет, 4,3 % – в возрасте 71–80 лет и не встречали у пациентов старше 80 лет. Из 13 пациентов было 2 мужчин, 7 женщин. У 9 пациентов заболевание было представлено вульгарной формой, у 2 – экссудативной, и в единичных случаях атропатической и гиперкератотической. У 4 пациентов процесс был распространенный, у 9 – представлен дежурными бляшками. В 2 случаях псориаз носил семейный характер. Во всех случаях сочетался с заболеваниями внутренних органов (ишемическая болезнь сердца – в 3-х наблюдениях, гипертоническая болезнь – в 3-х, сахарный диабет – в 2-х, бронхиальная астма – в 2-х, хронический пиелонефрит и рассеянный склероз в единичных случаях). Пациенты к дерматологу не обращались, отмечая значительное улучшение состояния кожи при лечении соматических заболеваний.

На амбулаторном приеме среди 6703 пациентов от 6 мес. до 92 лет обращения по поводу псориаза были в 4,6 %, среди лиц пожилого возраста обращаемость практически не отличалась, и составила 4,4 %. При этом среди всех пациентов с псориазом пациенты пожилого возраста составляли 15,8 %. Оценивая распространенность псориаза у пациентов с нарушением обмена выявлено, что среди 132 пациентов с сахарным диабетом II типа, обратившихся на амбулаторный прием к дерматологу, псориаз был у 8 (6 %), из 104 пациентов с гиперхолестеринемией – у 4 (3,8 %), из 114 пациентов с гипотиреозом – у 9 (7,9 %).

Среди 105 пожилых пациентов кожного отделения больные с псориазом составляли 46,7 %.

Для оценки особенностей течения псориаза в пожилом возрасте были проанализированы 104 пациента, которых разделили на две группы: 55 человек, обратившихся на амбулаторный прием к дерматологу, и 49 пациентов, получавших стационарное лечение псориаза в условиях специализированного кожного отделения. Все пациенты находились в возрасте от 60 до 79 лет (средний возраст $68,4 \pm 4,6$ года).

Анализируя распределение пациентов по возрасту, было отмечено, что амбулаторно мужчины и женщины обращались одинаково часто (среди 55 пациентов на амбулаторном приеме мужчин было 27, женщин – 28), в то время как среди 49 пациентов стационара мужчин было 41, женщин – 8.

Отягощенный семейный анамнез по псориазу имели 8 (14,5 %) амбулаторных пациентов и 10 (20,5 %) – стационарных.

У 14 (25,4 %) амбулаторных больных дебют заболевания был в течение года, у 41 (75 %) – длительность заболевания варьировала от 1 до 51 года. Средний возраст начала заболевания для амбулаторных больных составил $54,0 \pm 15,3$ года, средняя продолжительность заболевания 16,9 года. У пациентов стационара средняя продолжительность заболевания – $22,3 \pm 12,4$ года, при этом средний возраст начала заболевания – $40,6 \pm 12,5$ года.

Среди пациентов с тяжело протекающим псориазом средний возраст начала заболевания при вульгарной форме был меньше, чем средний возраст начала заболевания при экссудативной форме ($33,3 \pm 10,8$ и $44,7 \pm 12,7$ года соответственно), средняя продолжительность псориаза при вульгарной форме выше ($28,0 \pm 11,8$ года), чем при экссудативной ($19,2 \pm 11,3$ года).

По клиническому течению заболевание было представлено различными формами. Среди амбулаторных пациентов псориаз эритродермию наблюдали у 1 (1,8 %), распространенный вульгарный псориаз – у 18 (32,7 %), вульгарный псориаз в стадии дежурных бляшек – у 23 (41,8 %) человек, экссудативный псориаз – у 7 (12,8 %) пациентов. Среди всех пациентов локализацию высыпаний на волосистой части головы отмечали у 15 (27,3 %) человек. Артропатический псориаз – у 6 (10,9 %).

Среди клинических форм псориаза у стационарных больных пожилого возраста доминировали экссудативный – у 30 (61,2 %) и распространенный вульгарный псориаз – у 13 (26,5 %). Псориаз эритродермию наблюдали у 3 пациентов, псориаз ладоней и подошв, артропатический и гиперкератотический – в единичных случаях.

Среди сопутствующих кожных заболеваний наиболее распространенными были микозы стоп и кистей – у 16 (29 %) амбулаторных и 21 (42,8 %) стационарного пациента; другие формы микозов встречали только у амбулаторных пациентов – кандидозы – у 8 человек, в единичных случаях паховая эпидермофития и отрубевидный лишай. У 1 стационарного пациента диагностирован отомикоз.

Среди пациентов с псориазом, обратившихся амбулаторно, достаточно часто псориаз сочетался с другими кожными заболеваниями.

Сочетание с алергодерматозами: хроническая экзема диагностирована у 4 человек, из них у 1 – микробная экзема голеней и у 3 – хроническая экзема ушных раковин, осложненная кандидозом; токсидермия – у 1 пациента. Бактериальные заболевания кожи были представлены в 1 случае панарицием и у 4 пациентов эритразмой крупных складок. У 2 пациентов с сахарным диабетом псориаз сочетался с витилиго. В единичных случаях наблюдали чесотку, вульгарный ихтиоз, ладонно-подошвенную кератодермию, розацеа, вульгарную пузырчатку, гемосидероз кожи, базалиому, ксантелазмы в области век.

Учитывая пожилой возраст пациентов, большое внимание уделялось сочетанию псориаза с патологией внутренних органов. Наличие соматической патологии учитывали по записям в амбулаторных терапевтических картах пациентов. Среди амбулаторных больных сопутствующие заболевания выявлены у 21 (38,2 %), среди стационарных – у 28 (57,1 %).

Патология сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь) отмечена в анамнезе у 10 (18,2 %) амбулаторных и 10 (20,4 %) стационарных пациентов. Патология желудочно-кишечного тракта – у 5 (9 %) и 15 (30,6 %) соответственно. Заболевания бронхолегоч-

ной системы — у 3 (5,4 %) и 8 (16,3 %) соответственно. Сахарный диабет — у 3 (5,4 %) и 3 (6,1 %) соответственно. Паразитозы (лямблиоз, описторхоз) — у 1 (1,8 %) и 3 (6,1 %) соответственно.

Среди амбулаторных пациентов гипотиреоз диагностирован у 4 человек, в единичных случаях гиперхолестеринемия, лимфогранулематоз, ревматоидный артрит, неврит лицевого нерва, сочетание фибромиомы тела матки и мастопатия.

У стационарных пациентов в 2 случаях были профессиональные заболевания (лучевая болезнь и вибрационная болезнь), в единичных случаях фибромиома тела матки, неврит тройничного нерва, туберкулез легких, аденома предстательной железы, ревматоидный артрит.

Варикозное расширение вен нижних конечностей наблюдали у 6 (10,9 %) амбулаторных и 9 (18,3 %) стационарных пациентов пожилого возраста.

Большинство пациентов до обращения лечились самостоятельно, в том числе методами народной медицины (медом, горчицей, желтком, дегтем, выжигали бляшки кислотой), а также наружными кортикостероидами (синаflan и лоринден) в течение нескольких лет.

Обострения заболевания, приводившие к распространению процесса, начинались после нервного стресса или местных раздражающих факторов (контакт с травой). У одного пациента, участника ВОВ, имевшего ранение голени, псориаз начался 5 лет назад и при этом локализовался на участках голени, поврежденных во время ВОВ.

Изменения в общем анализе крови у амбулаторных пациентов были более выражены, преобладали тенденции к анемии, эозинофилии, лимфоцитозу и ускорению скорости оседания эритроцитов.

Средние показатели в общем анализе крови у амбулаторных пациентов: эритроциты $4,1 \pm 0,3 \times 10^{12}/л$; гемоглобин $129,8 \pm 11,3 г/л$; лейкоциты $6,6 \pm 1,3 \times 10^9/л$; эозинофилы — $4,4 \pm 3,3 \%$; палочкоядерные нейтрофилы — $1,8 \pm 0,7 \%$; сегментоядерные нейтрофилы — $60,3 \pm 5,4 \%$; лимфоциты — $30,4 \pm 4,8 \%$; моноциты — $3,6 \pm 1,5 \%$. Скорость оседания эритроцитов $17,7 \pm 8,0 мм/час$.

В общем анализе крови у стационарных больных с псориазом количество эритроцитов и гемоглобина находились в пределах нормы ($4,4 \pm 0,3 \times 10^{12}/л$ и $132,0 \pm 14,1 г/л$ соответственно). Лейкоцитарная формула: лейкоцитов $6,8 \pm 1,2 \times 10^9/л$, из них эозинофилов $3,2 \pm 1,8 \%$, палочкоядерных нейтрофилов $1,8 \pm 1,0 \%$; сегментоядерных нейтрофилов $62,1 \pm 5,9 \%$; лимфоцитов $28,5 \pm 4,6 \%$; моноцитов $4,6 \pm 2,2 \%$. Умеренное повышение СОЭ ($12,3 \pm 6,5 мм/час$).

Сахар крови — $4,1 \pm 0,6 мМ/л$ у амбулаторных и $4,8 \pm 0,8 мМ/л$ у стационарных.

При тяжелом течении дерматоза (у стационарных больных) клиническое обследование включало биохимический анализ крови, данные ЭКГ и РГ грудной клетки.

В биохимических анализах крови: общий белок сыворотки крови $74,3 \pm 5,5 г/л$, альбумины — $48,3 \pm 5,4 \%$, глобулины — $51,6 \pm 5,5 \%$, α_1 -глобу-

лины — $6,7 \pm 1,2$, α_2 -глобулины — $9,8 \pm 1,4$, β -глобулины — $10,1 \pm 1,6$, γ -глобулины — $14,6 \pm 2,0$; холестерин $5,7 \pm 1,2 мМ/л$, ТАГ — $2,1 \pm 1,0 мМ/л$, АлТ — $24,3 \pm 16,3 ЕД/л$, АсТ — $24,3 \pm 15,2 ЕД/л$, тимоловая проба $2,7 \pm 1,3 \pm 0,6 ед$, сиаловые кислоты $189 \pm 28 Ед$, билирубин $11,6 \pm 6,3 мМ/л$; мочевина $5,9 \pm 2,3 мМ/л$.

По данным ЭКГ синусовый ритм сохранен у 47 пациентов, в 2 наблюдениях — мерцательная аритмия; метаболические изменения сердечной мышцы наблюдали у 10 пациентов, нарушение проводимости миокарда — у 18, единичные экстрасистолы — у 2, синдром ранней реполяризации желудочков — у 4, гипертрофия миокарда левого желудочка — у 10.

На обзорных рентгенограммах грудной клетки — воздушные легочные поля, диффузный пневмосклероз или усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента.

Таким образом, у пожилых больных псориазом можно определить следующие факторы, наличие которых способствует более тяжелому течению заболевания. Среди пациентов, которым требуется стационарное лечение дерматоза, преобладают мужчины. Псориаз чаще сочетается с патологией желудочно-кишечного тракта, паразитозами, патологией бронхо-легочной системы и варикозной болезнью. Тяжелое течение дерматоза и сопутствующие заболевания, способствуют формированию псориазического поражения ногтей и более частому присоединению микотической инфекции.

У пациентов с тяжелым течением дерматоза в пожилом возрасте чаще имеется наследственная предрасположенность к псориазу, в более раннем возрасте начинается дерматоз и больше продолжительность заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Довжанский С.И. Патогенез и клиника хронических дерматозов у больных пожилого и старческого возраста / С.И. Довжанский // Вестник дерматол. и венерол. — 2002. — № 6. — С. 8 — 11.
2. Ибрагимов Ш.И. Клинические особенности псориаза у лиц пожилого и старческого возраста / Ш.И. Ибрагимов, А.Б. Рахматов, И.В. Чиченина // Вестн. дерматол. — 1989. — № 3. — С. 67 — 69.
3. Клинические особенности псориаза в Новосибирской области / Ю.М. Криницына, М.Н. Ермаков, Н.М. Александрова, Е.Э. Щербина // Региональная патология кожи в Сибири: Сб. науч. тр. НИИ РППМ СО РАМН. — Новосибирск, 1995. — С. 16 — 20.
4. Милевская С.Г. Псориазический артрит / С.Г. Милевская. — Томск, 1996. — 61 с.
5. Полканов В.С. Экзема и псориаз у больных в пожилом и старческом возрасте / В.С. Полканов, Н.А. Генералова // Современные вопросы патогенеза и терапии псориаза и распространенных аллергических дерматозов: Тез. докл. — М., 1998. — С. 90 — 91.
6. Шелюженко А.А. Кожные болезни у лиц пожилого и старческого возраста / А.А. Шелюженко, А.Я. Браиловский. — Киев: Здоров'я, 1982. — 200 с.
7. Roenigk H. Psoriasis / H. Roenigk, H.I. Maibach. — 1990. — 962 p.