

СЛУЧАЙ КОРТИКО-СТЕРОИДНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У БОЛЬНОГО ПСОРИАЗОМ, ДЛИТЕЛЬНО ПОЛУЧАВШЕГО ЛЕЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ

Я.Ф. Кутасевич, И.А. Олейник

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме. *В работе представлен случай тяжелой формы псориаза, осложнившейся развитием кардиомиопатии вследствие длительного приема глюкокортикостероидных препаратов.*

Ключевые слова: *тяжелые формы псориаза, глюкокортикостероиды, осложнение, кардиомиопатия.*

В последнее десятилетие отмечается увеличение числа тяжелых осложненных форм хронических дерматозов, резистентных к проводимой терапии, что создает значительные трудности в лечении и зачастую обосновывает применение системных глюкокортикостероидных препаратов (ГКС) в терапии хронических распространенных дерматозов с высокой степенью воспалительной активности. По данным литературы, изменения сердца выявляются у каждого третьего больного, длительно применяющего кортикостероидную терапию. Отмечалось поражение всех трех оболочек сердца, а также коронарных артерий. Наиболее часто встречаются поражения миокарда [1].

Дистрофия миокарда может быть вызвана синергическим воздействием тяжелой интоксикации, анемией, выраженными нарушениями белкового обмена, амилоидной дистрофией вследствие злокачественного течения ос-

новного заболевания, а также при длительном применении ГКС. В литературе имеются единичные сообщения о псориатическом кардите. Наблюдали миокардит, близкий по своим проявлениям инфекционно-аллергическому, протекающему с нарушением сократительной способности миокарда, стойкой тахикардией, не соответствующей высоте лихорадки, диффузными изменениями на ЭКГ, нарушением атриовентрикулярной проводимости, экстрасистолией, появлением систолического шума.

Сердечно-сосудистая патология оказывает отрицательное влияние на течение дерматоза, но не исключает взаимовлияние сочетанных болезней – как основное, так и сопутствующее заболевание протекает тяжелее, а терапия представляет значительные трудности [2, 3].

Под нашим наблюдением находился пациент С., 35 лет, житель Харьковской области, который поступил в клинику ГУ «Ин-

ститут дерматологии и венерологии НАМН Украины» с жалобами на высыпания по всему телу, болезненность кожи, боли во всех суставах, скованность, повышение температуры тела до 38 °С, общую слабость.

Из анамнеза известно, что болеет свыше 15 лет, лечился по месту жительства наружными средствами, боли в суставах в течение 7 лет. Получал метотрексат по 15 мг в неделю № 3, однако впоследствии проводилось лечение дексаметазоном, полькортолоном, периодически дипроспаном, нестероидными противовоспалительными препаратами.

При поступлении общее состояние больного расценено как среднетяжелое. Температура – 38 °С. Обращало на себя внимание ограничение движений в суставах и учащен-

ное сердцебиение до 120 ударов в минуту. Кожный процесс был распространен симметрично, представлен множественными пустулезными элементами, местами сливающимися между собой, с фестончатыми краями, в центральной части с эрозивными поверхностями. В области бедер, голени крупные бляшки покрыты плотными серозно-гнойными чешуйко-корками (рис. 1).

В области ладоней и подошв выраженная застойная гиперемия, отечность, гиперкератоз, глубокие трещины, местами покнутые, мацерация в межпальцевых складках, онихолизис (рис. 2).

Имелась отечность межфаланговых, голеностопных лучезапястных суставов, ограничение активных и подвижных движений в них.



Рис. 1. Больной С., 35 лет, диагноз: пустулезный псориаз, псориатический полиартрит

На основании вышесказанного больному был поставлен диагноз генерализованный пустулезный псориаз, псориатический полиартрит, псориатическая ониходистрофия.

При обследовании в клиническом анализе крови СОЭ – 64 мм/ч, в остальном без отклонений от нормы. Со стороны соединительнотканного и кальций-фосфорного обменов отклонений не выявлено. Больному была назначена комплексная терапия, включающая

лефлуномид по схеме, внутривенно капельно реосорбилакт, тиотриазолин, применялись антигистаминные препараты, анаприлин.

Несмотря на проводимую терапию с комплексным применением бета-блокаторов, дезинтоксикационных, антигистаминных средств, обращало на себя внимание сохраняющееся учащенное сердцебиение, которое колебалось от 95 до 110 уд./мин. и не коррелировало с выраженностью лихорадки.



Рис. 2. Больной С., 35 лет, диагноз: пустулезный псориаз, псориатический полиартрит

Больной был консультирован терапевтом, который на основании жалоб больного на сердцебиение, общую слабость, одышку при физической нагрузке высказал предположение о наличии у больного стероидной

кардиомиопатии. Больному был назначен строфантин 0,05 % по 0,5 мл на физрастворе, рибоксин по 0,2 г 3 раза в день, кардиомагнил по 75 мг на ночь, продолжить применение анаприлина по 0,01 г 2 раза в день.

Параллельно больной был обследован эндокринологом. Установлено, что нарушений функции щитовидной железы на момент обследования у больного не выявлено.

Больному проведено УЗИ сердца – полости сердца не расширены, сократимость миокарда не нарушена, фракция выброса 64 %, аорта у основания не расширена, клапанный аппарат без органической патологии.

На ЭКГ отмечалась синусовая тахикардия. По заключению кардиолога у больного имеет место кардиомиопатия, синусовая тахикардия, СН I ст., I ф.кл.

Несмотря на проводимую терапию со стороны сердечных сокращений выраженной положительной динамики у больного не отмечено.

ЧСС сохранялась в интервале 92–105 уд./мин. при артериальном давлении 105/60 мм рт. ст.

Таким образом, течение пустулезного псориаза, псориатического полиартрита, гормонозависимой формы сопровождалось развитием кардиомиопатии. Поскольку псориаз и патология сердечно-сосудистой системы являются коморбидными состояниями и возможно развитие кардиомиопатии как при самом псориазе, особенно его тяжелых формах, так и при длительном применении иммуносупрессивных препаратов, необходимо предусматривать в алгоритме обследования и последующем мониторинге измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, ЭКГ и УЗИ сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевченко Т.І., Шлопов В.Г. Патологическая анатомия псориатической болезни / Т.І. Шевченко, В.Г. Шлопов. – К.: ВАТ УкрНТЕК, 2001. – 305 с.
2. Ляшук П.Н. Актуальні питання системної терапії глюкокортикоїдними препаратами / П.М. Ляшук // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2009. – № 2 (20). – С. 99–102.
3. Паньків В.І. Болезнь Иценко-Кушинга: диагностика, клиника, лечение // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 16 (379). – С. 27–29.

ВИПАДОК КОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ У ХВОРОГО НА ПСОРІАЗ, ЩО ТРИВАЛО ОДЕРЖУВАВ ЛІКУВАННЯ ГЛЮКОКОРТИКО- СТЕРОЇДАМИ

**Я.Ф. Кутасевич,
І.О. Олійник**

Резюме. У роботі представлено випадок тяжкої форми псоріазу, що ускладнилася розвитком кардіоміопатії внаслідок тривалого прийому глюкокортикостероїдних препаратів.

Ключові слова: тяжкі форми псоріазу, глюкокортикостероїди, ускладнення, кардіоміопатія.

CASE OF CORTICOSTEROID CARDIOMYOPATHY OF PATIENTS WITH PSORIASIS RECEIVING LONG-TERM GLUCOCORTICOSTEROID TREATMENT

**Y.F. Kutasevych,
I.O. Oliynyk**

Summary. Case of severe psoriasis complicated by development of cardiomyopathy due to prolonged use of glucocorticosteroid drugs have been presented.

Keywords: severe forms of psoriasis, corticosteroids, complications, cardiomyopathy.