



¹ Южно-Уральский
государственный
медицинский
университет,
Челябинск

² Челябинский
областной
клинический кожно-
венерологический
диспансер

Особенности анамнестических данных, сочетанной патологии и клинического течения псориаза разной степени тяжести

Ю.В. Нефедьева, к.м.н.¹, Ю.С. Шишкова, д.м.н., проф.¹,
О.Р. Зиганшин, д.м.н., проф.^{1, 2}

Адрес для переписки: Юлия Владимировна Нефедьева, women200681@mail.ru

Для цитирования: Нефедьева Ю.В., Шишкова Ю.С., Зиганшин О.Р. Особенности анамнестических данных, сочетанной патологии и клинического течения псориаза разной степени тяжести. Эффективная фармакотерапия. 2025; 21 (30): 42–51.

DOI 10.33978/2307-3586-2025-21-30-42-51

Сочетанная патология – это расширенная группа, включающая патологические изменения любого ранга в различных системах и органах, возникающие как при одном (системном) заболевании, так и при нескольких взаимосвязанных или совершенно независимых заболеваниях.

Эпидемиологические исследования показывают, что пациенты с псориазом по сравнению с населением в целом чаще страдают такими сочетанными патологиями, как воспалительные заболевания суставов и кишечника, атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, неалкогольная жировая болезнь печени и другие. Высокая распространенность при псориазе таких метаболических нарушений, как дислипидемия, абдоминальное ожирение, повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных по сравнению с общей популяцией.

Цель исследования – изучение особенностей анамнестических данных, сочетанной патологии и клинического течения заболевания пациентов с псориазом разной степени тяжести.

Материал и методы. Изучены данные анамнеза, сочетанной патологии и клинического осмотра 177 больных псориазом на базе Челябинского областного клинического кожно-венерологического диспансера.

Результаты. Наиболее значимый триггерный фактор дебюта псориаза у обследованных пациентов всех возрастных групп – психоэмоциональное перенапряжение. Курение чаще выявлялось у мужчин. Стаж курения был выше, чем у женщин. У мужчин старше 45 лет псориазический артрит встречался чаще, чем у женщин. С увеличением возраста пациентов увеличивались индекс массы тела и окружность талии. У молодых мужчин абдоминальное ожирение встречалось чаще, чем у женщин того же возраста. Наблюдалось достоверное увеличение индекса массы тела ($p < 0,017$) молодых женщин с увеличением степени тяжести псориаза. С увеличением степени тяжести псориаза и возраста пациентов увеличивалась частота выявления артериальной гипертензии, ожирения, заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, почек, щитовидной железы, сахарного диабета 2-го типа.

Заключение. Выявлены особенности анамнестических данных, сочетанной патологии и клинического течения заболевания пациентов с псориазом, позволяющие профилактировать обострения с учетом триггерных факторов. Исследование подтверждает необходимость мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с псориазом, коррекции ожирения, артериальной гипертензии, метаболических нарушений.

Ключевые слова: псориаз, сочетанная патология, артериальная гипертензия, ожирение



Введение

Сочетанная патология при псориазе, одном из наиболее распространенных хронических дерматозов, изменяет клиническую картину, течение основного патологического процесса, степень тяжести осложнений, а также ухудшает качество жизни пациента, ограничивает или затрудняет диагностику и лечение [1, 2].

Псориаз характеризуется гиперпролиферативным состоянием кератиноцитов и эндотелиальных клеток, с опосредованным Т-лимфоцитами воспалительным процессом по Th-1 типу [3, 4]. Фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α), играющий важную роль в патогенезе псориаза и псориатического артрита, не только участвует в воспалении, но также способствует развитию дислипидемии и инсулинорезистентности. Он усиливает адгезию молекул, что предрасполагает к развитию атеросклероза, поддерживает воспалительный процесс [5].

Псориаз тесно связан с высокой распространенностью таких метаболических нарушений, как дислипидемия с повышением уровня холестерина и триглицеридов, абдоминальное ожирение, а также с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, включая фатальные инфаркты миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения, что снижает качество и продолжительность жизни больных по сравнению с общей популяцией [5]. Развитие метаболического синдрома и ожирения при псориазе связывают с выработкой интерлейкинов (ИЛ) 1, 6 и ФНО- α . В свою очередь, возникновение метаболического синдрома выступает фактором риска развития инсулинорезистентности, ожирения, дислипидемии, артериальной гипертензии. Вероятно, суммация метаболических нарушений и системного воспалительного процесса, лежащего в основе патогенеза псориаза и псориатического артрита, может быть причиной ускоренного развития атеросклеротического поражения сосудов у этих пациентов [6–8].

У пациентов с псориазом отмечается повышенный риск развития сочетанной патологии: ишемической болезни сердца (ИБС), болезни Крона, сахарного диабета (СД) 2-го типа, депрессии [9–11]. Согласно данным регистра пациентов с псориазом Российского общества дерматовенерологов и косметологов, выявлена высокая частота встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных псориазом: гипертонической болезни – 28,5%, ИБС – 5,4%, инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения – по 0,9% [9]. Более половины пациентов с псориазом имеют избыточный вес или ожирение. Нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 2,2%, СД 2-го типа – у 6,7%, а заболевания или нарушения функции щитовидной железы констатировали у 3,8% пациентов с псориазом. Выявлена высокая распространенность заболеваний пищеварительной системы у больных псориазом: какое-либо заболевание пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки отмечено у 10,2% пациентов, какое-либо заболевание печени, желчного пузыря, желчевы-

водящих путей и поджелудочной железы – у 11,8% пациентов. Распространенность вирусного гепатита С среди пациентов с псориазом составила 2,6%. Псориатический артрит был установлен у 28,9% пациентов с псориазом [9].

Распространенность сочетанных состояний у больных псориазом разной степени тяжести в Челябинской области изучена недостаточно.

Цель исследования – изучение особенностей анамнестических данных, сочетанной патологии и клинического течения у больных псориазом разной степени тяжести, проходивших лечение в Челябинском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере в 2024–2025 гг.

Материал и методы

В исследование включено 177 пациентов с псориазом в возрасте от 18 до 74 лет: 105 (59,3%) мужчин и 72 (40,7%) женщины. При включении в исследование все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Критерии включения больного в исследование: возраст от 18 до 74 лет, добровольное письменное согласие на участие в исследовании. Протокол исследования был одобрен этическим комитетом Южно-Уральского государственного медицинского университета (протокол № 8 от 08.09.2017).

Определяли следующие анамнестические данные: факт психоэмоционального перенапряжения, наличие болезней органов дыхательной системы, травм как пусковых факторов начала заболевания и обострения псориаза; текущее курение и курение в анамнезе у больных псориазом; стаж курения. Оценивали отягощенность наследственного анамнеза, длительность и тяжесть псориаза, количество обострений в год, наличие псориатического артрита и псориаза ногтей. Обследованию подлежали пациенты с псориазом, получающие генно-инженерную или ПУВА-терапию (PUVA – Psoralens + UltraViolet A).

Всем пациентам определяли степень тяжести псориаза PASI – индекс распространенности и тяжести псориаза, представляющий собой систему оценки площади поражения кожи и выраженности основных симптомов псориаза. Псориаз легкой степени тяжести устанавливали, если значение PASI составляет менее 10, средней степени тяжести – при значении PASI от 10 до 20, тяжелой степени – при значении PASI более 20.

Для диагностики избыточной массы тела и ожирения использовали индекс массы (ИМТ) на основании данных клинического обследования. При ИМТ от 25 до 29,9 диагностировали избыточную массу тела, а ожирение – при значении ИМТ ≥ 30 кг/м². Для диагностики абдоминального (висцерального) ожирения проводили измерение окружности талии у всех больных псориазом. Окружность талии ≥ 94 см у мужчин и ≥ 80 см у женщин являлась диагностическим критерием абдоминального ожирения.

У всех пациентов анализировали наличие сочетанных состояний: артериальной гипертензии,



СД 2-го типа, заболеваний желудочно-кишечного тракта, заболеваний щитовидной железы, хронического пиелонефрита, мочекаменной болезни (МКБ). Анализ полученных данных проводили с использованием пакета статистического анализа данных IBM SPSS Statistics, версия 19 (StatSoft Inc., США). Качественные переменные описывали абсолютными и относительными частотами (процентами). Количественные переменные описывали медианой (Me) с указанием интерквартильного интервала [25-й процентиль; 75-й процентиль]. Для оценки значимости различий между двумя группами по количественным переменным использовали критерий Манна – Уитни, между тремя группами – критерий Краскела – Уоллиса. При сравнении групп по качественным переменным использовали хи-квадрат или точный критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при критическом уровне значимости $\leq 0,05$. При попарных сравнениях, если нарушались условия применения критерия хи-квадрат, вводили поправку Бонферрони. Критический уровень значимости в этих случаях был принят равным 0,017 (0,05/3).

Результаты

Проведен анализ данных анамнеза у 177 больных псориазом, из которых 105 (59,6%) мужчин и 72 (40,4%) женщины, пациенты были сопоставимы по полу и возрасту. Средний возраст женщин составил 48 (39; 53) лет, мужчин – 49 (37,8; 56) лет.

Анамнестическая характеристика пациентов с псориазом молодого возраста (18–44 года), включенных в клиническое исследование, представлена в табл. 1. Психоэмоциональное перенапряжение как провоцирующий фактор дебюта псориаза было выявлено у 19 (48,7%) мужчин молодого возраста и 9 (28%) женщин этой возрастной категории. Связь дебюта заболевания с болезнями органов дыхательной системы отмечала 1 (3,2%) женщина молодого возраста. Однако у 20 (51,3%) мужчин и у 21 (67,7%) женщины дебют псориаза не был связан с какими-либо причинными факторами (табл. 1). Из пусковых факторов обострения псориаза 1 (3,2%) женщина отмечала острую респираторную вирусную инфекцию.

Факт текущего курения был у 22 (56,4%) мужчин и у 15 (48,4%) женщин молодого возраста; стаж курения: средний – 10 (0; 20) лет у мужчин и 1 (0; 16) год у женщин молодого возраста. Курение в анамнезе было выявлено у двух пациентов, из них 1 (2,6%) мужчина и 1 (3,2%) женщина. Наследственность была отягощена у 15 (21,4%) пациентов 18–44 лет, из них 10 (25,6%) мужчин и 5 (16,1%) женщин.

У 3 (4,3%) больных псориазом молодого возраста заболевание было выявлено впервые. Обострение псориаза не более одного раза в год наблюдалось у 26 (37,1%) больных псориазом молодого возраста, из них 14 (35,9%) мужчин и 12 (38,7%) женщин. Обострения два-три раза в год выявлено у 18 (25,7%) пациентов, из них 10 (25,6%) мужчин и 8 (25,8%) женщин. Обострение псориаза четыре-пять раз в год было выявлено у восьми больных 18–44 лет, чаще

у мужчин – 6 (15,4%), чем у женщин – 2 (6,5%). Непрерывно рецидивирующее течение псориаза отмечалось у 13 (18,6%) пациентов, из них мужчин – 6 (17,9%), женщин – 7 (22,6%). При клиническом осмотре пациентов 18–44 лет псориаз ногтей установлен у 27 (38,6%) пациентов с одинаковой частотой как у мужчин 15 (38,5%), так и у женщин – 12 (38,7%). Псориатический артрит чаще встречался у мужчин – 5 (12,8%), чем у женщин – 3 (9,7%) (табл. 1).

Генно-инженерную терапию получали 11 (15,7%) пациентов молодого возраста, стандартную терапию псориаза, согласно клиническим рекомендациям, с ПУВА-терапией получали 59 (84,3%) пациентов. Легкая степень тяжести псориаза была диагностирована у 4 (5,7%) больных молодого возраста, средняя – у 13 (18,6%), тяжелая – у 53 (75,7%), одинаково часто у мужчин и женщин (табл. 1).

Анамнестическая характеристика пациентов с псориазом среднего возраста (45–59 лет), включенных в клиническое исследование, представлена в табл. 2. Психоэмоциональное перенапряжение как провоцирующий фактор дебюта псориаза было выявлено у 18 (34,6%) мужчин среднего возраста и 11 (30,6%) женщин. Связь дебюта заболевания с болезнями органов дыхательной системы отмечал 1 (1,9%) мужчина и 2 (5,6%) женщины среднего возраста; с травмой – только 1 (1,9%) мужчина. У 32 (61,5%) мужчин и у 23 (63,9%) женщин дебют псориаза не был связан с какими-либо причинными факторами (табл. 2).

Факт текущего курения был у 26 (50%) мужчин и у 12 (33,3%) женщин среднего возраста; стаж курения – 24 (0; 30) года у мужчин и 0 (0; 23) – у женщин среднего возраста. Курение в анамнезе было выявлено у 10 (11,4%) пациентов 45–59 лет, из них 6 (11,5%) мужчин и 4 (11,1%) женщины. Наследственность была отягощена у 14 (15,9%) пациентов 45–59 лет, из них 8 (15,4%) мужчин и 6 (16,7%) женщин.

Впервые выявленного псориаза у больных среднего возраста не было. Обострение псориаза не более одного раза в год наблюдалось у 20 (22,7%) больных псориазом среднего возраста, из них 10 (19,2%) мужчин и 10 (27,8%) женщин. Обострение два-три раза в год выявлено у 30 (34,1%) пациентов, из них 19 (36,5%) мужчин и 11 (30,6%) женщин. Обострение псориаза четыре-пять раз в год было выявлено у 10 (11,4%) больных 45–59 лет, чаще у мужчин – 8 (15,4%), чем у женщин – 2 (5,6%). Непрерывно рецидивирующее течение псориаза отмечалось у 27 (30,7%) пациентов, из них 14 (26,9%) мужчин и 13 (36,1%) женщин. При клиническом осмотре пациентов 45–59 лет псориаз ногтей установлен у 37 (42%) пациентов, чаще у мужчин – 24 (46,2%), чем у женщин – 13 (36,1%). Псориатический артрит чаще встречался у мужчин – 15 (28,8%), чем у женщин – 5 (13,9%) (табл. 2).

Генно-инженерную терапию получали 25 (28,4%) пациентов среднего возраста, стандартную терапию псориаза, согласно клиническим рекомендациям, с ПУВА-терапией получали 63 (71,6%) пациента. Легкая степень тяжести псориаза среди больных сред-



него возраста была диагностирована у 3 (15%) пациентов, средняя – у 17 (19,3%), тяжелая – у 56 (63,6%) (табл. 2).

Анамнестическая характеристика пациентов с псориазом пожилого возраста (60–74 года), включенных в клиническое исследование, представлена в табл. 3. Психоэмоциональное перенапряжение как провоцирующий фактор дебюта псориаза было выявлено у 7 (50%) мужчин пожилого возраста и 2 (40%) женщин. Связь дебюта заболевания с болезнями органов дыхательной системы отмечалась только у 2 (14,3%) мужчин 60–74 лет. У 5 (35,7%) мужчин и у 3 (60%) женщин пожилого возраста дебют псориаза не был связан с какими-либо причинными факторами (табл. 3). Из пусковых факторов обострения псориаза у мужчин пожилого возраста 1 (7,1%) пациент отмечал психоэмоциональное перенапряжение и 1 (7,1%) – острую респираторную вирусную инфекцию. У женщин 60–74 лет не было выявлено пусковых факторов обострения псориаза.

Факт текущего курения был у 6 (42,9%) мужчин и у 2 (40%) женщин пожилого возраста. Стаж курения был достоверно выше у мужчин – 26,5 (0; 37,75) лет, чем у женщин (0; 38) пожилого возраста. Курение в анамнезе было выявлено только у 3 (21,4%) мужчин 60–74 лет. Наследственность была отягощена у 4 пациентов (21,9%), чаще у мужчин – 3 (21,4%), чем у женщин – 1 (20%).

Впервые выявленный псориаз у больных пожилого возраста был только у 1 (20%) женщины. Обострение псориаза не более одного раза в год наблюдалось у 5 (26,3%) больных псориазом пожилого возраста, из них 4 (28,6%) мужчины и 1 (20%) женщина. Обострения два-три раза в год выявлено у 5 (26,3%) пациентов, из них 4 (28,6%) мужчины и 1 (20,8%) женщина. Обострение псориаза четыре-пять раз в год было выявлено у 2 (10,5%) больных 65–74 лет: у 1 (7,1%) мужчины и 1 (20%) женщины. Непрерывно рецидивирующее течение псориаза отмечалось у 6 (31,6%) пациентов, из них 5 (35,7%) мужчин и 1 (20%) женщина. При клиническом осмотре пациентов 60–74 лет псориаз ногтей установлен у 12 (63,2%) пациентов, из них 8 (57,1%) мужчин и 4 (80%) женщины. Псориатический артрит одинаково часто встречался у мужчин – 2 (14,3%) пациента и у женщин – 1 (20%) (табл. 3).

Генно-инженерную терапию получали 6 (31,6%) пациентов пожилого возраста, стандартную терапию псориаза, согласно клиническим рекомендациям, с ПУВА-терапией получали 13 (68,4%) пациентов. Легкая степень тяжести псориаза была диагностирована у 3 (15,8%) больных пожилого возраста, средняя – у 4 (21,1%), тяжелая – у 12 (63,2%) (табл. 3).

Результаты оценки сочетанной патологии у больных псориазом по возрастным группам пациентов: молодого возраста (18–44 года), среднего возраста (45–59 лет) и пожилого возраста (60–74 года), которые были сопоставимы по полу и возрасту, представлены в табл. 4–6.

У 7 (23,3%) больных псориазом молодого возраста (18–44 года) была выявлена артериальная гипертен-

зия (АГ), из них АГ 1-й степени тяжести – у 3 (7,7%) пациентов с тяжелым псориазом, АГ 2-й степени тяжести – у 4 (57,1%) пациентов со средней степенью тяжести псориаза и 4 (13,3%) больных с тяжелым псориазом. Ожирение было выявлено у 20 (51,3%) мужчин, из них 2 (100%) больных псориазом легкой степени тяжести, 5 (71,4%) – средней степени тяжести и 13 (43,3%) больных тяжелым псориазом. Только у 29% женщин молодого возраста с псориазом тяжелой степени тяжести диагностировано ожирение (табл. 4).

В результате исследования установлено, что у мужчин молодого возраста окружность талии была достоверно выше, чем у женщин: 102 (95; 110) и 93 (79; 105) см соответственно ($p = 0,0001$). Средний ИМТ у женщин составил 29,98 (24,55; 33,77), у мужчин – 29,44 (29,98; 32,36), достоверных отличий не выявлено (табл. 4). С увеличением степени тяжести псориаза у женщин 18–44 лет достоверно увеличивалась окружность талии: при легкой степени тяжести псориаза – 74 (70; 74) см; при средней – 78 (73,25; 80,25) см, а при тяжелом псориазе – 94 (86; 105) см ($p < 0,05$). С увеличением степени тяжести псориаза наблюдалось достоверное увеличение индекса массы тела ($p < 0,017$) у молодых женщин: при легкой степени тяжести – 20,02 (18,8; 21), при средней – 23,04 (19,65; 26,52), при тяжелой – 28,7 (25,46; 34,06).

У пациентов 18–44 лет были выявлены такие сочетанные патологии, как сахарный диабет 2-го типа – у 1 (3,3%) мужчины с тяжелым псориазом, хронический гастрит – у 1 (14,3%) мужчины со среднетяжелым псориазом и 2 (6,7%) мужчин с тяжелым псориазом; диффузный нетоксический зоб – у 1 (3,3%) мужчины с тяжелым псориазом и 2 (8,7%) женщин с тяжелым псориазом; гипотиреоз – у 1 (20%) женщины с псориазом средней степени тяжести и 2 (8,7%) женщин с тяжелым псориазом (табл. 4).

У больных псориазом разной степени тяжести среднего возраста (45–59 лет) чаще, чем у молодых пациентов, выявлялась артериальная гипертензия – у 7 (63,6%) мужчин с легкой степенью тяжести, 6 (75%) мужчин со среднетяжелым и 19 (57,6%) с тяжелым псориазом. Среди женщин АГ была выявлена у меньшего количества больных: 2 (50%) с псориазом легкой степени тяжести, 4 (44,4%) – средней степени тяжести, 12 (52,2%) – с тяжелым псориазом. Достоверных отличий ИМТ у мужчин и женщин при псориазе разной степени тяжести не выявлено (табл. 5). У больных среднего возраста чаще, чем у молодых пациентов, выявлялось ожирение: среди женщин – у 8 (72,7%) с псориазом легкой степени тяжести, у 2 (25%) с псориазом средней степени тяжести, у 11 (33,3%) с тяжелым псориазом; среди мужчин – у 3 (75%) с псориазом легкой степени тяжести, у 4 (44,4%) средней степени тяжести, у 6 (69,3%) с тяжелым псориазом. Наблюдалась высокая частота встречаемости абдоминального ожирения у больных псориазом 45–59 лет (табл. 5). У больных псориазом среднего возраста чаще, чем



Таблица 1. Анамнестические характеристики пациентов с псориазом молодого возраста (18–44 года)

Показатель		Мужчины, n = 39		Женщины, n = 31		Всего, n = 70	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
		1	2	3	4	5	6
Возраст, лет, Ме (ИИ)		35 (32; 41)	-	39 (26; 42)	-	48 (39; 54)	100
Впервые выявленный псориаз		2	5,1	1	3,2	3	4,3
Провоцирующие факторы дебюта заболевания	психоэмоциональное перенапряжение	19	48,7	9	28	28	40
	болезни дыхательной системы (пневмония, тонзиллит)	0	0	1	3,2	1	1,4
	отсутствие причинных факторов	20	51,3	21	67,7	42	60
Пусковые факторы обострения псориаза	ОРВИ, ангина	0	0	1	3,2	1	1,4
	психоэмоциональное перенапряжение	0	0	0	0	0	0
Курение текущее		22	56,4	15	48,4	37	52,9
Стаж курения, лет		10 (0; 20)		1 (0; 16)		-	
Курение в анамнезе		1	2,6	1	3,2	2	2,9
Отягощенный семейный анамнез по псориазу		10	25,6	5	16,1	15	21,4
Обострение псориаза не более одного раза в год		14	35,9	12	38,7	26	37,1
Обострение псориаза два-три раза в год		10	25,6	8	25,8	18	25,7
Обострение псориаза четыре-пять раз в год		6	15,4	2	6,5	8	11,4
Непрерывно рецидивирующее течение псориаза		6	17,9	7	22,6	13	18,6
Псориатический артрит		5	12,8	3	9,7	8	11,4
Псориаз ногтей		15	38,5	12	38,7	27	38,6
Факт применения генно-инженерной терапии		7	17,9	4	12,9	11	15,7
Факт применения ПУВА-терапии		32	82,1	27	87,1	59	84,3
Легкая степень тяжести псориаза (PASI < 10)		2	5,1	2	6,5	4	5,7
Средняя степень тяжести псориаза (PASI 10–20)		7	17,9	6	19,4	13	18,6
Тяжелая степень тяжести псориаза (PASI > 20)		30	76,9	23	74,2	53	75,7

Примечание. Здесь и далее в таблицах: цифры 1–6 – группы сравнения при определении р (достоверности); ИИ – интерквартильный интервал; ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция.

Таблица 2. Анамнестические характеристики пациентов с псориазом среднего возраста (45–59 лет)

Показатель		Мужчины, n = 52		Женщины, n = 36		Всего, n = 88	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
		1	2	3	4	5	6
Возраст, лет, Ме (ИИ)		51 (48; 55)	-	51 (49; 54)	-	48 (39; 54)	100
Провоцирующие факторы дебюта заболевания	психоэмоциональное перенапряжение	18	34,6	11	30,6	29	33
	травма	1	1,9	0	0	1	1,1
	болезни дыхательной системы (пневмония, тонзиллит)	1	1,9	2	5,6	3	3,4
	отсутствие причинных факторов	32	61,5	23	63,9	55	62,5
Курение текущее		26	50	12	33,3	38	43,2
Стаж курения, лет		24 (0; 30)	0 (0; 23)	-			
Курение в анамнезе		6	11,5	4	11,1	10	11,4
Отягощенный семейный анамнез по псориазу		8	15,4	6	16,7	14	15,9
Обострение псориаза не более одного раза в год		10	19,2	10	27,8	20	22,7
Обострение псориаза два-три раза в год		19	36,5	11	30,6	30	34,1



Продолжение табл. 2

Обострение псориаза четыре-пять раз в год	8	15,4	2	5,6	10	11,4
Непрерывно рецидивирующее течение псориаза	14	26,9	13	36,1	27	30,7
Псориатический артрит	15	28,8	5	13,9	20	22,7
Псориаз ногтей	24	46,2	13	36,1	37	42
Факт применения генно-инженерной терапии	16	30,8	9	25	25	28,4
Факт применения ПУВА-терапии	36	69,2	27	75	63	71,6
Легкая степень тяжести псориаза (PASI < 10)	10	19,2	4	11,1	14	15,9
Средняя степень тяжести псориаза (PASI 10–20)	8	15,4	9	25	17	19,3
Тяжелая степень тяжести псориаза (PASI > 20)	33	63,5	23	63,9	56	63,6

Таблица 3. Анамнестические характеристики пациентов с псориазом пожилого возраста (60–74 года)

Показатель		Мужчины, n = 14		Женщины, n = 5		Всего, n = 19	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
		1	2	3	4	5	6
Возраст, лет, Ме (ИИ)		62,5 (61; 63,25)	-	63 (60,5; 66)	-	62 (61; 65)	100
Впервые выявленный псориаз		0	0	1	20	1	5,3
Провоцирующие факторы дебюта заболевания	Психоэмоциональное перенапряжение	7	50	2	40	9	47,4
	Болезни дыхательной системы (пневмония, тонзиллит)	2	14,3	0	0	2	10,5
	Отсутствие причинных факторов	5	35,7	3	60	8	42,1
Пусковые факторы обострения псориаза	ОРВИ	1	7,1	0	0	1	5,3
	Психоэмоциональное перенапряжение	1	7,1	0	0	1	5,3
Курение текущее		6	42,9	2	40	8	42,1
Стаж курения, лет		26,5 (0; 37,75)		0 (0;38) $p_{1-3} = 0,032$		-	
Курение в анамнезе		3	21,4	0	0	3	15,8
Отягощенный семейный анамнез по псориазу		3	21,4	1	20	4	21,9
Обострение псориаза не более одного раза в год		4	28,6	1	20	5	26,3
Обострение псориаза два-три раза в год		4	28,6	1	20	5	26,3
Обострение псориаза четыре-пять раз в год		1	7,1	1	20	2	10,5
Непрерывно рецидивирующее течение псориаза		5	35,7	1	20	6	31,6
Псориатический артрит		2	14,3	1	20	3	15,8
Псориаз ногтей		8	57,1	4	80	12	63,2
Факт применения генно-инженерной терапии		5	35,7	1	20	6	31,6
Факт применения ПУВА-терапии		9	64,3	4	80	13	68,4
Легкая степень тяжести псориаза (PASI < 10)		3	21,4	0	0	3	15,8
Средняя степень тяжести псориаза (PASI 10–20)		2	14,3	2	40	4	21,1
Тяжелая степень тяжести псориаза (PASI > 20)		9	64,3	3	60	12	63,2

Примечание. Жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

у более молодых пациентов, встречались такие заболевания, как СД 2-го типа, хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Хронический холецистит чаще встречался у мужчин среднего возраста, а желчнокаменная болезнь – только у женщин (табл. 5). У мужчин среднего возраста чаще, чем у женщин, встречал-

ся хронический холецистит: у 3 (27,3%) мужчин с легким течением псориаза, у 1 (12,5%) средней степени тяжести и у 1 (3%) с тяжелым псориазом. Только у 1 (11,1%) женщины с псориазом средней степени тяжести и 3 (13%) женщин с тяжелым псориазом был выявлен хронический холецистит в анамнезе. Диффузный нетоксический зоб, ауто-



Таблица 4. Сочетанная патология у больных псориазом молодого возраста (18–44 года) легкой, средней и тяжелой степени тяжести

Сочетанная патология	Мужчины, n = 39						Женщины, n = 31					
	Степень тяжести псориаза						Степень тяжести псориаза					
	легкая, n = 2		средняя, n = 7		тяжелая, n = 30		легкая, n = 2		средняя, n = 6		тяжелая, n = 23	
	1		2		3		4		5		6	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
АГ	0	0	4	57,1	7	23,3	0	0	0	0	5	21,7
АГ 1-й степени	0	0	0	0	3	10	0	0	0	0	1	4,3
АГ 2-й степени	0	0	4	57,1	4	13,3	0	0	0	0	3	13
ИМТ	29,44 (29,98; 32,36)						29,98 (24,55; 33,77)					
	32,4 (31,2; 33)		30,2 (24,6; 38)		29,3 (26,1; 34,2)		20,02 (18,8; 21) p_{4,6} = 0,027		23,04 (19,65; 26,52)		28,7 (25,46; 34,06) p_{4,6} = 0,007 p_{5,6} = 0,015	
Ожирение	2	100	5	71,4	13	43,3	0	0	0	0	9	39,1
Избыточный вес, кг	0	0	0	0	9	30	0	0	1	16,7	9	39,1
Нормальный вес, кг	0	0	2	28,6	6	20	1	50	5	83,3	4	17,4 p_{4,6} = 0,003
Абдоминальное ожирение	2	100	6	85,7	22	73,3	0	0	1	16,7	17	73,9 p_{4,6} = 0,005
Окружность талии, см	102 (95; 110)						93 (79; 105) p_{муж.-жен.} = 0,0001					
	112 (110; 112)		106 (95; 128)		102 (94; 112)		74 (70; 74)		78 (73,25; 80,25) p_{5,6} = 0,012		94 (86; 105) p_{4,6} = 0,012	
СД 2-го типа	0	0	0	0	1	3,3	0	0	0	0	1	4,3
Хронический гастрит	0	0	1	14,3	2	6,7	0	0	0	0	5	21,7
Диффузный нетоксический зоб	0	0	0	0	1	3,3	0	0	0	0	2	8,7
Гипотиреоз	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16,7	2	8,7

Примечание. Жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Таблица 5. Сочетанная патология у больных псориазом среднего возраста (45–59 лет) легкой, средней и тяжелой степени тяжести

Сочетанная патология	Мужчины, n = 52						Женщины, n = 36					
	Степень тяжести псориаза						Степень тяжести псориаза					
	легкая, n = 11		средняя, n = 8		тяжелая, n = 33		легкая, n = 4		средняя, n = 9		тяжелая, n = 23	
	1		2		3		4		5		6	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
АГ	7	63,6	6	75	19	57,6	2	50	4	44,4	12	52,2
АГ 1-й степени	4	36,4	0	0	3	9,1	0	0	1	11,1	1	4,3
АГ 2-й степени	3	27,3	5	62,5	15	45,5	2	50	2	22,2	11	47,8
АГ 3-й степени	1	9,1	1	12,5	1	3	0	0	0	0	0	0
ИМТ	30,19 (28,4; 30,35)		27,43 (25,8; 32,7)		28,73 (25,86; 30,85)		31,83 (23,69; 33,54)		27,77 (23,05; 35,06)		31,25 (28,34; 34,21)	
Ожирение	8	72,7	2	25	11	33,3	3	75	4	44,4	16	69,6
Избыточный вес	3	27,3	4	50	14	42,4	0	0	2	22,2	3	13
Нормальный вес	0	0	1	12,5	4	12,1	1	25	4	44,4	5	21,7
Окружность талии, см	104 (101; 108)		98 (93,5; 117)		99 (93; 108)		100,5 (79; 107,75)		82 (79; 107)		101 (88; 108)	
Абдоминальное ожирение	10	90,9	7	87,5	25	75,8	3	75	5	55,6	21	91,3
СД 2-го типа	2	18,2	2	25	3	9,1	0	0	1	11,1	3	13
Хронический гастрит	3	27,3	1	12,5	5	15,2	2	50	2	22,2	4	17,4
Язвенная болезнь желудка	0	0	2	25	2	6,1	0	0	0	0	2	8,7



Продолжение табл. 5

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	1	9,1	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Жировой гепатоз	1	9,1	0	0	0	0	1	25	0	0	1	4,3
Желчнокаменная болезнь	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11,1	1	4,3
Хронический холецистит	3	27,3	1	12,5	1 p ₁₋₃ = 0,046	3	0	0	1	11,1	3	13
Диффузный нетоксический зоб, аутоиммунный тиреоидит	1	9,1	0	0	2	6,1	0	0	0	0	5	21,7
Гипотиреоз	2	18,2	0	0	2	6,1	1	25	0	0	2	8,7
Хронический пиелонефрит	0	0	2	25	2	6,1	0	0	0	0	1	4,3
МКБ	0	0	0	0	1	3	1	25	0	0	0	0
ИБС	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	4,3
Облитерирующий атеросклероз	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
Инфаркт миокарда	1	9,1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
ОНМК в анамнезе	0	0	0	0	2	6,1	0	0	0	0	0	0

Примечание. Жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Таблица 6. Сочетанная патология у больных псориазом пожилого возраста (60–74 года) легкой, средней и тяжелой степени тяжести

Сочетанная патология	Мужчины, n = 14						Женщины, n = 5					
	Степень тяжести псориаза						Степень тяжести псориаза					
	легкая, n = 3		средняя, n = 2		тяжелая, n = 9		легкая, n = 0		средняя, n = 2		тяжелая, n = 3	
	1		2		3		4		5		6	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
АГ	3	100	2	100	7	77,8	0	0	2	100	3	100
АГ 1-й степени	0	0	0	0	1	11,1	0	0	2	100	1	33,3
АГ 2-й степени	2	66,7	2	100	6	66,7	0	0	0	0	2	66,7
АГ 3-й степени	1	33,3	0	0	1	11,1	0	0	0	0	0	0
ИМТ	32,6 (31,14; 33,3)		31,02 (28,38; 33,66)		24,68 (22; 32,08)		-		27 (20,55; 33,45)		32,4 (32,05; 32,6)	
Ожирение	3	100	1	50	4	44,4	0	0	1	50	3	100
Избыточный вес	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
Нормальный вес	0	0	0	0	4	44,4	0	0	1	50	3	100
Окружность талии, см	104 (98; 110)		111 (103; 119)		102 (96,5; 112)		-		92 (69; 115)		104 (95; 116)	
Абдоминальное ожирение	3	100	2	100	7	77,8	0	0	1	50	3	100
СД 2-го типа	1	33,3	0	0	2	22,2	0	0	1	50	0	0
Хронический гастрит	3	100	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
				$p_{1-3} = 0,002$								
Жировой гепатоз	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Хронический холецистит	1	33,3	1	50	1	11,1	0	0	0	0	0	0
Диффузный нетоксический зоб, аутоиммунный тиреоидит	3	100	0	0	2	22,2	0	0	0	0	1	33,3
						$p_{1-3} = 0,041$						
Хронический пиелонефрит	0	0	0	0	1	11,1	0	0	0	0	0	0
МКБ	2	66,7	1	50	1	11,1	0	0	0	0	0	0
ИБС	0	0	1	50	1	11,1	0	0	0	0	0	0
Облитерирующий атеросклероз	1	33,3	0	0	1	11,1	0	0	0	0	0	0

Примечание. Жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.



иммунный тиреоидит и гипотиреоз, хронический пиелонефрит чаще встречались при тяжелом псориазе среди средней возрастной группы (табл. 5). Ишемическая болезнь сердца, облитерирующий атеросклероз, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и инфаркт миокарда в анамнезе встречались только у мужчин.

У больных псориазом пожилого возраста (60–74 года) распространена артериальная гипертензия: она зафиксирована у 100% мужчин с псориазом легкой и средней степени тяжести, у 66,7% женщин с псориазом средней степени тяжести и 100% женщин с тяжелым псориазом (табл. 6). Ожирение наблюдалось у 100% больных мужчин с псориазом легкой степени тяжести и у 100% женщин с тяжелым псориазом. У 1 (50%) мужчины и у 1 (50%) женщины с псориазом средней степени тяжести, а также у 44,4% мужчин с тяжелым псориазом диагностировано ожирение. Увеличивается индекс массы тела у больных псориазом пожилого возраста по сравнению с пациентами моложе 60 лет – до 32,6 (31,44; 33,3) у мужчин с легкой степенью тяжести псориаза и до 32,4 (32,05; 32,6) у женщин с тяжелым псориазом. Достоверно чаще встречался хронический гастрит у мужчин с легким и тяжелым течением псориаза ($p = 0,002$). Жировой гепатоз был выявлен у одного мужчины пожилого возраста с легким течением псориаза. Хронический холецистит был выявлен только у мужчин (табл. 6).

В пожилом возрасте чаще выявлялся СД 2-го типа. Диффузный нетоксический зоб и аутоиммунный тиреоидит достоверно чаще выявлялись у мужчин с легким течением (у 100% больных) и тяжелым течением (у 22,2% пациентов) псориаза ($p = 0,041$). У мужчин 60–74 лет наблюдались хронический пиелонефрит, МКБ, ИБС, облитерирующий атеросклероз (табл. 6). У женщин этих заболеваний отмечено не было.

Обсуждение

На сегодняшний день псориаз рассматривают как хроническое заболевание мультифакториального генеза, приводящее к повышенному риску развития и ухудшению течения ряда заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, ожирение, метаболический синдром, депрессия и др. [12].

Не вызывает сомнений связь дебюта и обострения псориаза со стрессовыми факторами, инфекционными агентами. В результате проведенного клинического исследования выявлены важнейшие пусковые факторы дебюта и обострений псориаза у больных

Челябинской области, такие как психоэмоциональное перенапряжение, болезни дыхательной системы, травмы. Факт курения чаще встречался у мужчин. Стаж курения был достоверно больше у мужчин, чем у женщин. Псориазический артрит у больных псориазом мужчин старше 45 лет встречался чаще, чем у женщин и пациентов молодого возраста. Генно-инженерную терапию чаще получали пациенты среднего и пожилого возраста, что связано с увеличением тяжести псориаза по сравнению с больными молодого возраста.

Высокая распространенность ожирения, метаболических нарушений, сочетанной патологии при псориазе подтверждается многими клиническими исследованиями.

У больных псориазом Челябинской области среднего и пожилого возраста по сравнению с молодыми пациентами были выше ИМТ и окружность талии, чаще регистрировалось абдоминальное ожирение. У молодых мужчин (18–44 года) абдоминальное ожирение встречалось чаще, чем у женщин того же возраста. Наблюдалось достоверное увеличение ИМТ ($p < 0,017$) у молодых женщин с увеличением степени тяжести псориаза.

С увеличением степени тяжести псориаза и возраста пациентов увеличивалась частота выявления сочетанной патологии: артериальной гипертензии, ожирения, заболеваний желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы, СД 2-го типа, заболеваний печени, почек, сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение

Таким образом, в Челябинской области важнейшими триггерными факторами возникновения и обострения псориаза являются психоэмоциональное перенапряжение, болезни дыхательной системы. Псориазический артрит встречался чаще у мужчин старше 45 лет. Абдоминальное ожирение у мужчин молодого возраста встречалось чаще, чем у женщин, и прогрессировало с увеличением возраста больных псориазом. У больных тяжелой степени тяжести увеличивалась частота встречаемости ожирения, АГ, СД и других заболеваний. Сочетанная патология оказывает существенное влияние на течение псориаза и ассоциируется с более тяжелыми проявлениями заболевания. Врачам-дерматовенерологам следует обращать более пристальное внимание на триггерные факторы обострения псориаза и учитывать влияние сочетанных патологий при ведении пациентов, особенно со средней и тяжелой степенью тяжести псориаза. ●

Литература

1. Торшина И.Е., Зирчик А.А., Буддакова М.В. Сочетанная патология: клинические наблюдения витилиго у больных псориазом. Клиническая дерматология и венерология. 2019; 18 (3): 295–298.
2. Круглова Л.С., Руднева Н.С., Егоян Г.Г. Вопросы применения гепатопротекторов при псориазе: показания и эффективность. Медицинский алфавит. 2022; 8: 61–66.
3. Нефедьева Ю.В., Зиганшин О.Р., Захарова М.А. и др. Современные особенности иммунопатогенеза псориаза на примере клинического случая. Южно-Уральский медицинский журнал. 2023; 1: 27–33.



4. Нефедьева Ю.В., Зиганшин О.Р. Опыт терапии псориаза гепатопротектором. Южно-Уральский медицинский журнал. 2021; 2: 61–67.
5. Шишкин А.Н., Николаева А.А. Артериальная гипертензия у пациентов с псориазом и псориатическим артритом. Артериальная гипертензия. 2021; 28 (1): 6–16.
6. Маркелова Е.И., Коротаева Т.В., Новикова Д.С. и др. Распространенность метаболического синдрома у больных псориатическим артритом: его связь с воспалением и субклиническим атеросклерозом. Научно-практическая ревматология. 2016; 54 (прил. 1): 20–24.
7. Притуло О.А., Рычкова И.В. Современные представления о патогенезе псориаза. Таврический медико-биологический вестник. 2017; 20 (1): 141–153.
8. Коротаева Т.В., Новикова Д.С., Логинова Е.Ю. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных псориатическим артритом. Терапевтический архив. 2016; 5: 102–106.
9. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Эпидемиология псориаза в Российской Федерации (по данным регистра). Вестник дерматологии и венерологии. 2022; 98 (1): 33–41.
10. Баткаева Н.В., Баткаев Э.А., Гитинова М.М. и др. Особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных с тяжелыми и средне-тяжелыми формами псориаза. Вестник РУДН. Серия Медицина. 2018; 22 (1): 92–101.
11. Дрождина М.Б., Суслова Е.В. Иммунный ответ при атопическом дерматите. Основные патогенетические механизмы и корреляции стадийности в возрастном аспекте. Взаимосвязь с системными процессами дерматологического и недерматологического профиля. Медицинская иммунология. 2021; 23 (2): 237–244.
12. Сидоренко О.А., Дударева В.А., Олейникова В.Д., Сидоренко Е.Е., Дядикова И.Г., Рябыш О.Е. Способы оценки нутритивного статуса при псориазе (на примере лиц мужского пола среднего возраста с избытком массы тела). Южно-Уральский медицинский журнал. 2023; (4): 24–35.

Assessment of the Occurrence of Comorbid Pathology in Psoriasis of Varying Severity

Yu.V. Nefedeva, PhD¹, Yu.S. Shishkova, PhD, Prof.¹, O.R. Ziganshin, PhD, Prof.^{1,2}

¹ South Ural State Medical University, Chelyabinsk

² Chelyabinsk Regional Clinical Skin and Venereal Diseases Dispensary

Contact person: Yulia V. Nefedeva, women200681@mail.ru

Combined pathology is an extended group that includes pathological changes of any rank in various systems and organs that occur both in one (systemic) disease and in several interrelated or completely independent diseases.

Epidemiological studies show that patients with psoriasis, compared to the general population, more often suffer from such combined pathologies as inflammatory diseases of the joints and intestines, atherosclerosis, arterial hypertension, diabetes mellitus, obesity, non-alcoholic fatty liver disease, and others. The high prevalence of metabolic disorders such as dyslipidemia and abdominal obesity in psoriasis increases the risk of developing cardiovascular diseases and reduces the life expectancy of patients compared to the general population.

The aim of the study was to investigate the features of anamnestic data, combined pathology and clinical course in patients with psoriasis of varying severity, treated at the State Budgetary Healthcare Institution “Chelyabinsk Regional Clinical Skin and Venereal Diseases Dispensary”.

Material and methods. *The data of anamnestic data, combined pathology and clinical examination were studied in 177 patients with psoriasis at the State Budgetary Healthcare Institution “Chelyabinsk Regional Clinical Skin and Venereal Diseases Dispensary”.*

Results. *The most significant trigger factor for the debut of psoriasis in the examined patients of all age groups is psychoemotional overstrain. Smoking was more often detected in men. The smoking history was higher than in women. In men over 45 years of age, psoriatic arthritis was more common than in women. With increasing age of patients, the body mass index and waist circumference increased. In young men, abdominal obesity was more common than in women of the same age. There was a significant increase in the body mass index ($p < 0.017$) of young women with increasing severity of psoriasis. With increasing severity of psoriasis and age of patients, the frequency of detection of arterial hypertension, obesity, diseases of the gastrointestinal tract, liver, kidneys, thyroid gland, diabetes mellitus type 2 increased.*

Conclusions. *In patients with psoriasis of the Chelyabinsk region, features of anamnestic data, combined pathology and clinical course of the disease were revealed, allowing to prevent exacerbations taking into account trigger factors. The study confirms the need for a multidisciplinary approach to the management of patients with psoriasis, correction of obesity, arterial hypertension, metabolic disorders.*

Keywords: *psoriasis, combined pathology, arterial hypertension, obesity*