

ОСОБЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПОЛИОРГАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ

Т.З. Аликбаев^{1,2*}, К.И. Разнатовский¹, С.А. Сайганов¹, П.Н. Кислый³¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург² Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург³ ГБУЗ ЛО «Гатчинская клиническая межрайонная больница», Ленинградская область, Гатчина

FEATURES OF CONCOMITANT MULTIPLE ORGAN PATHOLOGY IN PSORIASIS

T.Z. Alikbaev^{1,2*}, K.I. Raznatovskiy¹, S.A. Saiganov¹, P.N. Kislyy³¹ I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint-Petersburg, Russia² Saint Petersburg State University, Pirogov Clinic of High Medical Technologies, Saint-Petersburg, Russia³ Gatchina Clinical Interdistrict Hospital, Leningrad region, Russia

*E-mail: talikbaev@mail.ru

Аннотация

Пациент с рецидивирующим псориазом в сочетании с сопутствующей и коморбидной патологией относится к категории высокого или очень высокого риска. В перспективе цель лечения псориаза – остановить воспалительное повреждение, а также снизить коморбидные и сопутствующие заболевания. **Цель исследования** – выявление комбинаций коморбидной и сопутствующей патологий у пациентов с псориазом. **Материалы и методы.** Проведено ретроспективное (n = 9 033) и проспективное исследования (n = 205) пациентов с псориазом. Оценена превалентность (распространенность) сопутствующих и коморбидных заболеваний. Для установления наличия функциональной взаимосвязи псориаза с гипертонической болезнью использован метод отношения шансов. **Результаты.** Выявлена высокая превалентность полиморбидной патологии. Установлено преобладание сердечно-сосудистой патологии (507.3) по сравнению с заболеваниями костно-мышечной системы (380.5), желудочно-кишечного тракта (322.0) и эндокринной системы (287.8). Наиболее распространенными комбинациями коморбидной и сопутствующей патологий являются: псориаз + гипертоническая болезнь (при этом у каждого пятого пациента встречаются ишемическая болезнь сердца, гастрит, псориатический артрит и ожирение) псориаз + псориатический артрит в сочетании с сердечно-сосудистой патологией; псориаз + гастрит (при этом у каждого второго пациента в сочетании с гипертонической болезнью). **Заключение.** Наличие функциональной взаимосвязи у пациентов молодого возраста комбинаций: псориаз + псориатический артрит, псориаз + ожирение и псориаз + сахарный диабет с гипертонической болезнью позволяет предполагать единый патогенетический механизм воспалительного процесса и необходимость ранней профилактики сердечно-сосудистой патологии у пациентов при данных комбинациях.

Ключевые слова: псориаз, коморбидные и сопутствующие заболевания, сердечно-сосудистая патология, псориатический артрит.

Abstract

A patient with recurrent psoriasis, combined with concomitant and comorbid pathology, is in the category of high or very high risk. In the long term, the aim of psoriasis management is to eradicate inflammatory damage and reduce comorbid and concomitant diseases. **Purpose.** To identify combinations of comorbid and concomitant pathologies in patients with psoriasis. **Materials and methods.** Retrospective (n = 9 033) and prospective (n = 205) studies of patients with psoriasis were conducted. The prevalence of concomitant and comorbid diseases was assessed. To establish the presence of functional relationship between psoriasis and hypertension, the odds ratio method was used. **Results.** A high incidence of polymorbid pathology has been revealed. The predominance of cardiovascular pathology (507.3) compared to diseases of musculoskeletal system (380.5), gastrointestinal tract (322.0) and endocrine system (287.8) was found out. The most common combinations of comorbid and concomitant pathologies were: psoriasis + hypertension when every fifth patient has coronary heart disease, gastritis, psoriatic arthritis and obesity; psoriasis + psoriatic arthritis, in combination with cardiovascular pathology; psoriasis + gastritis when every second patient has hypertension. **Conclusion.** The revealed functional relationship of combinations – psoriasis + psoriatic arthritis, psoriasis + obesity and psoriasis + diabetes mellitus with hypertension – in young patients suggests a single pathogenetic mechanism of the inflammatory process which requires early preventive measures against cardiovascular pathology in patients with such combinations.

Key words: psoriasis, comorbid and concomitant diseases, cardiovascular pathology, psoriatic arthritis.

Ссылка для цитирования: Аликбаев Т.З., Разнатовский К.И., Сайганов С.А., Кислый П.Н. Особенности сопутствующей полиорганной патологии при псориазе. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2025; 1: 73–79.

Введение

Среди дерматозов псориаз вызывает особый интерес у исследователей, как наиболее распространенное хроническое рецидивирующее заболевание, в основе патогенеза которого лежит воспалительный процесс, сопровождающийся освобождением провоспалительных цитокинов и необратимым повреждением различных тканей и органов [1, 2].

Неслучайно многие авторы [3, 4] считают более правильным характеризовать данный дерматоз как псориагическую болезнь. При этом поражение кожи представляет собой итог воспалительного процесса, сопровождающегося развитием сложных метаболических и патоиммунных механизмов с сочетанием сопутствующих и коморбидных заболеваний. Высокая распространенность коморбидности отмечается именно среди пациентов с псориазом по сравнению с общей популяцией [5, 6].

Пациент с рецидивирующим псориазом при наличии полиорганной патологии, как правило, относится к категории высокого или очень высокого риска, поэтому необходимо представлять прогноз заболеваний, который является основой формирования плана лечебных и профилактических мероприятий.

Согласно современным алгоритмам лечения пациентов с псориазом, препаратами первой линии при среднетяжелых и тяжелых формах заболевания являются базовые противовоспалительные (цитостатические) препараты, длительное применение которых может приводить к повышенному риску органной токсичности. Виду высокой «дисперсии» действия данных лекарственных препаратов – отсутствие таргетности, применение таких лекарственных средств может быть ограничено и неэффективно у пациентов с сопутствующими и коморбидными заболеваниями [1, 7]. В то же время применение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) у пациентов с псориазом позволило достичь высокой эффективности, а также безопасности при длительном назначении [8, 9]. Основные группы ГИБП при псориазе: ингибиторы ФНО- α , ИЛ-12/23, ИЛ-17, ИЛ-23,

а также малые молекулы (поколение селективных иммунодепрессантов) [10].

Адекватно назначенная схема лечения пациентов с псориазом, особенно при наличии коморбидных заболеваний, должна учитывать большое количество факторов: тяжесть псориаза, учет сопутствующих заболеваний, предшествующую применяемую терапию, индивидуальную непереносимость и другие [11]. По причине системности псориаза цель терапии заболевания должна быть направлена на борьбу с системным воспалением, предотвращение потенциального поражения органов-мишеней, остановку существующего воспалительного повреждения, а также признаков и симптомов коморбидных и сопутствующих заболеваний [1]. В связи с этим исключительный интерес представляет проблема раннего прогноза индивидуальных особенностей течения системного воспалительного процесса у пациента с псориазом для персонализированного подбора терапии.

Цель исследования – выявление распространенных комбинаций коморбидной и сопутствующей патологий у пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами псориаза.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное сравнительное открытое многоцентровое исследование на базе трех медицинских учреждений, оказывающих специализированную стационарную медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология». В исследование включены 9033 пациента с установленным диагнозом «псориаз», из которых 5 525 пациентов проходили лечение в Санкт-Петербургском городском кожно-венерологическом диспансере (учреждение 1), 2 127 пациентов – в ЛеноблЦентре (учреждение 2) и 1 381 пациент – на базе Научно-исследовательского института медицинской микологии им. П.Н. Кашкина (учреждение 3).

Выкопировка сведений о сопутствующих заболеваниях осуществлялась из медицинской карты стационарного больного (ф. № 003/у). В базу данных для оценки сопутствующих и коморбидных заболеваний, ассоциированных с псориазом, включили сведения о 1381 пациенте за период 2013–2017 гг., проходивших лечение и наблюдение на базе учреждения 3.

Возрастной профиль пациентов представлен на рис. 1.

Половозрастная характеристика пациентов свидетельствует об обращении за специализированной медицинской помощью лиц трудоспособного возраста в возрасте 41–49 лет, преимущественно мужчин (более 60%). Медиана возраста пациентов в учреждении 1 составляла 41 [Q1 25; Q3 58] год, в учреждениях 2 и 3 – 44 [Q1 27; Q3 61] и 49 [Q1 33; Q3 64] лет соответственно. Формы псориаза, диагностированные у пациентов учреждений 1, 2 и 3, представлены в табл. 1.

Для решения задач исследования, кроме ретроспективного анализа по медицинским картам, выполнено многоцентровое контролируемое открытое проспективное сравнительное клиническое исследование продолжительностью 56 дней с участием 205 пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами псориа-

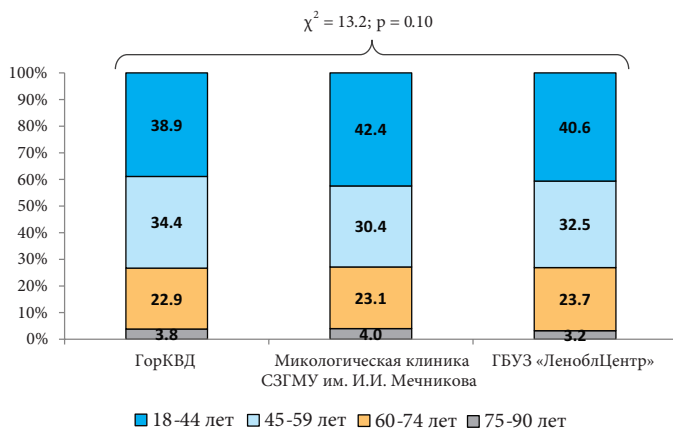


Рис. 1. Анализ профиля пациентов с псориазом по возрасту

Формы псориаза у пациентов с псориазом трех медицинских учреждений, абс (%)

Форма псориаза	Количество пациентов в учреждениях		
	1 (n = 5525)	2 (n = 2127)	3 (n = 1381)
Псориаз обыкновенный	4564 (82.6)	1738 (81.7)	1007 (72.9)
Псориаз артропатический	591 (10.7)	296 (13.9)	297 (21.5)
Пустулез ладонный и подошвенный	144 (2.6)	38 (1.8)	30 (2.2)
Другой псориаз	143 (2.6)	40 (1.9)	25 (1.8)
Генерализованный пустулезный псориаз, псориаз каплевидный и акродерматит стойкий	83 (1.5)	15 (0.7)	22 (1.6)

Таблица 1

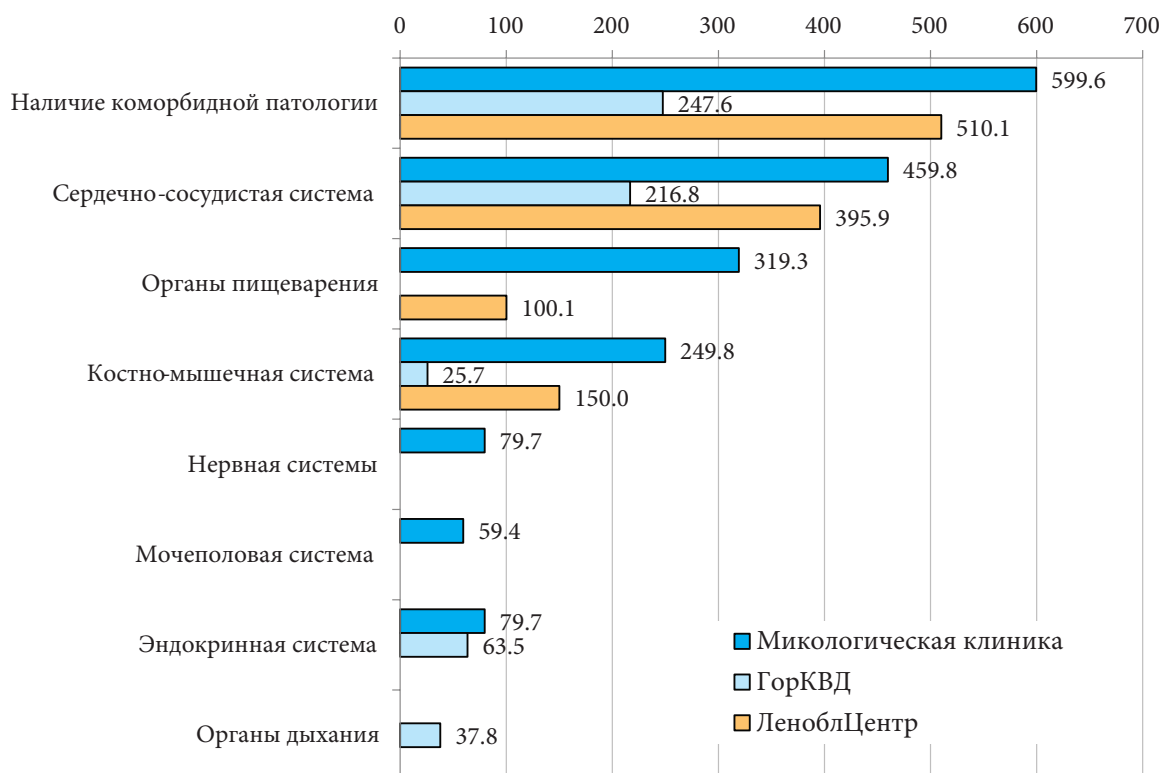


Рис. 2. Распространенность коморбидных и сопутствующих заболеваний у пациентов с псориазом, наблюдавшихся в медучреждениях

аза (Me возраста 48 [Q1 37; Q3 60] лет) на базе учреждения 3 и Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета (учреждение 4).

Распространенность и тяжесть поражения кожного покрова при псориазе оценивали по индексу PASI (Me 20 [Q1 14; Q3 25]), площадь поражения – по индексу BSA (Me 23% [Q1 17; Q3 29]).

Оптимальным показателем при оценке бремени заболевания на систему здравоохранения является превалентность. Превалянтность позволяет оценить вероятность наличия заболевания в определенный промежуток времени и выражает число всех лиц, страдающих данной болезнью (не только новые случаи) в течение некоторого периода, деленное на общее число лиц, подверженных риску заболеть этой же болезнью за тот же период [12].

Превалянтность рассчитывали по формуле: *число людей в популяции, страдающих болезнью в течение указанного периода* $\times$ 1000, *деленное на число людей в популяции, подверженных риску развития болезни за тот же период*.

Проведена оценка превалянтности сопутствующих и коморбидных заболеваний у группы пациентов с псориазом за период наблюдения.

Для установления наличия функциональной взаимосвязи псориаза с гипертонической болезнью, как наиболее распространенной нозологией среди обследуемой группы, использован метод отношения шансов, который является исходом логистического регрессионного анализа и позволяет ответить на вопрос: является ли псориаз в сочетании с другими нозологиями риском возникновения гипертонической болезни?

Для оценки шансов возникновения гипертонической болезни проведен анализ на выборке пациентов возрастной группы

18–44 года, подверженных наименьшему риску возникновения сердечно-сосудистой патологии, связанной с возрастом. Для бинарных предикторных переменных отношение шансов является дробью, в числителе которой находятся шансы появления события в одной группе, а в знаменателе – шансы его появления в другой группе [12].

Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью методов статистики (параметрические и непараметрические) в пакетах прикладных программ Statistica 10.

Результаты

Одной из причин частой госпитализации пациентов с псориазом является обострение основного заболевания, необходимость коррекции тактики ведения с учетом наличия полиморбидной патологии.

За пятилетний период наблюдения доля пациентов с псориазом и сопутствующими заболеваниями, получивших лечение в учреждении 3, составляла 599.6 на 1 000, в учреждении 1 – 246.7 на 1 000 и в учреждении 2 – 510.1 на 1 000. При оценке распространенности полиморбидности лидирующими в трех клиниках были заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) (от 460 до 217 на 1 000 населения), пищеварительной (ПС) (от 319 до 100 на 1 000 населения) и костно-мышечной систем (КМС) (от 250 до 26 на 1 000 населения). Прочие нозологии эндокринной, нервной, мочеполовой и дыхательной систем встречались у 80–38 человек на 1000 населения (рис. 2).

Результаты углубленного ретроспективного анализа установленных диагнозов соматической патологии больных псориазом, находившихся на лечении в учреждении 3 (1381 человек), свидетельствуют о высокой частоте встречаемости полиорганной патологии у 60% пациентов. Первые три места по частоте

Встречаемость сопутствующей и коморбидной патологий у пациентов группы наблюдения (n = 205), абс (%)

Система организма	Количество	Мужчины (n = 113)			Женщины (n = 91)		
		18–44 года (n = 58)	45–59 лет (n = 35)	60–90 лет (n = 20)	18–44 года (n = 34)	45–59 лет (n = 25)	60–90 лет (n = 33)
Сердечно-сосудистая	104 (51)	10 (17)	23 (66)	19 (95)	7 (21)	14 (56)	31 (94)
Костно-мышечная	84 (41)	21 (36)	15 (43)	6 (30)	16 (43)	8 (32)	18 (56)
Пищеварительная	66 (32)	11 (19)	12 (34)	9 (45)	8 (24)	6 (24)	20 (61)
Эндокринная	59 (29)	10 (17)	7 (20)	8 (40)	9 (26)	9 (36)	16 (49)
Мочеполовая	33 (16)	3 (5)	6 (17)	3 (15)	5 (15)	3 (12)	12 (36)

встречаемости сопутствующей патологии занимали болезни ССС (46%), пищеварительной системы (32%) и КМС (25%). Болезни нервной и эндокринной систем встречались в 8%, мочеполовой – в 6% случаев.

Следует отметить, что заболевания ССС преимущественно были представлены диагнозами гипертоническая болезнь – 78% и ишемическая болезнь сердца – 18% случаев, сочетание данных нозологий отмечено у каждого пятого пациента.

Среди заболеваний пищеварительной системы чаще всего (у 43% пациентов) встречалась патология желудка и двенадцатиперстной кишки, 36% пациентов имели патологию гепатобилиарной системы, на вирусные гепатиты и воспалительные заболевания кишечника, в том числе язвенный колит и болезнь Крона, приходилось 10%.

Болезни опорно-двигательного аппарата чаще всего были представлены псориатическим артритом – 87% случаев и прочими заболеваниями – 13% (остеохондроз, артриты и артрозы).

Среди болезней эндокринной системы обращает на себя внимание достаточно высокая частота встречаемости (8%) диагноза сахарный диабет 2-го типа у пациентов с псориазом. Такие пациенты нуждаются в тщательном подборе терапии, поскольку снижение активности инсулиновых рецепторов со временем способствует росту воспалительных цитокинов, которые становятся триггером для псориаза.

Каких-либо особенностей патологии нервной и мочеполовой систем (МС) у пациентов с псориазом по медицинским картам не установлено, перечень диагнозов был типичным для популяционного уровня: преобладали поражения периферической нервной системы, хронический пиелонефрит и мочекаменная болезнь.

Общеизвестно, что несмотря на доступность медицинской документации в клинических исследованиях и значимость ретроспективного этапа исследования, представленные сведения в медицинских картах не предоставляют достаточной и необходимой информации. В поле неопределенностей остается уровень квалификации и опыт специалистов, описывающих состояние пациентов. В связи с этим проведение проспективного этапа исследования является незаменимым с целью получения максимально полной картины для выявления особенностей сопутствующей полиорганной патологии при псориазе.

У пациентов группы наблюдения выявлена наибольшая встречаемость заболеваний ССС – 104 (51%) пациента, КМС – 78 (38%) пациентов, ОП – 66 (32%) пациентов и эндокринной системы – 59 (29%) пациентов. Встречаемость патологии ССС, эндокринной системы и ПС, как у мужчин, так и у женщин, увеличивалась с возрастом. Заболевания КМС одинаково часто встречались в возрастных группах. При оценке встречаемости сопутствующей и коморбидной патологий отмечено более раннее (18–44 года) прогрессирование заболеваний КМС по сравнению с другими нозологиями среди пациентов с псориазом обоего пола. Выявлены половые различия в частоте заболеваний МС у наблюдаемой группы пациентов с псориа-

азом: у мужчин равномерное распределение заболеваемости в возрастных группах 45–59 лет и 60–90 лет (17 и 15% соответственно), у женщин наибольшая заболеваемость отмечена в группе 60–90 лет (36%) (табл. 2).

Оценка доли вероятности заболеть сопутствующими и коморбидными заболеваниями у наблюдаемой группы пациентов с псориазом показала двукратное превышение риска сердечно-сосудистой патологии (507.3 на 1000 населения) в сравнении с остальными заболеваниями органов и систем. На втором, третьем и четвертом местах распределялись заболевания КМС, желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы, которые по превалентности были близки друг к другу (380.5; 322.0; 287.8 на 1000 населения соответственно) (рис. 3).

Частую встречаемость комбинации псориаза и заболеваний ССС можно частично объяснить общими механизмами развития воспаления. По результатам исследований [13–16] подтверждено, что «образованные в избыточном количестве провоспалительные медиаторы мигрируют в системный кровоток, вызывая характерные как для воспалительного процесса, так и для сердечно-сосудистых заболеваний черты: системную инсулинорезистентность, циркуляторную эндотелиальную дисфункцию, увеличение оксидативного стресса, ангиогенеза и гиперкоагуляции».

В ходе исследования установлено, что среди сопутствующей и коморбидной патологий комбинация псориаз + гипертоническая болезнь является наиболее часто встречаемой (414.6 на 1000 населения). Также необходимо отметить следующие по значимости комбинации: псориаз + псориатический артрит (253.7 на 1 000 населения) и псориаз + гастрит (229.3 на 1 000 населения). Следует отметить, что ишемическая болезнь сердца как патология сердечно-сосудистой системы по превалентности (141.5 на 1 000 населения) оказалась на пятом месте после ожирения (170.7 на 1 000 населения) (рис. 4).

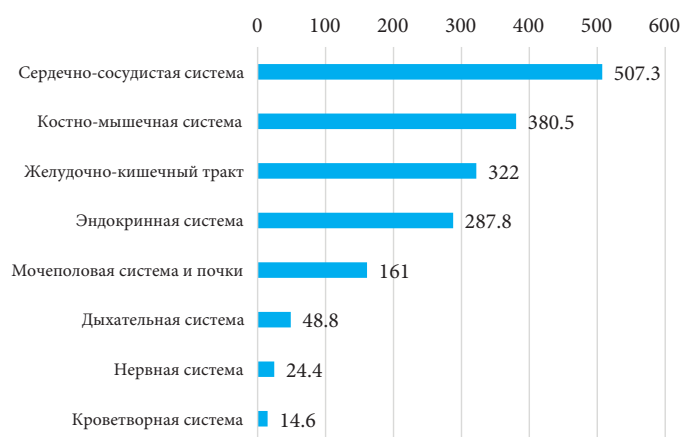
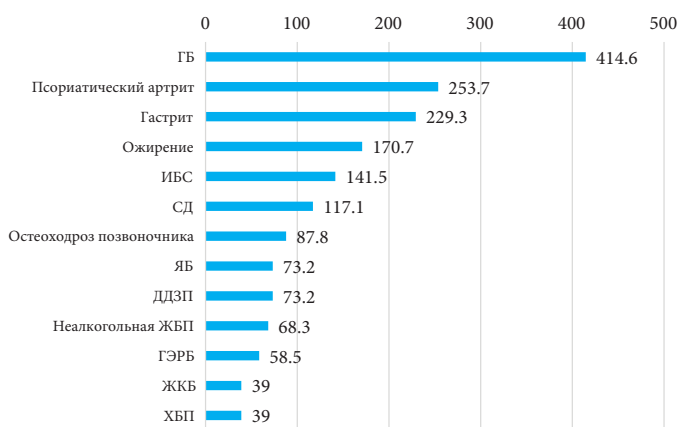


Рис. 3. Выявление сопутствующих и коморбидных заболеваний по системам органов у пациентов с псориазом



Примечание. ГБ – гипертоническая болезнь, ИБС – ишемическая болезнь сердца, СД – сахарный диабет, ЯБ – язвенная болезнь, ДДЗП – дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, ЖБП – жировая болезнь печени, ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ЖКБ – желчнокаменная болезнь, ХБП – хроническая болезнь почек.

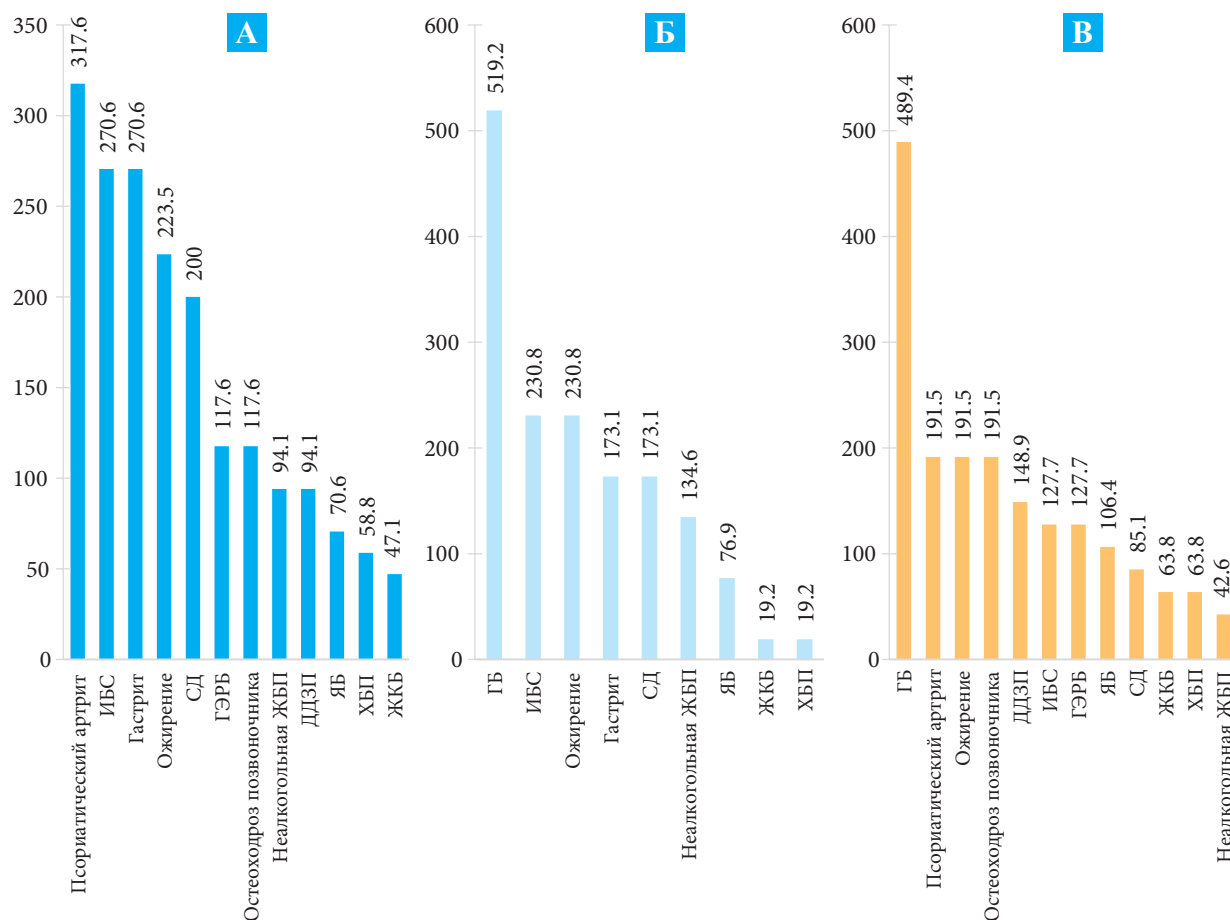
Рис. 4. Преvalентность нозологических форм коморбидных и сопутствующих заболеваний у пациентов с псориазом

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются одними из наиболее распространенных среди населения Российской Федерации, поэтому главенствующая позиция гипертонической болезни среди всех сопутствующих и коморбидных заболева-

ний при псориазе объяснима [17]. Особенностью комбинации псориаз + гипертоническая болезнь у пациентов наблюдаемой группы является высокая вероятность сочетания с двумя-тремя нозологиями: псориатический артрит (317.6 на 1 000 населения), ишемическая болезнь сердца (270.6 на 1 000 населения), гастрит (270.6 на 1 000 населения), ожирение (223.5 на 1 000 населения) и сахарный диабет (200.0 на 1 000 населения) (рис. 5 А).

Для пациентов с комбинацией псориаза с псориатическим артритом чаще сопутствующими заболеваниями являлись гипертоническая болезнь (519.2 на 1 000 населения) и ишемическая болезнь сердца (230.8 на 1 000 населения). У данной группы пациентов выявлены равные доли встречаемости ишемической болезни сердца и ожирения (230.8 на 1 000 населения), гастрита и сахарного диабета (173.1 на 1 000 населения), что согласуется с результатами исследований [6], в которых установлена высокая частота встречаемости метаболического синдрома у пациентов с псориазом и псориатическим артритом (рис. 5 Б).

На третьем месте по распространенности комбинаций у пациентов с псориазом сопутствующей и коморбидной нозологий является гастрит. При сочетании псориаз + гастрит у пациентов группы наблюдения выявлена высокая частота встречаемости комбинации псориаз + гастрит + гипертоническая болезнь (489.4 на 1000 населения), практически у каждого второго, а комбинации, находящиеся на втором месте (псориатический артрит, ожирение, остеохондроз позвоночника (191.5 на 1 000 населения)), у каждого пятого (рис. 5 В).



Примечание. ГБ – гипертоническая болезнь, ИБС – ишемическая болезнь сердца, СД – сахарный диабет, ЯБ – язвенная болезнь, ДДЗП – дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, ЖБП – жировая болезнь печени, ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ЖКБ – желчнокаменная болезнь, ХБП – хроническая болезнь почек.

Рис. 5. Преvalентность нозологических форм коморбидных и сопутствующих заболеваний у пациентов в комбинации: А – псориаз + гипертоническая болезнь, Б – псориаз + гастрит, В – псориаз + псориатический артрит

По данным исследования [14], сердечно-сосудистые осложнения – наиболее распространенная причина смерти при тяжелой форме псориаза. Особый интерес представляла оценка вероятности возникновения гипертонической болезни у пациентов с псориазом и различной комбинацией других нозологий, для чего был использован метод отношения шансов как исход логистического регрессионного анализа. Учитывая, что по данным исследования [18] развитие патологии ССС как у пациентов с псориазом, так и в целом у населения связано с возрастом, анализ проводили на выборке пациентов в возрастной группе 18–44 года. В анализ включены бинарные предикторные переменные, полученные методом четырехпольных таблиц. Определены следующие бинарные сочетания псориаза с шести нозологиями – псориатический артрит, гастрит, ожирение, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, неалкогольная ЖБП, имеющие сочетание с гипертонической болезнью и не имеющие сочетания с гипертонической болезнью.

Расчет отношения шансов показал на уровне статистической значимости взаимосвязь с гипертонической болезнью комбинаций псориаз + ожирение ($p=0.0073$), псориаз + сахарный диабет ($p=0.039$), псориаз + псориатический артрит ($p=0.0073$) (табл. 3).

Таким образом, шансы возникновения гипертонической болезни у пациентов с псориазом в комбинации с ожирением в возрасте до 44 лет в 6.43 раза выше, чем у пациентов без ожирения, а в комбинации псориаз + сахарный диабет – в 5.63 раза выше, в комбинации псориаз + псориатический артрит – в 5.42 раза выше, чем у пациентов без данных комбинаций.

Тем не менее необходимо обратить внимание, что превалентность комбинации псориаз + псориатический артрит более чем в два раза превышает показатели комбинаций псориаз + ожирение и псориаз + сахарный диабет (рис. 4).

Обсуждение

Результатов исследований, доказывающих патогенетические механизмы коморбидности псориаза с полиорганный патологией, крайне недостаточно. Между тем клинический подход изучения влияния полиморбидности на ведение пациента и общие механизмы заболевания является важным с практической точки зрения [19], поскольку знание о перенесенных заболеваниях позволяет повлиять на выбор терапии и понять механизм возникновения полиморбидности, поскольку цепочки причинно-следственных связей заболеваний могут быть разделены во времени (например: острые события – инфаркт миокарда; предшествующие события – гипертония; последующие события – сердечная недостаточность).

В представленном исследовании выявлено увеличение с возрастом диагностированных заболеваний сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной систем на одного пациента с псориазом, что согласуется с результатами [13] по идентификации и визуализации мультиморбидных и коморбидных паттернов у четырех млн пациентов.

Следует отметить, что более высокий риск развития кардиометаболических заболеваний существует у пациентов с псориазом при раннем (группа 18–44 года) выявлении его комбинаций с псориатическим артритом, ожирением и сахарным диабетом, что согласуется с результатами исследования [15]. По данным исследований [20, 21], развитие патологии ССС, как у пациентов с псориазом, так и в целом у населения, связано с возрастом – раннее выявление комбинации заболеваний определяет высокий риск растущей смертности вследствие патологии ССС. По данным работы [16], осложнения ССС являются наиболее распространенной причиной смерти у пациентов с тяжелым псориазом, в связи чем пациенты с ранним (18–44 года) уста-

Таблица 3

Оценка вероятности гипертонической болезни у пациентов с псориазом при наличии различных комбинаций

Комбинация	Оценка ОШ к гипертонической болезни		
	ОШ	95% ДИ	p
Псориатический артрит	5.42	1.58–18.64	0.0073
Ожирение	6.43	1.65–25.06	0.0073
Диабет	5.63	1.10–28.88	0.039

Примечание. ОШ – отношение шансов; 95% ДИ – 95%-ный доверительный интервал.

новлением комбинаций: псориаз + псориатический артрит, псориаз + ожирение и псориаз + сахарный диабет нуждаются в направлении к кардиологу для профилактики сердечно-сосудистой патологии, что будет способствовать увеличению продолжительности жизни населения.

Заключение

Высокая встречаемость сопутствующей и коморбидной патологий у пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами псориаза как в ретроспективном, так и проспективном наблюдении продемонстрировала преобладание сердечно-сосудистой патологии (507.3 на 1 000 населения), в меньшем количестве – заболеваний костно-мышечной системы (380.5 на 1 000 населения), желудочно-кишечного тракта (322 на 1 000 населения) и эндокринной системы (287.8 на 1 000 населения).

Наиболее распространенными комбинациями коморбидной и сопутствующей патологий у пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами псориаза являются:

- псориаз + гипертоническая болезнь, при этом у каждого пятого пациента с данной комбинацией встречается ишемическая болезнь сердца, гастрит, псориатический артрит и ожирение;
- псориаз + псориатический артрит, при этом у каждого второго пациента данная комбинация встречается в сочетании с патологией ССС (гипертоническая болезнь и/или ишемическая болезнь сердца);
- псориаз + гастрит, при этом у каждого второго пациента данная комбинация встречается в сочетании с гипертонической болезнью.

Наличие функциональной взаимосвязи у пациентов молодого возраста комбинаций: псориаз + псориатический артрит, псориаз + ожирение и псориаз + сахарный диабет с гипертонической болезнью позволяет предполагать единый патогенетический механизм воспалительного процесса и необходимость профилактики патологии ССС у данных лиц.

Прогноз течения сопутствующих и коморбидных заболеваний является основой формирования междисциплинарного подхода дерматологов, кардиологов, ревматологов, гастроэнтерологов при назначении терапии пациентам с псориазом.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего выявления патогенетических механизмов и маркеров коморбидности псориаза с иной полиорганный патологией, в частности с гипертонической болезнью. Необходимы глубокие биохимические, иммунологические, генетические исследования механизмов для поиска маркеров течения псориатической болезни и их взаимосвязи.

Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Литература

1. Круглова Л.С. и др. Раннее назначение генно-инженерной биологической терапии пациентам с псориазом // Медицинский алфавит. – 2019. – Т. 1. – 7 (382). – С. 25–28. [Kruglova L.S. et al. Early appointment of biological therapy of psoriasis // Medical alphabet. – 2019. – V. 1 (7). – P. 25–28. In Russian].
2. Herster F. et al. Platelets: Underestimated Regulators of Autoinflammation in Psoriasis // J. Invest. Dermatol. – 2021. – V. 141 (6). – P. 1395–1403. DOI: 10.1016/j.jid.2020.12.025.
3. Потекаев Н.Н. и др. Псориатическая болезнь. – Москва: МДФ, 2014. – 298 с. [Potekaev N.N. et al. Psoriatic disease. – Moscow: MDF, 2014. – P. 298. In Russian].
4. Разнатовский К.И. и др. Псориатическая болезнь: диагностика, терапия, профилактика. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2017. – 344 с. [Raznatovsky K.I. et al. Psoriatic disease: diagnosis, therapy, prevention. – Moscow: GEOTAR-Media, 2017. – P. 344. In Russian].
5. Олисова О.Ю. и др. Эффективность УФВ-терапии 311 нм в сочетании с ингибитором фосфодиэстеразы 4 у больных вульгарным псориазом среднетяжелой и тяжелой степени // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2019. – Т. 22. – № 5–6. – С. 149–155. [Olisova O.Yu. et al. Efficacy of narrowband ultraviolet B 311 nm plus an inhibitor of phosphodiesterase 4 (PDE4) combined therapy in patients with moderate to severe plaque psoriasis // Russian Journal of Skin and Venereal. – 2020. – V. 22(5–6). – No 5–6. – P. 149–155. In Russian]. DOI: 10.17816/dv42951.
6. Аликбаев Т.З. Пациент-ориентированный подход применения генно-инженерной биологической терапии в лечении среднетяжелой и тяжелой форм псориаза: дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2023. 146 с. [Alikbaev T.Z. Patient-oriented approach of the use of genetically engineered biological therapy at the treatment of moderate and severe forms of psoriasis: PhD diss. – St. Petersburg, 2023 – 146 p.].
7. Griffiths C.E.M. Psoriasis // Lancet. – 2021. – V. 397 (10281). – P. 1301–1315. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32549-6.
8. Boehncke W.H. Pathogenesis-oriented therapy of psoriasis using biologics // Expert Opin. Biol. Ther. – 2022. – V. 22 (12). – P. 1463–1473. DOI: 10.1080/14712598.2022.2100219.
9. Бакулев А.Л. Современные проблемы генно-инженерной биологической терапии больных псориазом // Вестник дерматологии и венерологии. – 2020. – Т. 97 (2). – С. 51–57. [Bakulev A.L. The actual challenges of biologics treatment in patients with psoriasis // Bulletin of Dermatology and Venereology. – 2020. – V. 97 (2). – P. 51–57. In Russian]. DOI: 10.25208/vdv1109.
10. Armstrong A.W. et al. Evaluating treatment choice in patients with moderate to severe psoriasis in the United States: results from a US patient survey // Dermatol. Ther. (Heidelb). – 2024. – V. 14 (2). – P. 421–439. DOI: 10.1007/s13555-023-01089-6.
11. Nast A. et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris – part 2: specific clinical and comorbid situations // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2021. – V. 35 (2). – P. 281–317. DOI: 10.1111/jdv.16926.
12. Ланг Т.А. Как описывать статистику в медицине: руководство для авторов, редакторов и рецензентов / пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. – М.: Практическая медицина, 2016. – 480 с. [Lang T.A. How to describe statistics in medicine: a guide for authors, editors and reviewers / translated from English, edited by V.P. Leonov. – M.: Practical medicine, 2016. – P. 480. In Russian].
13. Patrick M.T. et al. Shared genetic risk factors and causal association between psoriasis and coronary artery disease // Nat. Commun. – 2022. – V. 13 (1). – P. 6565.
14. Ahlehoff O. Psoriasis and Cardiovascular Disease: epidemiological studies // Dan. Med. Bull. – 2011. – V. 58 (11). – P. 4347.
15. Egeberg A. et al. The relationship between duration of psoriasis, vascular inflammation, and cardiovascular events // J. Am. Acad. Dermatol. – 2017. – V. 77 – P. 650–656. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.06.028.
16. Gao N. et al. The association between psoriasis and risk of cardiovascular disease: a mendelian randomization analysis // Front. Immunol. – 2022. – V. 13. – P. 918224. DOI: 10.3389/fimmu.2022.918224.
17. Конради А.О. и др. Тактика ведения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Отчет о проведении круглого стола // Consilium Medicum. – 2021. – Т. 23. – № 6. – P. 504–510. [Konradi A.O. et al. Tactics of management of patients with cardiovascular diseases. Roundtable report // Consilium Medicum. – 2021. – V. 23. – No 6. – P. 504–510. In Russian]. DOI: 10.26442/20751753.2021.6.200950.
18. Francula-Zaninovic S. Management of measurable variable cardiovascular disease' risk factors // Curr. Cardiol. Rev. – 2018. – V. 14 (3). – P. 153–163. DOI: 10.2174/1573403X14666180222102312.
19. Симаненков В.И. и др. Эпителий-протективная терапия при коморбидных заболеваниях: практические рекомендации для врачей // Терапевтический архив. – 2022. – Т. 94. – № 8. – С. 940–956. [Simanenkova V.I. et al. Epithelial protective therapy in comorbid diseases: practical guidelines for physicians // Terapevticheskii Arkhiv. – 2022. – V. 94 (8). – No 8. – P. 940–956. In Russian]. DOI: 10.26442/00403660.2022.08.201523.
20. Бражник В.А. и др. Возрастные различия в особенностях течения и факторах риска неблагоприятного исхода у больных с острым коронарным синдромом // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2020. – Т. 3. – С. 19–26. [Brazhnik V.A. et al. Age differences in the features of the course and risk factors of an unfavorable outcome in patients with acute coronary syndrome // Kremlin medicine. Clinical Bulletin. – 2020. – V. 3. – P. 19–26. In Russian].
21. Аликбаев Т.З. и др. Мультиморбидная патология при псориазе (научный обзор) // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2024. – Т. 16. – № 2. – С. 19–26. [Alikbaev T.Z. Multimorbid pathology in psoriasis (scientific review) // T.Z. Alikbaev, S.A. Sayganov, K.I. Raznatovsky // Bulletin of the North-Western State Medical University. I.I. Mechnikov. – 2024. – V. 16. – No 2. – P. 19–26. In Russian].