

*Филимонкова Н.Н., Кащеева Я.В., Топычканова Е.П.*

## Современные клиничко-анамнестические особенности псориаза

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии»  
Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

*Filimonkova N.N., Kascheyeva J.V., Topychkanova E.P.*

### Modern psoriatic clinic anamnestic description

#### Резюме

Проведено клиничко-анамнестическое обследование 60 пациентов с вульгарным псориазом (36 мужчин и 24 женщин) в возрасте от 22 до 60 лет с длительностью заболевания от 2 до 40 лет (в среднем 17±2 года). Определены современные клиничко-анамнестические особенности развития и течения вульгарного псориаза. Показана необходимость разработки дополнительных методов терапии с учётом выявленных данных обследования.

**Ключевые слова:** псориаз, клиничко-анамнестическое обследование, современные особенности псориаза

#### Summary

In order to research the character of clinico- anamnestic processes and find out special features of psoriasis, we have examined 60 patients. Among these patients there were 36 men and 24 women, age range 22-60 years with disease duration from 2 to 40 years (in the middle 15-20 years). Modern psoriatic - clinico – anamnestic features were proved and new methods would be necessary and important in the therapy of psoriasis patients with different clinical forms and stages of activity.

**Key words:** psoriasis, clinico – anamnestic description, modern psoriatic - clinic – anamnestic features

#### Введение

Ежегодное увеличение числа больных псориазом, особенности клинического полиморфизма, частое развитие тяжелых форм дерматоза, нередко приводящих к инвалидизации (псориазический артрит, псориазическая эритродермия, экссудативный и пустулезный псориаз), сложности терапии относят псориаз к одной из наиболее значимых медико-социальных проблем здравоохранения [2, 11]. Около 3% населения земного шара страдает псориазом, причем с одинаковой частотой женщины и мужчины [2, 11]. Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых многие аспекты этиологии и патогенеза псориаза до сих пор остаются невыясненными. Большинство исследователей определяют псориаз как генетически детерминированный, хронический дерматоз мультифакториального характера [3, 10, 11].

Доказана мультифакториальная природа заболевания, участие генотипических и фенотипических факторов в развитии псориаза [5, 16]. К.Н. Суворова и соавт. (1977) отмечают более высокую частоту заболеваемости псориазом у родителей пробандов, чем в популяции, и указывают частоту встречаемости семейного псориаза от 13 до 30,5%. Известное разнообразие симптомов псориаза может определяться как плейотропным действием гена, так и средовыми факторами, обуславливающими разного рода иммунопатологические нарушения, лежащие в основе псориазической болезни и

большинства экстрадермальных проявлений патологии. Анализ различных полигенных моделей позволил предположить вовлечение в этиологию мультифакториальных заболеваний многих неспецифических генов, в том числе регуляторных, действующих вместе со средовыми факторами [5, 16].

Ведущими триггерами псориаза являются стресс, инфекционные агенты, алкоголь, физические и химические травмы и ряд других факторов [1, 2]. Среди наиболее значимых триггерных факторов псориаза многие авторы отмечают стресс, провоцирующий обострение заболевания более чем в 56% случаев [9, 14]. По данным ряда авторов состояние депрессии у больных псориазом диагностировано в 24–58% случаев. Психогенные воздействия при псориазе выступают в качестве звена в череде последовательных иммунологических событий и приводят к обострению дерматоза лишь в тесной связи с основными факторами патогенеза [4].

Псориаз является иммунозависимым заболеванием с генетической предрасположенностью к его развитию. Современные исследования обнаружили локусы генов, ассоциированных с псориазом, указывающие на центральную роль иммунной системы в развитии псориаза [6].

Данные последних лет свидетельствуют, что нередко псориаз сочетается с метаболическим синдромом. Как известно, метаболический синдром (МС) – это патогенетически связанные и взаимоотягчающие нарушения обмена веществ, постепенно прогрессирующие и приводя-

шие к инвалидизации и ранней смерти больных. Традиционно в МС включают тканевую инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемно, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет типа 2, артериальную гипертензию, дислипидемию, гиперлипидемию и абдоминальное ожирение [7, 8].

Изменение патоморфоза псориаза, появление резистентных к терапии форм, высокий удельный вес больных с коморбидной соматической патологией определило необходимость проведения анализа клинико-anamnestических особенностей современного течения псориаза, необходимости коррекции терапии таких пациентов.

## Материалы и методы

В клинике УрНИИДВиИ было проведено обследование пациентов с распространённым вульгарным псориазом и анализ клинико-anamnestических особенностей современного течения дерматоза.

Обследовано 60 пациентов с вульгарным псориазом (36 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 22 до 60 лет с длительностью заболевания от 2 до 40 лет (в среднем 15-20 лет). На основании полученных клинико-anamnestических данных заполнены стандартизованные карты, данные которых занесены в электронную базу данных (Microsoft Excel XP). Применялся метод клинической генетики –генеалогический, заключающийся в анализе родословных посредством описательных приемов. Был проведен сбор сведений о заболеваниях обследуемого больного и его родственников по восходящей линии в 4-х поколениях

## Результаты и обсуждение

Среди исследуемой группы пациентов с обыкновенным псориазом преобладали мужчины (60%). Псориазический процесс в 79,3% начинался в молодом возрасте - от 16 до 25 лет. Частота рецидивов отмечалась у большинства пациентов 1 – 2 раза в год - 75,9%, в 10,3% - 3-4 раза в год, в 13,8% случаев ремиссия не наступала в течение 1,5-2 лет.

Пациентов обследуемой группы беспокоил зуд в прогрессирующую стадию в 80,5%, ощущение жжения (42,2%) и стягивания кожи (34,4%). В 68,6% случаев в этой группе больных преобладающими триггерными факторами были стресс и физическая травма. В 31,4% случаев пациенты связывали дебют и очередной рецидив процесса с обострением очагов хронической инфекции (обострение хронического тонзиллита, хронический отит, хронический гепатохолецистохолангит, хронический гломерулонефрит и др.).

Индекс PASI в этой группе пациентов составил в среднем 18,0±1,5, что соответствует площади поражения около 40% в 89,9%, и выраженной остроте клинической картины процесса. Значения ДИКОЖ (дерматологического индекса качества жизни) у больных обыкновенным псориазом колебались от 12 до 29 баллов – в среднем 20,7 ± 2 баллов.

Увеличенные группы подмышечных и подчелюстных лимфоузлов пальпировались у 15% пациентов. Поражение ногтевых пластинок отмечалось в 87,7%, при этом ониходистрофия в виде симптома «напёрстка» у 67% исследуемых, подногтевого гиперкератоза у 74%; ломкости и слоистости у свободного края у 87%. Вовле-

чение в псориазический процесс кожи волосистой части головы наблюдалось в 89,3% случаев.

В 54% случаев прослеживается наличие псориаза у родственников пробанда во II и в III поколениях. Выявлено наличие аутоиммунной патологии у родственников во II и в III поколениях с преобладанием заболеваний эндокринной системы: сахарный диабет в 24% случаев, тиреотоксикоз (13%). У 11% родственников пробандов выявлена бронхиальная астма.

Коморбидная соматическая патология наблюдалась у 92% обследуемых с преобладанием патологии сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) в 70% случаев, в 45% - заболевания желудочно-кишечного тракта, в 17% - мочевыделительной системы), у 79% пациентов наблюдалось превышение индекса массы тела (ИМТ) на 10% и более.

При оценке психосоматического статуса пациентов использовались шкала депрессии Цунга и шкала тревожности Тейлора (адаптация Норакидзе). В 89% случаев состояние депрессии подтверждено не было, в 11% выявлялось состояние легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. Уровень тревожности средний с тенденцией к низкому отмечен почти у половины пациентов – 41,25%, средний с тенденцией к высокому – в 34,9%, низкий - в 20,15% и лишь в 3,7% - очень высокий.

## Выводы

Полученные нами данные свидетельствуют о начале заболевания в молодом возрасте (у 79,3%); преобладании дебюта на фоне стресса (68,6%) с выявлением состояния лёгкой депрессии у 11% исследуемых и уровня тревожности среднего с тенденцией к низкому у 41,25% пациентов, наличии у больных вульгарным псориазом длительного течения заболевания (в среднем 15-20 лет).

Современной особенностью течения псориаза является наличие у большинства пациентов зуда в прогрессирующую стадию (80,51%), ониходистрофии (87,7%). Более чем у половины пациентов выявлен I тип псориаза, соматическая отягощённость с преобладанием поражения сердечно-сосудистой системы (70%), превышение ИМТ на 10% и более (79%), затяжной и непрерывно рецидивирующий характер течения, что предполагает необходимость разработки дополнительных методов терапии. ■

*Филимонкова Н.Н., д.м.н., ведущий научный сотрудник ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, г. Екатеринбург; Кашеева Я.В., врач дерматовенеролог отделения хронических дерматозов ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, г. Екатеринбург; Топычканова Е.П., клинический ординатор ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Топычканова Е.П., 620100, г. Екатеринбург, ул. Куйбышева, д. 139, кв. 29, 89049815852, e-mail: realjam@mail.ru*

**Литература:**

1. Айзятупов Р.Ф. Значение факторов риска возникновения и течения псориазической болезни [Текст] / Р.Ф. Айзятупов, В.В. Юхименко. Вестн. дерматол. и венерол. – 2001. – №1. С. 41–43.
2. Кунгуров Н.В. Псориазическая болезнь [Текст] / Н.В.Кунгуров,Н.Н. Филимонкова ,И.А. Тузанкина / 2002.- 200 с.
3. Мошкалов А.В. Генетика псориаза: Обзор литературы [Текст] / А.В. Мошкалов , Г.И. Имянитов. Журн. дерм.-венерол. и косметол. – 1995. – №1.- С. 17–19.
4. Нуллер Ю.Л. Тревога и ее терапия [Текст] / Ю.Л. Нуллер. Психиатрия и психофармакология. 2002. № 2. С. 46–48.
5. Катунина О.Р. Иммунная система кожи и ее роль в лечении псориаза [Текст]/О.Р. Катунина. Вестн.Дерматол. и венерол.-2005.- №1.- С. 19 - 23.
6. Кубанова А.А. Иммунные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии [Текст]/А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Дж.Ф. Николас, Л. Пьюиг, Дж. Принц, О.Р. Катунина, Л.Ф. Знаменская. Вестн. Дерматол. и венерол. – 2010. – №1. – С. 35–47.
7. Громнадский Н.И. Немедикаментозная коррекция метаболического синдрома [Текст]/Н.И. Громнадский, И.Н. Медведев. Успехи современного естествознания -2002.- №2. – С.62–65.
8. Arango – Vikar D., Osifo E. Kirk M. Metabolism. – 1997. – vol. 46 – P. 203–209.
9. Alexa B. Kimball, Annie Guerin, Andrew P. Yu, Eric Q. Wu et al. Increased Risk of Psychiatric Disorders in a Pediatric Population with psoriasis. 2-nd World psoriasis & Psoriatic arthritis conference 2009, Stockholm, June 24–28, abstracts, p.10.
10. Christophers E, Henseler T. Psoriasis type I and type II as subtypes of nonpustular psoriasis. In: Roenigk H, Maibach H, eds. Psoriasis. New York: Marcel Dekker, 1990:15–21
11. Christophers E., 2001; Christophers E . Psoriasis—epidemiology and clinical spectrum. Clin Exp Dermatol 2001;26:314–20.
12. Finlay AY. Quality of life assessments in dermatology. Semin Cutan Med Surg 1998;17:291–6.
13. Holm S.J., Sanchers F., Carlen L.M., Mallbris L. [Text] / Genetics of psoriasis. Acta Derm. Venereol.- 2005. –Vol.85/- No. 1. –P.2-8.
14. Picardi A., Mazotti E, Gaetano P, Cattaruzza MS, Baliva G, Melchiet CF. [Text] Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. Psychosomatics 2005; 46: 556- 564.
15. Tadinacu M, Jokic N, Hromatko I. Kronična bolest, depresivnost i anksioznost (Chronic illness, depression and anxiety). Socijalna psihijatrija 2006; 34: 169-174. [in Croatian]
16. Veale DJ, Ritchlin C, FitzGerald O. Immunopathology of psoriasis and psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis 2005; Suppl. II: 26–9.