

## НАУЧНЫЙ ОБЗОР

УДК 616.517:616.1/9

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ  
У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ****Пивоварова К.Г., Остроухова О.Н., Лущик М.В.***ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»,  
Воронеж, e-mail: kseniyapiv2004god@icloud.com*

Псориаз представляет собой важную и активно обсуждаемую клиническую проблему в современной дерматологии, занимая одну из ведущих позиций среди хронических кожных заболеваний. Высокая распространенность заболеваемости псориазом в наше время можно объяснить быстрым темпом жизни общества, повышенной эмоциональной нагрузкой, требующих значительных нервных и интеллектуальных усилий. Псориаз оказывает влияние как на физическое здоровье человека, так и на его социальную жизнь. Целью этого исследования является анализ данных об изменениях качества жизни и развитии коморбидных состояний у больных псориазом. Материалы и методы исследования представлены обзором медицинской литературы с использованием поисковых систем «E-library», «Cyberleninka», «PubMed». Результаты исследования включают в себя описание изменения качества жизни и развития коморбидных состояний, возникающих у людей, страдающих псориазом. К ним относятся заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания пищеварительной системы, эндокринопатии, метаболический синдром, ожирение. Делается вывод о том, что псориаз – это заболевание, связанное с сопутствующими патологиями. Болезнь приводит к изменению не только физического состояния человека, но и психоэмоционального. Материалы исследования могут быть полезны студентам медицинских вузов, людям, интересующимся вопросами дерматологии.

**Ключевые слова:** псориаз, цитокины, коморбидные состояния, сердечно-сосудистая система, пищеварительная система, эндокринопатии, метаболический синдром, ожирение

**QUALITY OF LIFE AND COMORBID CONDITIONS  
IN PATIENTS WITH PSORIASIS****Pivovarova K.G., Ostroukhova O.N., Luschik M.V.***Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko,  
Voronezh, e-mail: kseniyapiv2004god@icloud.com*

Psoriasis is an important and actively discussed clinical problem in modern dermatology, occupying one of the leading positions among chronic skin diseases. The high prevalence of psoriasis morbidity in our time can be explained by the fast pace of life in society, increased emotional load, requiring considerable nervous and intellectual effort. Psoriasis affects both the physical health of a person and his social life. The aim of this study is to analyze data on changes in quality of life and development of comorbid conditions in patients with psoriasis. The research materials and methods are presented by a review of medical literature using search systems "E-library", "Cyberleninka", "PubMed". The results of the study include a description of the change in quality of life and the development of comorbid conditions occurring in people suffering from psoriasis. These include cardiovascular diseases, digestive system diseases, endocrinopathies, metabolic syndrome, obesity. It is concluded that psoriasis is a disease associated with concomitant pathologies. The disease leads to a change not only in the physical state of a person, but also in the psycho-emotional condition. The research materials can be useful to medical students, people interested in dermatology.

**Keywords:** psoriasis, cytokines, comorbid conditions, cardiovascular system, digestive system, endocrinopathies, metabolic syndrome, obesity

**Введение**

Псориаз представляет собой хроническое рецидивирующее генетически детерминированное заболевание кожи, имеющее мультифакториальную природу и характеризующееся гиперпролиферацией кератиноцитов и нарушением их дифференцировки, что сопровождается воспалительной реакцией в дерме, иммунными нарушениями. Проявляется в виде мономорфной сыпи, состоящей из плоских папул различной величины, имеющих склонность к слиянию в крупные бляшки розово-красного цвета, которые быстро покрываются белыми рыхлыми чешуйками [1]. На сегодняшний день

установлено, что псориаз имеет сложную этиологию и представляет собой мультифакториальное заболевание. Это означает, что псориаз имеет генетическую предрасположенность и разнообразные факторы, способствующие проявлению этой предрасположенности [2, 3]. Развитие болезни связано с активацией дендритных клеток после воздействия пускового фактора. Основной функцией этих клеток является презентация антигенов Т-лимфоцитам, однако в результате активации клеточного звена иммунного ответа Т-хелперы начинают вырабатывать цитокины, включая интерлейкины 12 и 23. Эти вещества инициируют

сложный каскад иммунных реакций. Эффекторными клетками, которые были активированы, мигрируют из дермы в эпидермис, где они начинают активно выделять различные цитокины, включая фактор некроза опухоли-альфа и ИЛ-17. ИЛ-17 запускает синтез ИЛ-22 в Т-хелперах, играющий важную роль в нарушении функций эпителия при псориазе [4, 5].

**Цель исследования** – проанализировать данные об изменении качества жизни и развитии коморбидных состояний у больных псориазом.

#### **Материалы и методы исследования**

Был осуществлен обзор медицинской литературы по выбранной теме. Для этого использовались поисковые системы «E-library», «Cyberleninka», «PubMed». Рассмотрены в исследовании публикации содержали доказательную и клиническую базы по наиболее современным и актуальным данным.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Псориаз, безусловно, оказывает влияние как на физическое здоровье человека, так и на его социальную жизнь. У пациентов можно наблюдать следующие типичные черты личности: повышенная чувствительность, робость, застенчивость, эмоциональная неустойчивость, равнодушие, избирательная общительность и эмоциональная холодность. Эти характеристики заметно влияют на их межличностные отношения [6, 7]. Психический стресс, вызванный этой болезнью, может существенно снизить уровень жизни пациентов, и в крайних случаях приводит к депрессии или даже к суициду [4, 6, 8]. Кожа несет важную информацию о характеристиках индивида, которые окружающие воспринимают как привлекательные или же наоборот. Образ человека в обществе, а соответственно и его социальный статус, во многом определяются качествами кожи. Поэтому склонность к стрессу у пациентов с псориазом нередко обусловлена повышением негативной реакции окружающих на их внешний вид, что безусловно влияет на выбор одежды [9]. Возникновение психогенных реакций зависит и от локализации заболевания: волосистая часть головы, открытые части тела (руки, ноги, лицо), наружные половые органы [1, 10]. Нарастание уровня социально-психологического дискомфорта, снижение самооценки, чувство смущения и ощущение собственной неполноценности приводят к увеличению риска развития депрессии [4]. Степень депрессии связана с тяжестью кожного за-

болевания, что способствует увеличению частоты рецидивов и сокращению периода ремиссии.

Функциональная активность многих органов нарушается, возрастает количество сопутствующих заболеваний. Наиболее распространёнными коморбидными состояниями, ассоциированными с псориазом, являются сердечно-сосудистые заболевания, заболевания пищеварительной системы, эндокринопатии, метаболический синдром, ожирение [11].

Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний при псориазе повышается, что обусловлено выработкой Т-хелперами цитокинов – фактора некроза опухоли-альфа, ИЛ-6, играющих ключевую роль в нарушении функционирования эндотелия [12, 13]. Эндотелий выполняет защитную функцию для сосудов, обеспечивая создание антиромбогенной поверхности. Он также играет ключевую роль в регулировании сосудистого тонуса и кровотока в тканях, угнетает пролиферацию клеток гладкой мускулатуры сосудов. При псориазе эндотелиальные клетки проявляют провоспалительные свойства, увеличивается синтез молекул, отвечающих за хемотаксис и адгезию сосудов [13]. Отмечается активация тромбоцитов за счёт большого количества циркулирующих маркеров активации тромбоцитов, включая микрочастицы тромбоцитов и растворимый р-селектин. Тромбоциты при псориазе усиливают секрецию ИЛ-17 Т-хелперами, а подтип нейтрофилов, гранулоциты низкой плотности, совместно с тромбоцитами вызывают повреждение эндотелия и апоптоз с помощью внеклеточных ловушек нейтрофилов. Наблюдается повышение количества тромбоцитарно-лимфоцитарных и тромбоцитарно-нейтрофильных агрегатов по сравнению с пациентами без псориаза [13].

У людей, страдающих псориазом, обнаружены изменения в функционировании сердечно-сосудистой системы. К ним относятся тахикардия и брадикардия, систолический шум на верхушке сердца, смещение границ сердца, вызванное гипертрофией и дилатацией желудочков, а также приглушение сердечных тонов. Кроме того, наблюдаются случаи неревматического миокардита, пороков митрального клапана, ишемической болезни сердца и гипертонической болезни [11]. Развитие пороков клапанного аппарата и оболочек сердца при псориазе сопровождается повышенной концентрацией циркулирующих иммунных комплексов и цитокинов. Фиксация иммунных комплексов на сосудистых оболочках и провоспалительное действие цитокинов на стенки

сосудов приводят к неоангиогенезу и нарушению функции эндотелия, что повышает вероятность тромбообразования. Таким образом, одним из механизмов поражения сердечно-сосудистой системы при псориазе является патологическая неоваскуляризация, нарушение реологических параметров и дисбаланс цитокинов [14].

У пациентов с псориазом наблюдается повышение уровня апопротеинов в ЛПВП, ЛПОНП и ЛПНП, что приводит к нарушению обмена липидов, развитию гиперхолестеринемии и гиперлипидемии [11, 13]. Наблюдается увеличение экспрессии многих проатерогенных цитокинов, однако особенно выделяются ИЛ-6, фактор некроза опухоли-альфа, а также семейство цитокинов ИЛ-17, которые играют ключевую роль в нарушении функционирования эндотелия и в процессе развития атеросклероза. Данные реакции, а также комплексное взаимодействие эндотелиальных клеток, компонентов иммунной системы, тромбоцитов, каждый из которых подвергается изменениям при псориазе, значительно влияют на развитие атеросклероза, что, в свою очередь, может привести к серьезным заболеваниям сердечно-сосудистой системы [12].

Ещё одной причиной, способствующей развитию заболеваний сердечно-сосудистой системы, является то, что многие пациенты с псориазом не получают должного лекарственного лечения для этого типа заболеваний. Это отчасти связано с тем, что некоторые лекарства, такие как  $\beta$ -адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов к ангиотензину (БРА), антагонисты кальция, антиаритмические и гиполипидемические препараты, могут провоцировать обострение и ухудшение течения псориаза [11, 14].

Заболевания пищеварительной системы выступают частым осложнением при развитии псориаза. При обследовании таких пациентов можно выявить развитие воспалительных и деструктивных изменений слизистой оболочки, уменьшение выработки соляной кислоты и пепсина, нарушение процессов всасывания. Преобладание щелочной среды желудочного сока над кислой приводит к нарушению активности ферментов и угнетению защитной функции [2]. При псориазе наблюдается поражение всех оболочек тонкой кишки. В собственной пластинке слизистой оболочки обнаруживается инфильтрат из лимфоцитов и гистиоцитов. Наиболее распространенным воспалительным заболеванием кишечника, ассоциированным с псориазом, является болезнь

Крона. Взаимосвязь данной патологии и псориаза объясняется с генетической стороны наличием гена интерлейкина-23. Этот ген является общим для воспалительных заболеваний как кишечника, так и кожи. Также отмечается сходство микробного разнообразия кожи и кишечника при псориазе и болезни Крона. Дисфункция микрофлоры может привести к системным иммунным нарушениям, которые лежат в основе развития данных патологий. Неалкогольная жировая болезнь печени может выявляться у больных псориазом. Развитие хронического воспаления, синтез провоспалительных цитокинов- фактора некроза опухоли-альфа, интерлейкина – 6, образование которых стимулируется увеличенной массой жировой ткани, отражают сходства в развитии псориаза и патологии печени [3, 8, 15].

Изменения, наблюдаемые со стороны эндокринной системы, связывают с активацией стресс-системы у больных псориазом. Стресс-система, состоящая из центрального и периферического звеньев, необходима для адаптации организма. Центральным звеном выступает гипоталамус и гипофиз, периферическое звено представлено симпатoadrenalовой системой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой. При длительном течении псориаза происходит нарушение функций эндокринного аппарата. Любой раздражитель при псориазе будет расцениваться как травма, защитная реакция из-за нарушения баланса гормонов становится патологической [16, 17].

Гормон передней доли гипофиза – пролактин – является одним из ключевых компонентов системы, снижающей уровень стресса в организме. Этот гормон существенно влияет на функциональные взаимодействия в системе гипоталамус-гипофиз-гонады и органы-мишени. Пролактин играет важную роль в формировании адаптивных реакций организма, сдерживая избыточные реакции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [18].

Наблюдается снижение уровня мелатонина, которое приводит к подавляющему влиянию на антиоксидантную, иммуномодулирующую и противовоспалительную активность в организме. Нарушение суточного ритма секреции гормона приводит к изменению циркадных ритмов, что часто становится причиной дневной сонливости, ночной бессонницы, повышенной раздражительности, слабости, вялости.

Метаболический синдром- часто встречаемое коморбидное заболевание у больных псориазом. Псориаз и метаболический синдром имеют общие механизмы разви-

тия- хроническое медленно текущее системное воспаление и повышенное содержание провоспалительных цитокинов: интерлейкинов, фактора некроза опухоли-альфа. Нарушенное взаимодействие Т-клеток и усиленная выработка провоспалительных цитокинов приводят к активации нейтрофилов в эпидермисе и повышенному синтезу кератиноцитов. В результате этого происходит продолжительная активация Т-клеток и образуется замкнутый цикл воспаления в коже, что, в свою очередь, приводит к образованию псориазных бляшек. Также у пациентов с псориазом и метаболическим синдромом риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы повышен, угнетение психоэмоционального состояния в виде повышенной тревожности, беспокойства, депрессивных расстройств наблюдается чаще, чем у больных без метаболического синдрома [19, 20].

У людей, страдающих псориазом, существует повышенный риск развития ожирения. Это связано с тем, что оба эти состояния имеют схожесть в патогенезе: провоспалительные цитокины, участвующие в развитии воспаления при псориазе, синтезируются и в жировой ткани макрофагами. Отложения жировой ткани характеризуются повышенным синтезом адипокинов: лептина и резистина, в то время как висцеральная жировая ткань, а не подкожная жировая ткань, связана с воспалением сосудов аорты при ожирении и псориазе. Таким образом, можно считать, что это ещё одна причина, повышающая риск сердечно-сосудистых заболеваний [14, 20].

У пациентов с тяжелой формой псориаза распространенность ожирения более высокая по сравнению с теми, кто страдает легкой формой заболевания. Взаимосвязь ожирения и псориаза обусловлена не только физиологическими факторами, но и социально-психологическими. Более высокий риск вредных привычек: употребление алкоголя, курение, неправильное питание, изоляция от социума, депрессия также приводят к увеличению массы тела. Важная роль отводится свободным жирным кислотам в рационе, так как они могут усиливать воспалительные процессы и ухудшать состояние кожи при псориазе. Отмечается, что значительная потеря веса может улучшить состояние при псориазе и привести к ремиссии заболевания [11, 14, 20].

### Заключение

В результате изучения материалов по выбранной теме было выяснено, что псориаз – это заболевание, сопровождающееся сопутствующей патологией и приводящее

к изменению не только физического состояния человека, но и психоэмоционального. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, пищеварительной системы, эндокринной системы негативно сказываются на прогрессировании заболевания, ухудшая прогноз и качество жизни пациентов. Изменение психоэмоционального состояния больных приводит к трудностям в общении и пребывании в обществе, так как они становятся объектом внимания, часто ощущают на себе взгляды прохожих, что приводит к изоляции от социума и развитию депрессивных расстройств.

### Список литературы

1. Круглова Л.С., Руднева Н.С., Бакулев А.Л., Хотко А.А. Инверсный псориаз и псориаз «трудных» локализаций: эффективность тактика // Медицинский алфавит. 2022. № 27. С. 14-20. DOI: 10.33667/2078-5631-2022-27-14-20.
2. Бакулев А.Л., Шагова Ю.В., Козлова И.В. Псориаз как системная патология // Саратовский научно-медицинский журнал. 2008. Т. 4, № 1. С. 13-20.
3. Карякина Л.А., Кукушкина К.С., Карякин А.С. Гастроэнтерологические проблемы псориаза // Children's Medicine of the North-West. 2023. Т. 11, № 1. С. 32-41. DOI: 10.56871/CmN-W.2023.72.61.003.
4. Marek-Jozefowicz L., Czajkowski R., Borkowska A., Nedoszytko B., Żmijewski M.A., Cudała W.J., Slominski A.T. The Brain-Skin Axis in Psoriasis-Psychological, Psychiatric, Hormonal, and Dermatological Aspects // Int J Mol Sci. 2022 Jan 8. № 23 (2). P. 669. DOI: 10.3390/ijms23020669.
5. Заславский Д.В., Павленко Д.В. Псориаз: из кожи вон рациональный подход к патогенетической терапии псориаза у подростков: современный взгляд на проблему // StatusPraesens. Педиатрия и неонатология. 2018. № 3(50). С. 64-71.
6. Зайнуллина О.Н., Хисматуллина З.Р., Красильникова Е.С. Качество жизни и психоэмоциональные нарушения при заболеваниях кожи // Современные проблемы науки и образования. 2023. № 6. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=33166> (дата обращения: 06.12.2024). DOI: 10.17513/spno.33166.
7. Рысбекова Д.Е., Бейсебаева У.Т., Машкунова О.В., Альменова Л.Т., Бегимжанова Б.К., Колбаев М.Т., Ахтаева Н.С. Корреляционная связь между качеством жизни и тяжестью течения псориаза // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2020. № 1. С. 75-81.
8. Rendon A., Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment // Int J Mol Sci. 2019 Mar 23. № 20(6). P. 1475. DOI: 10.3390/ijms20061475.
9. Новицкая Н.Н., Якубович А.И. Качество жизни и псориаз: психологические аспекты // Сибирский медицинский журнал. 2008. Т. 77, № 2. С. 8-13.
10. Tishina E.I., Nasar G.M.M.Ya. The assessment of the impact of psoriasis on the quality of life in Indian patients // New Science Award – 2023. 2023. P. 18-24. DOI: 10.46916/21032023-2-978-5-00174-912-7.
11. Кондратьева Ю.С., Ведлер А.А. Оценка факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы у пациентов с псориазом // Медицинское обозрение. Наука и практика. 2016. № 1(5). С. 34-38.
12. Хотко А.А., Помазанова М.Ю., Козырь Я.В. Заболевание сердечно-сосудистой системы у больных тяжелыми и средне-тяжелыми формами псориаза // Медицинский алфавит. 2021. № 9. С. 21-23. DOI: 10.33667/2078-5631-2021-9-21-23.

13. Weber B., Merola J.F., Husni M.E., Di Carli M., Berger J.S., Garshick M.S. Psoriasis and Cardiovascular Disease: Novel Mechanisms and Evolving Therapeutics. *Curr Atheroscler Rep.* 2021 Sep 1. Vol. 23(11). Is. 67. DOI: 10.1007/s11883-021-00963-y.
14. Ковалева Ю.С., Ведлер А.А. Псориаз и сердечно-сосудистая коморбидность – взаимоотношающаяся связь // *Медицинский совет.* 2023. Т. 17, № 13. С. 24-31. DOI: 10.21518/ms2023-102.
15. Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р., Мухаметшина Э.И., Абдулганиева Д.И. Разнообразие коморбидной патологии у пациентов с псориазическим артритом молодого и среднего возраста // *Вестник современной клинической медицины.* 2021. Т. 14, № 1. С. 47-52. DOI: 10.20969/VSKM.2021.14(1).47-52.
16. Дашук А.М., Добржанская Е.И., Пустовая Н.А. Изучение изменений некоторых функций эндокринной системы у больных распространенным псориазом // *Мир медицины и биологии.* 2018. Т. 14, № 3(65). С. 54-58. DOI: 10.26724/2079-8334-2018-3-65-54-58.
17. Умарова М., Абдунабиева Х., Абдурахимов А. Нугманов О., Тошпулатов Б. Роль эндокринных изменений и ожирения в патогенезе и возникновении псориаза // *Re-Health Journal.* 2020. № 2-3(6). С. 35-42. DOI: 10.24411/2181-0443/2020-10080.
18. Бобынцев И.И., Левшин Р.Н., Силина Л.В. Нервные и эндокринные механизмы патогенеза псориазической болезни // *Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье.* 2007. № 2. С. 80-86.
19. Лыкова С.Г., Спицына А.В., Моржанаева М.А. Метаболический синдром и псориаз как коморбидные состояния // *Дальневосточный медицинский журнал.* 2017. № 1. С. 93-98.
20. Камия К., Кисимото М., Сугай Дж., Комине М., Охцуки М. Факторы риска развития псориаза // *Int J Mol Sci.* 2019 Sep 5. Vol. 20(18). P. 4347. DOI: 10.3390/ijms20184347.