

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ



А. В. Брынина

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Псориаз – хронический рецидивирующий дерматоз с доминирующей генетической основой, характеризующийся гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки клеток эпидермиса, воспалительной реакцией в дерме, многочисленными биохимическими, сосудистыми и иммунологическими аномалиями.

Цель исследования – изучить частоту встречаемости отдельных кожных симптомов, оценить качество жизни и наличие сопутствующей патологии у пациентов с псориазом, получавших лечение в ГУЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Материал и методы. В исследовании приняли участие 57 пациентов, из них на долю мужчин пришлось 60%, женщин – 40%. Медиана возраста составила 47 лет. Оценивали клиническую характеристику и наличие сопутствующих заболеваний у пациентов с псориазом, индекс распространенности и тяжести псориаза (индекс PASI) и дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ).

Результаты. При анализе частоты встречаемости отдельных кожных симптомов наиболее часто отмечалось поражение волосистой части головы и себорейных зон, 73,7 и 59,6%, соответственно. Медианное значение индекса PASI составило 20,0, при этом минимальное значение – 9, максимальное – 48. Среди обследованных пациентов медиана индекса ДИКЖ составила 10 баллов, а более 50% указали на «умеренное» снижение качества жизни. Среди 57 опрошенных пациентов 27 (47%) имели сопутствующие заболевания. При оценке характера коморбидных состояний чаще всего у пациентов с псориазом наблюдались заболевания сердечно-сосудистой системы и гиперхолестеринемия с дислипидемией, 26,3 и 21,1% от общего числа обследованных, соответственно.

Выводы. Проблемы сочетанной патологии у пациентов с псориазом актуальны, требуют дальнейшего углубленного изучения и поиска научно обоснованных решений, которые позволят улучшить качество медицинской помощи пациентам как с изолированным псориазом, так и с его сочетанным течением.

Ключевые слова: псориаз, коморбидность, сочетанная патология, качество жизни.

Для цитирования: Брынина, А. В. Клиническая характеристика, качество жизни и коморбидная патология пациентов с псориазом / А. В. Брынина // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2024. Т. 22, № 1. С. 56-60. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2024-22-1-56-60>

Введение

Псориаз – хронический рецидивирующий дерматоз, с доминирующей генетической основой, характеризующийся гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки клеток эпидермиса, воспалительной реакцией в дерме, многочисленными биохимическими, сосудистыми и иммунологическими аномалиями [1].

Клинические варианты, когда псориаз ассоциируется с неинфекционными (сердечно-сосудистые заболевания, болезни эндокринной, нервной, иммунной, гепатобилиарной системы, желудочно-кишечного тракта) или инфекционными заболеваниями (экзантемы, хронические инфекции кожи и верхних дыхательных путей, болезни мочеполовой системы), представляют собой существенную и актуальную проблему. Ассоциация данных клинических вариантов с псориазом характеризуется взаимно отягчающим течением коморбидной патологии, связанным с риском возникновения аутоиммунных процессов и ускоренным развитием атеросклероза.

Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) возникают вследствие неадекватного иммунного ответа на комменсальные микроорганизмы у лиц с генетической предрасположенностью. В литературных источниках выделяют несколько потенциальных эпидемиологических связей между воспалитель-

ными заболеваниями кишечника и псориазом [2].

При псориазе выявлена более высокая частота воспалительных заболеваний кишечника. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что риск болезни Крона и язвенного колита при псориазе более чем в два раза выше, чем в общей популяции [3].

Целиакию можно рассматривать как аутоиммунное заболевание, вызванное употреблением глютена у генетически предрасположенных людей. Специфические антитела для целиакии также были обнаружены у пациентов с псориазом и другими аутоиммунными и воспалительными состояниями, такими как системная красная волчанка, ревматоидный артрит и синдром Шегрена. В частности, показано, что уровень данных антител коррелирует с тяжестью псориаза. Помимо этих серологических данных, была документально подтверждена эпидемиологическая связь между псориазом и целиакией [4].

Неалкогольную жировую болезнь печени можно назвать гетерогенным заболеванием, включающим как относительно доброкачественную простую жировую болезнь печени, так и тяжелый неалкогольный стеатогепатит. Неалкогольная жировая болезнь печени диагностируется у 20-30% лиц в общей популяции и представляет собой установленный сердечно-сосудистый фактор риска, а частое проявление метаболического синдрома также обычно

существует с инсулинорезистентностью [5]. Энтеропатогенная связь между псориазом и неалкогольной жировой болезнью печени не однозначна, поскольку в последнее время оба эти заболевания все чаще признаются как системные заболевания. Некоторые провоспалительные цитокины, синтезируемые лимфоцитами и кератиноцитами кожи, пораженной псориазом, в том числе интерлейкин-6, интерлейкин-17 и фактор некроза опухоли-альфа, могут способствовать системной резистентности к инсулину, распространенной черте неалкогольной жировой болезни печени [6, 7].

Среди сопутствующей соматической патологии псориаз часто может сочетаться с поражением сердца и сосудов, в том числе атеросклеротического генеза. Ведущее значение в развитии воспалительного процесса как при псориазе, так и при ишемической болезни сердца принадлежит цитокинам, точнее – нарушению баланса в цитокиновом статусе, их активации по воспалительному типу [8]. Важно, чтобы уровень ответа, индуцируемый цитокинами, соответствовал уровню «вызова» и не приводил к повреждению здоровых тканей [9]. Это позволяет расценивать пациентов с псориазом как группу риска, склонную к развитию повреждений сосудистой стенки.

Гормоны оказывают большое влияние на выраженность клинических проявлений псориаза. Об этом свидетельствуют пики частоты заболевания в период полового созревания и менопаузы, а также пики в возрасте 30 и 50 лет. Следовательно, гормональные отклонения, серьезные изменения и гормональные заболевания могут представлять собой факторы риска, пусковые или модулирующие факторы в развитии псориаза [10].

Стресс сильно влияет как на эндокринные, так и на иммунные реакции. Гипоталамус-гипофиз-надпочечниковая ось модулирует гормоны стресса кортизол и адреналин, которые являются антагонистами и оказывают важное влияние на иммунную систему [11]. Иммунные клетки (макрофаги, Т- и В-лимфоциты) экспрессируют бета-адренергические рецепторы, а адреналин вызывает множественные, но двойные иммунные реакции: запускает реакцию макрофагов за счет увеличения секреции цитокинов (фактор некроза опухоли-альфа, интерлейкин-1, интерлейкин-10) [12].

Таким образом, указанные проблемы сочетанной патологии актуальны, требуют дальнейшего углубленного изучения и поиска научно обоснованных решений, которые позволят улучшить качество медицинской помощи пациентам как с изолированным псориазом, так и с его сочетанным течением. Дальнейшие исследования приведут к изменению понимания ключевых подходов к диагностике и лечению коморбидности.

Цель исследования – изучить частоту встречаемости отдельных кожных симптомов, оценить качество жизни и наличие сопутствующей патологии у пациентов с псориазом, получавших лечение в ГУЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Материал и методы

В исследовании приняли участие 57 пациентов, из них 34 – мужчины (60%) и 23 – женщины (40%). Медиана возраста составила 47 (33; 75) лет. Для изучения характера сопутствующих заболеваний у пациентов с псориазом проведено анкетирование лиц, находившихся на лечении в ГУЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Диагноз псориаза устанавливали на основании клинического обследования, которое включало: сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания, данных местного статуса (обнаружение типичных псориазических высыпаний в виде папул и бляшек). Для клинической диагностики псориаза использовали «псориазическую триаду», также оценивали индекс распространенности и тяжести псориаза (индекс PASI) и дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) [13].

Статистический анализ результатов исследования выполняли с помощью пакета статистических программ Statistica 10.0 с использованием непараметрических критериев. Количественные данные представлены в виде медиан и межквартильного размаха (между 25 и 75 квартилями), качественные данные в виде абсолютных и относительных частот. Для оценки наличия корреляционных связей между показателями использовали коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение

Несмотря на то, что наследственная предрасположенность по наличию псориаза не вызывает сомнения, среди 57 обследованных факт отягощения наследственности (выявление данной патологии у ближайших родственников) был выявлен лишь у 18 пациентов (31,6%).

При анализе частоты встречаемости отдельных кожных симптомов наиболее часто отмечалось поражение волосистой части головы и себорейных зон, 73,7 и 59,6%, соответственно (табл. 1).

Таблица 1. – Частота отдельных кожных симптомов у пациентов с псориазом

Table 1. – Frequency of selected skin symptoms in patients with psoriasis

Симптомы	Пациенты с псориазом (n=57)	
	абс.	%
Зуд кожи	38	66,7
Поражение крупных складок	8	14
Поражение себорейных зон	34	59,6
«Дежурные бляшки»	29	50,9
Поражение ладоней и подошв	16	28,1
Поражение волосистой части головы	42	73,7
Поражение ногтей	26	45,6

Степень тяжести поражения кожного покрова у всех обследуемых рассчитывалась согласно индексу PASI, который выражался целым числом от 0 до 72 и отражал площадь поражения с

учетом интенсивности проявлений клинических признаков: эритема, интенсивность шелушения и инфильтрации. По нашим данным, медианное значение индекса PASI составило 20,0 (18; 28), при этом минимальное значение составило 9, максимальное – 48.

Оценку качества жизни пациентов проводили по балльной системе согласно опроснику ДИКЖ, где пациентам предлагается оценить степень влияния кожного заболевания в повседневной жизни в недавнее время. Согласно данному опроснику интерпретировали результаты по сумме набранных баллов: 0-1 – заболевание не оказывает эффекта на жизнь пациента; 2-5 – небольшой эффект; 6-10 – умеренный эффект; 11-20 – очень сильный эффект; 21-30 – чрезвычайно сильный эффект на жизнь пациента. Среди обследованных пациентов медиана индекса ДИКЖ составила 10 (8; 13) баллов, а более 50% указали на «умеренное» снижение качества жизни (табл. 2).

Таблица 2. – Степень снижения качества жизни обследованных пациентов

Table 2. – The degree of decrease in the quality of life of the examined patients

Сумма баллов, набранных по опроснику ДИКЖ	абс.	%
0-1	0	0
2-5	1	1,8
6-10	31	54,4
11-20	17	29,8
21-30	8	14,0

При расчете коэффициента ранговой корреляции Спирмена (R) была выявлена статистически значимая прямая корреляционная связь между значениями индекса PASI и ДИКЖ $R=0,58$, что, согласно шкале Чеддока, интерпретируется как заметная корреляционная связь. Кроме того, установлена статистически значимая прямая корреляционная связь между выраженностью ДИКЖ и поражением ладоней и подошв – $R=0,33$ (умеренная связь), выраженностью зуда и поражением себорейных зон – $R=0,4$ (умеренная связь), поражением себорейных зон и наличием дежурных бляшек, а также поражением волосистой части головы – $R=0,3$ (умеренная связь) и $R=0,48$ (умеренная связь), соответственно.

Среди 57 опрошенных пациентов 27 (47%) имели сопутствующие заболевания. При оценке характера коморбидных состояний чаще всего у пациентов с псориазом наблюдались заболевания сердечно-сосудистой системы и гиперхолестеринемия с дислипидемией, 26,3 и 21,1% от общего числа обследованных, соответственно (табл. 3).

При расчете коэффициента ранговой корреляции Спирмена (R) выявлена статистически значимая прямая корреляционная связь между частотой встречаемости у пациентов с псориазом сопутствующих сердечно-сосудистых и эндокринологических заболеваний ($R=0,44$) (умеренная корреляционная связь), между частотой гиперхолестеринемии и эндокринологическими забо-

Таблица 3. – Сопутствующие заболевания у обследованных пациентов

Table 3. – Concomitant diseases in the examined patients

Сопутствующие заболевания	абс.	%
Сердечно-сосудистая патология	15	26,3
Гиперхолестеринемия и дислипидемия	12	21,1
Заболевания желудочно-кишечного тракта	6	10,5
Эндокринологические заболевания	6	10,5
Дыхательная система	4	7,0
Другие заболевания	3	5,3

леваниями ($R=0,52$) (заметная корреляционная связь), между эндокринологическими заболеваниями и болезнями желудочно-кишечного тракта у обследованных пациентов ($R=0,44$) (умеренная корреляционная связь).

В ряде исследований также изучалась связь между тяжестью псориаза и риском сердечно-сосудистых заболеваний [14]. Значительное количество эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах, показало, что псориаз в значительной степени связан с увеличением распространенности сердечно-сосудистых заболеваний. Крупномасштабное популяционное эпидемиологическое исследование, проведенное в Великобритании с использованием базы данных исследований общей практики, показало, что риск инфаркта миокарда увеличивается у пациентов с псориазом. Более того, существовала тесная связь между риском развития инфаркта миокарда и тяжестью заболевания псориазом [15].

Атеросклероз коронарных артерий – решающий фактор риска развития ишемической болезни сердца. Несколько исследований показали, что у пациентов с псориазом распространенность и тяжесть кальцификации коронарных артерий и атеросклероза (измеряемые с помощью компьютерной томографии сердца, коронарной компьютерной томографии или коронарной ангиографии) выше, чем у здоровых лиц из контрольной группы. С другой стороны, установлено, что снижение тяжести заболевания псориазом связано с развитием коронарного атеросклероза [16, 17].

В нескольких исследованиях приведена значительная взаимосвязь между псориазом и распространенностью артериальной гипертензии. Мета-анализ показал повышенную частоту гипертонии у пациентов с псориазом с отношением шансов 1,30 для легкого течения псориаза и 1,49 для тяжелого течения псориаза. Установлено также, что пациенты с псориазом имеют больший риск неконтролируемого течения артериальной гипертензии, причем этот риск связан с тяжестью псориаза [18].

Заключение

Псориаз относится к аутоиммунным заболеваниям, представляет собой системный процесс с выраженными функциональными и морфологическими изменениями органов и систем организма, резко снижает качество жизни пациентов, приводит к психической и социальной дезадаптации, стойкой утрате трудоспособности, обуслав-

ливая не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы.

В связи с частой ассоциацией псориаза с поражением других органов и систем необходим поиск междисциплинарного подхода при координации действий врачей-дерматологов и других

специалистов, что приведет к улучшению стандартов диагностики и лечения пациентов с данной патологией. В связи с этим проблема псориаза и сопутствующих заболеваний актуальна, требует дальнейшего изучения в данном направлении.

Литература

1. Хворик, Д. Ф. Псориаз и ассоциированная с ним патология / Д. Ф. Хворик, Д. Е. Конкин, А. В. Брынина. – Гродно : ГрГМУ, 2018. – 132 с. – edn: GMXXJP.
2. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study / R. Parisi [et al.] // *BMJ*. – 2020. – Vol. 369. – P. m1590. – doi: 10.1136/bmj.m1590.
3. Crohn's disease / J. Torres [et al.] // *Lancet*. – 2017. – Vol. 389, № 10080. – P. 1741-55. – doi 10.1016/S0140-6736(16)31711-1.
4. Prevalence of coeliac disease in primary biliary cirrhosis and of antimitochondrial antibodies in adult coeliac disease patients in Italy / A. Floreani [et al.] // *Dig Liver Dis*. – 2002. – Vol. 34, № 4. – P. 258-261. – doi: 10.1016/s1590-8658(02)80145-1.
5. Dowman, J. K. Systematic review: the diagnosis and staging of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis / J. K. Dowman, J. W. Tomlinson, P. N. Newsome // *Aliment Pharmacol Ther*. – 2011. – Vol. 33, № 5. – P. 525-540. – doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04556.x.
6. Patients with psoriasis are at a higher risk of developing nonalcoholic fatty liver disease / R. Abedini [et al.] // *Clin Exp Dermatol*. – 2015. – Vol. 40, № 7. – P. 722-727. – doi: 10.1111/ced.12672.
7. Serum fatty acid profile in psoriasis and its comorbidity / H. Myśliwiec [et al.] // *Arch Dermatol Res*. – 2017. – Vol. 309, № 5. – P. 371-380. – doi: 10.1007/s00403-017-1748-x.
8. Chodorowska, G. C-reactive protein and alpha2-macroglobulin plasma activity in medium-severe and severe psoriasis / G. Chodorowska, D. Wojnowska, M. Juszkievicz-Borowiec // *J Eur Acad Dermatol Venereol*. – 2004. – Vol. 18, № 2. – P. 180-183. – doi: 10.1111/j.1468-3083.2004.00863.x.
9. Особенности нарушений в системе цитокинов и липидного обмена у больных псориазом / М. В. Ахлупкина [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 2. – С. 434-437. – edn: OKIXWR.
10. The association of psoriasis with autoimmune diseases / J. J. Wu [et al.] // *J Am Acad Dermatol*. – 2012. – Vol. 67, № 5. – P. 924-930. – doi: 10.1016/j.jaad.2012.04.039.
11. Kurd, S. K. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: results from NHANES 2003-2004 / S. K. Kurd, J. M. Gelfand // *J Am Acad Dermatol*. – 2009. – Vol. 60, № 2. – P. 218-224. – doi: 10.1016/j.jaad.2008.09.022.
12. Genetic Factors Explain Variation in the Age at Onset of Psoriasis: A Population-based Twin Study / A. S. Lønnberg [et al.] // *Acta Derm Venereol*. – 2016. – Vol. 96, № 1. – P. 35-38. – doi: 10.2340/00015555-2171.
13. Адаскевич, В. П. Диагностические индексы в дерматологии / В. П. Адаскевич. – Москва : Издательство Панфилова, 2014. – 343 с. – edn: FBKMJS.
14. Heart disease and stroke statistics – 2015 update: a report from the American Heart Association / D. Mozaffarian [et al.] // *Circulation*. – 2015. – Vol. 131, № 4. – P. e29-322. – doi: 10.1161/CIR.000000000000152.
15. Quantifying cardiovascular disease risk factors in patients with psoriasis: a meta-analysis / I. M. Miller [et al.] // *Br J*

16. Exploring the association between cardiovascular and other disease-related risk factors in the psoriasis population: the need for increased understanding across the medical community / A. Menter [et al.] // *J Eur Acad Dermatol Venereol*. – 2010. – Vol. 24, № 12. – P. 1371-1377. – doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03656.x.
17. Brynina, A. V. Comorbid conditions in psoriasis / A. V. Brynina, D. R. Gimhan, A. I. Wickramage // *Journal of the Grodno State Medical University*. – 2023. – Vol. 21, № 1. – P. 12-18. – doi 10.25298/2221-8785-2023-21-1-12-18. – edn FKTMPJ.
18. Relationship of C-reactive protein reduction to cardiovascular event reduction following treatment with canakinumab: a secondary analysis from the CANTOS randomised controlled trial / P. M. Ridker [et al.] // *Lancet*. – 2018. – Vol. 391, № 10118. – P. 319-328. – doi: 10.1016/S0140-6736(17)32814-3.

References

1. Hovorik DF, Konkin DE, Brynina AV. Psoriasis i associirovannaja s nim patologija. Grodno: GrGMU; 2018. 132 p. edn: GMXXJP. (Russian).
2. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020;369:m1590. doi: 10.1136/bmj.m1590.
3. Torres J, Mehandru S, Colombel J-F, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet*. 2017;389(10080):1741-55. doi 10.1016/S0140-6736(16)31711-1.
4. Floreani A, Betterle C, Baragiotta A, Martini S, Venturi C, Basso D, Pittoni M, Chiarelli S, Sategna Guidetti C. Prevalence of coeliac disease in primary biliary cirrhosis and of antimitochondrial antibodies in adult coeliac disease patients in Italy. *Dig Liver Dis*. 2002;34(4):258-61. doi: 10.1016/s1590-8658(02)80145-1.
5. Dowman JK, Tomlinson JW, Newsome PN. Systematic review: the diagnosis and staging of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;33(5):525-40. doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04556.x.
6. Abedini R, Salehi M, Lajevardi V, Beygi S. Patients with psoriasis are at a higher risk of developing nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Exp Dermatol*. 2015;40(7):722-7. doi: 10.1111/ced.12672.
7. Myśliwiec H, Baran A, Harasim-Symbor E, Myśliwiec P, Milewska AJ, Chabowski A, Flisiak I. Serum fatty acid profile in psoriasis and its comorbidity. *Arch Dermatol Res*. 2017;309(5):371-380. doi: 10.1007/s00403-017-1748-x.
8. Chodorowska G, Wojnowska D, Juszkievicz-Borowiec M. C-reactive protein and alpha2-macroglobulin plasma activity in medium-severe and severe psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18(2):180-3. doi: 10.1111/j.1468-3083.2004.00863.x.
9. Akhlupkina MV, Svistunov AA, Bakulev AL, Zakharova NB, Nikitina VV. Disturbances in system of cytokines and lipid exchange in patients with psoriasis. *Saratov Journal*

- of Medical Scientific Research. 2011;7(2):434-437. edn: OKIXWR. (Russian).
10. Wu JJ, Nguyen TU, Poon KY, Herrinton LJ. The association of psoriasis with autoimmune diseases. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67(5):924-30. doi: 10.1016/j.jaad.2012.04.039.
 11. Kurd SK, Gelfand JM. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: results from NHANES 2003-2004. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(2):218-24. doi: 10.1016/j.jaad.2008.09.022.
 12. Lønnberg AS, Skov L, Duffy DL, Skytthe A, Kyvik KO, Pedersen OB, Thomsen SF. Genetic Factors Explain Variation in the Age at Onset of Psoriasis: A Population-based Twin Study. *Acta Derm Venereol*. 2016;96(1):35-8. doi: 10.2340/00015555-2171.
 13. Adaskevich VP. Diagnosticheskiye indeksy v dermatologii. Moskva: Izdatelstvo Panfilova; 2014. 343 p. edn: FBKMJS. (Russian).
 14. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, de Ferranti S, Després JP, Fullerton HJ, Howard VJ, Huffman MD, Judd SE, Kissela BM, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Liu S, Mackey RH, Matchar DB, McGuire DK, Mohler ER 3rd, Moy CS, Muntner P, Mussolino ME, Nasir K, Neumar RW, et al. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131(4):e29-322. doi: 10.1161/CIR.000000000000152.
 15. Miller IM, Skaaby T, Ellervik C, Jemec GB. Quantifying cardiovascular disease risk factors in patients with psoriasis: a meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2013;169(6):1180-7. doi: 10.1111/bjd.12490.
 16. Menter A, Griffiths CE, Tebbey PW, Horn EJ, Sterry W. Exploring the association between cardiovascular and other disease-related risk factors in the psoriasis population: the need for increased understanding across the medical community. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(12):1371-1377. doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03656.x.
 17. Brynina AV, Gimhan DR, Wickramage AI. Comorbid conditions in psoriasis. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2023;21(1):12-18. doi 10.25298/2221-8785-2023-21-1-12-18. edn FKTMPJ. (Russian).
 18. Ridker PM, MacFadyen JG, Everett BM, Libby P, Thuren T, Glynn RJ; CANTOS Trial Group. Relationship of C-reactive protein reduction to cardiovascular event reduction following treatment with canakinumab: a secondary analysis from the CANTOS randomised controlled trial. *Lancet*. 2018;391(10118):319-328. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32814-3.

CLINICAL CHARACTERISTICS, QUALITY OF LIFE AND COMORBID PATHOLOGY OF PATIENTS WITH PSORIASIS

A. V. Brynina

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Background. Psoriasis is a chronic relapsing dermatosis, with a dominant genetic basis, characterized by hyperproliferation and impaired differentiation of epidermal cells, an inflammatory reaction in the dermis, and numerous biochemical, vascular and immunological abnormalities.

The purpose is to study the frequency of individual skin symptoms, to assess the quality of life and concomitant pathologies in patients with psoriasis who received treatment at the Grodno Regional Clinical Dermatovenerological Dispensary.

Material and methods. The study involved 57 patients, of which 60% were men and 40% were women. The median age was 47 years. The clinical characteristics and concomitant diseases in patients with psoriasis, the Psoriasis Area and Severity Index (PASI index) and the Dermatological Quality of Life Index (DQLI) were assessed.

Results. 57 patients took part in the survey, of which 34 were men (60%) and 23 women (40%). The median age was 47 years. When analyzing the frequency of individual skin symptoms, the most frequently noted lesions were the scalp and seborrheic areas, 73.7% and 59.6%, respectively. The median value of the PASI index was 20.0, with a minimum value of 9 and a maximum of 48. Among the examined patients, the median of the DLQI index was 10 points, and more than 50% indicated a "moderate" decrease quality of life. Among the 57 patients surveyed, 27 (47%) had concomitant diseases. When considering the nature of comorbid conditions, diseases of the cardiovascular system and hypercholesterolemia with dyslipidemia were most often observed in patients with psoriasis, 26.3% and 21.1% according to general survey indicators.

Conclusions. The problems of combined pathology in patients with psoriasis are relevant and require further in-depth study and the search for scientifically based solutions that will improve the quality of medical care for patients with both isolated psoriasis and its combined course.

Keywords: psoriasis, comorbidity, combined pathology, quality of life.

Для цитирования: Брынина, А. В. Клиническая характеристика, качество жизни и коморбидная патология пациентов с псориазом / А. В. Брынина // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2024. Т. 22, № 1. С. 56-60. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2024-22-1-56-60>

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.

Conformity with the principles of ethics. The study was approved by the local ethics committee.

Об авторе / About the author

Брынина Анастасия Викторовна / Brynina Anastasia, e-mail: brynina@gmail.com, ORCID: 0000-0003-2394-404X