

Олисова О.Ю., Гараян Л.Г.

КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ПСОРИАЗЕ

Кафедра кожных венерических болезней им. В.А. Рахманова ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия

Псориаз является одним из наиболее распространенных хронических рецидивирующих дерматозов, который не ограничивается поражением только кожи, а приводит к нарушению функций разных органов. В статье представлены современные данные литературы о связи псориаза с различными коморбидными состояниями. Предполагается, что развитие коморбидностей, скорее всего, основано на общих патогенетических механизмах сочетающихся заболеваний и не зависит от образа жизни и социально-экономических факторов. Среди наиболее часто встречающихся сопутствующих заболеваний, в зависимости от степени тяжести течения псориаза, выделяют сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, метаболический синдром, что необходимо учитывать при выборе тактики проводимого лечения и требует тщательного наблюдения таких пациентов с целью разработки новых персонализированных терапевтических подходов.

Ключевые слова: обзор литературы; псориаз; коморбидность; сердечно-сосудистые заболевания; сахарный диабет; метаболический синдром.

Для цитирования: Олисова О.Ю., Гараян Л.Г. Коморбидности при псориазе. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016; 19(6): 346-348. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2016-19-6-346-348>

Olisova O.Yu., Garanyan L.G.

COMORBIDITIES IN PSORIASIS

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation

The article describes the modern data on the connection of psoriasis with various comorbidities. It identifies the most frequent comorbid diseases recorded in patients, depending on the severity of psoriasis. Among the most common comorbidities, there are cardiovascular diseases, diabetes, metabolic syndrome, that must be considered when choosing the treatment.

Key words: psoriasis; comorbidity; cardiovascular diseases; diabetes; metabolic syndrome.

For citation: Olisova O.Yu., Garanyan L.G. Comorbidities in psoriasis. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2016; 19(6): 346-348. (in Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2016-19-6-346-348>

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

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 06 October 2016

Accepted 20 October 2016

Псориаз – хронический рецидивирующий дерматоз многофакторной природы с генетической предрасположенностью. Согласно клинко-статистическим данным псориазом страдает от 3 до 7% населения планеты, популяционная частота псориаза в странах Центральной Европы от 2 до 4,7% [1, 2]. В последние годы укрепилось мнение, что развитие патологических процессов при псориазе не ограничивается формированием пора-

жений кожи и ее придатков – ногтей, а приводит к нарушениям функций разных органов [3]. Предполагается, что развитие коморбидностей, скорее всего, основано на общих патогенетических механизмах сочетающихся заболеваний и не зависит от образа жизни, социально-экономических факторов и обычно имеет тенденцию увеличиваться с возрастом. Псориаз имеет ряд общих иммунологических признаков с другими сложными по патогенезу заболеваниями, такими как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, психические расстройства, воспалительные заболевания кишечника и суставов [4, 5]. Помимо схожих иммунологических механизмов обнаружены также гены, общие для псориаза и встречающихся при нем коморбидностей [6, 7].

У больных вульгарным псориазом умеренного и тяжелого течения чаще, чем в общей популяции, встречаются факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [8]. Больные тяжелыми формами псориаза имеют повышенные показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с общей популяцией [9]. Относительный риск инфаркта миокарда

Для корреспонденции:

Гараян Лусинэ Гарегиновна, аспирант кафедры кожных венерических болезней ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия. E-mail: lusine90@list.ru.

For correspondence:

Garanyan Lusine G., Department of Dermatology and Venereology of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation. E-mail: lusine90@list.ru.

Information about authors:

Olisova Olga Yu., <http://orcid.org/0000-0003-2482-1754>;
Garanyan Lusine G., <http://orcid.org/0000-0002-0854-9810>.

растет с увеличением степени тяжести псориаза, отмечено 3-кратное увеличение риска развития инфаркта у больных вульгарным псориазом мужского пола в возрасте старше 30 лет [10]. Повышенный риск инфаркта миокарда наблюдается во всех возрастных группах, при этом он имеет тенденцию к уменьшению с возрастом [9, 10]. Больные вульгарным псориазом в возрасте старше 60 лет имеют повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний даже при условии контроля факторов риска (ожирение, злоупотребление алкоголем, курение). Полученные данные позволяют предположить, что псориаз может быть независимым фактором риска преждевременно формирующихся сердечно-сосудистых заболеваний [9, 10]. Показана корреляционная связь между тяжестью течения псориаза и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, учащением заболеваний периферических сосудов, нарушений мозгового кровообращения [9, 11–13]. J. Кауе и L. Li [12] выявили, что частота факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, артериальной гипертензии, ожирения и гиперлипидемии увеличена у лиц с впервые диагностированным псориазом по сравнению с популяцией здорового населения.

В последние годы появилось немало исследований коморбидных состояний [14, 15]. Среди больных псориазом умеренного и тяжелого течения отмечена повышенная распространенность метаболического синдрома, который сочетает висцеральное ожирение, инсулинорезистентность, дислипидемию и артериальную гипертензию [16–18]. Риск формирования метаболического синдрома увеличивается с утяжелением псориаза. Кроме того, повышенный риск развития отдельных компонентов метаболического синдрома показывает зависимость ответа на лечение от тяжести псориаза [19].

A. Goldminz и соавт. [20] обследовали 20 детей в возрасте 9–17 лет с вульгарным псориазом на момент исследования или в анамнезе, имеющих поражение 5% площади поверхности тела, которых сравнивали с контрольной группой лиц с доброкачественными невусами, бородавками или акне. Было установлено, что дети, страдающие псориазом, имеют значительно более высокий риск развития метаболического синдрома: 30% больных отвечали критериям метаболического синдрома, в группе контроля – 5% [19]. В литературе также приводятся доказательства наличия дислипидемии у больных псориазом [9, 21]. S. Wu и соавт. [21], проанализировав показатели липидного обмена у 95 540 участников исследования, определили, что гиперхолестеринемия связана с повышенным риском возникновения вульгарного псориаза, особенно у пациентов, которые имели диагноз гиперхолестеринемии в течение более чем 7 лет. В работе не выявлено связи между заболеваемостью псориазом и применением гиполипидемических препаратов. Выявлены значимые различия в составе липопротеидов и их размере, а также в механизмах обратного транспорта холестерина из макрофагов у больных псориазом по сравнению со здоровыми людьми [22–24]. Так, больные вульгарным псориазом имеют пониженные показатели липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и повышенные липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Отмечено увеличение размера частиц ЛПВП, которые характерны для больных сахарным диабетом [23]. Также было

показано, что аномальный размер ЛПВП связан с формированием хронического воспаления стенок аорты у больных вульгарным псориазом, которое визуализируется с помощью компьютерной томографии (КТ). Данный феномен может служить независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний у таких больных [22]. По мнению M. Holzer и соавт. [24], изменения концентрации ЛПВП у больных псориазом являются результатом нарушения механизмов обратного транспорта холестерина из макрофагов, которые нарастают параллельно с увеличением тяжести вульгарного псориаза.

Некоторые работы выявили сильную взаимосвязь между артериальной гипертензией и наличием у больных псориазом среднего или тяжелого течения. При анализе 309 469 больных псориазом распространенность артериальной гипертензии и сахарного диабета при легких и тяжелых формах псориаза составила 95% [25]. A. Neimann и соавт. [26] отметили, что риск ожирения также растет с увеличением степени тяжести псориаза. Распространенность ожирения у больных легким и тяжелым течением псориаза составила 15,8 и 20,7%, соответственно, по сравнению с 13,2% в контрольной популяции здоровых лиц. Несмотря на то, что больные вульгарным псориазом часто страдают ожирением, до сих пор остается неясным, какое из заболеваний формируется первично. Проспективное исследование, включавшее 78 626 женщин, которых наблюдали в течение 14 лет, выявило зависимость между увеличением индекса массы тела и риском развития псориаза, что позволяет предположить первичную роль ожирения у таких больных [27]. Другая работа [28] выявила, что у 200 больных с недавно диагностированным псориазом наблюдалась большая частота нарушений липидного обмена в раннем периоде заболевания по сравнению со здоровыми лицами контрольной группы. В противоположность описанным данным, большое кросс-секционное исследование [29] показало, что пациенты набирали избыточную массу тела уже после развития вульгарного псориаза. Авторы данного исследования считают, что ожирение является следствием псориаза, а не фактором риска для его развития. В крупном международном исследовании, проведенном в 2013 г. [30], в которое были включены 409 детей с вульгарным псориазом разной степени тяжести. Обнаружено, что дети и подростки с псориазом имели избыточную массу тела и выраженную тенденцию к абдоминальному ожирению по сравнению с группой контроля.

Принимая во внимание тот факт, что наличие тяжелых форм псориаза является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, больным вульгарным псориазом необходимо изменить образ жизни, отказаться от курения, добиться снижения массы тела, а также проводить регулярный скрининг на наличии признаков сахарного диабета и артериальной гипертензии [14]. Больным с умеренным и тяжелым псориазом требуется периодический мониторинг артериального давления, индекса массы тела, окружности талии, липидного профиля, глюкозы крови натощак и гликозилированного гемоглобина [31, 32]. Кроме того, дерматологам следует обсуждать с пациентами рекомендации по снижению массы тела и изменению образа жизни при динамическом наблюдении больных [32].

Проведенный обзор литературы показал, что псориаз у большинства больных сочетается с определенными коморбидными состояниями, является предвестником развития сопутствующих заболеваний, что необходимо учитывать при выборе тактики проводимого лечения и требует тщательного наблюдения таких пациентов с целью разработки новых персонализированных терапевтических подходов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

3. Дегтярев О.В., Меснянкина О.А. Патогенетическая роль нарушений липидного профиля при псориазе. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18 (1): 30–3.
4. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М., Потекаев Н.Н., Билалова У.Г. Псориаз: коморбидности и комедикации. *Врач*. 2009; (5): 15–20.
6. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность. *Клиническая медицина*. 2012; (10): 4–11.
7. Смирнова Л. М., Билалова У. Г. Метаболический синдром и псориаз. М.: ФМК НАДК; 2009.
18. Лыкова С.Г. Некоторые аспекты взаимосвязи псориаза и метаболического синдрома. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2003; (4): 34–8.

Остальные источники литературы см. в References.

REFERENCES

1. Esposito M., Saraceno R., Giunta A., Maccarone M., Chimenti S. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology*. 2006; 12(2): 123–7.
2. Augustin M., Reich K., Glaeske G., Schaefer I., Radtke M. Co-morbidity and age-related prevalence of psoriasis: analysis of health insurance data in Germany. *Acta dermato-venereologica*. 2010; 90(2): 147–51.
3. Degtyarev O.V., Mesnyankina O.A. Pathogenetic role of lipid profile disorders in psoriasis. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2015; 18(1): 30–3. (in Russian)
4. Kochergin N.G., Smirnova L.M., Potekaev N.N., Bilalova U.G. Psoriasis: comorbidity and comedication. *Doctor. Russian Journal (Vrach)*. 2009; (5): 15–20. (in Russian)
5. Li K., Armstrong A.W. A review of health outcomes in patients with psoriasis. *Dermatol. Clin*. 2012; 30(1): 61–72. doi: 10.1016/j.det.2011.08.012.
6. Vertkin A.L., Rumyantsev M.A., Skotnikov A.S. Comorbidity. *Clinical Medicine. Russian Journal (Klinicheskaya meditsina)*. 2012; (10): 4–11. (in Russian)
7. Smirnova L.M., Bilalova U.G. *Metabolic syndrome and psoriasis*. Moscow: PMC NADK; 2009. (in Russian)
8. Gelfand J.M., Neimann A.L., Shin D.B., Wang X., Margolis D.J., Troxel A.B. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA*. 2006; 296(14): 1735–41.
9. Ryan C., Kirby B. Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities. *Dermatol. Clin*. 2015; 33(1): 41–55.
10. Gelfand J.M., Troxel A.B., Lewis J.D., Kurd S.K., Shin D.B., Wang X., et al. The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a populationbased study. *Arch. Dermatol*. 2007; 143(12): 1493–9.
11. Mallbris L., Akre O., Granath F., Yin L., Lindelöf B., Ekblom A., et al. Increased risk for cardiovascular mortality in psoriasis inpatients but not in outpatients. *Eur. J. Epidemiol*. 2004; 19(3): 225–30.
12. Kaye J.A., Li L., Jick S.S. Incidence of risk factors for myocardial infarction and other vascular diseases in patients with psoriasis. *Br. J. Dermatol*. 2008; 159(4): 895–902.
13. Abuabara K., Azfar R.S., Shin D.B., Neimann A.L., Troxel A.B., Gelfand J.M. Cause-specific mortality in patients with severe psoriasis: a population-based cohort study in the UK. *Br. J. Dermatol*. 2010; 163(3): 586–92. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.09941.x.
14. Kimball A.B., Robinson D.Jr., Wu Y., Guzzo C., Yeilding N., Paramore C., et al. Cardiovascular disease and risk factors among psoriasis patients in two US healthcare databases, 2001–2002. *Dermatology*. 2008; 217(1): 27–37. doi: 10.1159/000121333.
15. Armstrong E.J., Harskamp C.T., Armstrong A.W. Psoriasis and major adverse cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J. Am. Heart Assoc*. 2013; 2(2): e000062. doi: 10.1161/JAHA.113.000062.
16. Eckel R.H., Grundy S.M., Zimmet P.Z. The metabolic syndrome. *Lancet*. 2005; 365(9468): 1415–28.
17. Sommer D.M., Jenisch S., Suchan M., Christophers E., Weichenthal M. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch. Dermatol. Res*. 2006; 298(7): 321–8.
18. Lykova S.G. Some aspects of a relationship of psoriasis and metabolic syndrome. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2003; 6(4): 34–8. (in Russian)
19. Langan S.M., Seminara N.M., Shin D.B., Troxel A.B., Kimmell S.E., Mehta N.N., et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a population-based study in the United Kingdom. *J. Invest. Dermatol*. 2012; 132(3): 556–62.
20. Goldminz A.M., Buzney C.D., Kim N., Au S.C., Levine D.E., Wang A.C., et al. Prevalence of the metabolic syndrome in children with psoriatic disease. *Pediatr. Dermatol*. 2013; 30(6): 700–5. doi: 10.1111/pde.12218.
21. Wu S., Li W.Q., Han J., Sun Q., Qureshi A.A. Hypercholesterolemia and risk of incident psoriasis and psoriatic arthritis in US women. *Arth. Rheumatol*. 2014; 66(2): 304–10. doi: 10.1002/art.38227.
22. Yu Y., Sheth N., Krishnamoorthy P., Saboury B., Raper A., Baer A., et al. Aortic vascular inflammation in psoriasis is associated with HDL particle size and concentration: a pilot study. *Am. J. Cardiovasc Dis*. 2012; 2(4): 285–92.
23. Mehta N.N., Li R., Krishnamoorthy P., Yu Y., Farver W., Rodrigues A. et al. Abnormal lipoprotein particles and cholesterol efflux capacity in patients with psoriasis. *Atherosclerosis*. 2012; 224(1): 218–21.
24. Holzer M., Wolf P., Inzinger M., Trieb M., Curcic S., Pasterk L., et al. Anti-psoriatic therapy recovers high-density lipoprotein composition and function. *J. Invest. Dermatol*. 2014; 134(3): 635–42.
25. Armstrong A.W., Harskamp C.T., Armstrong E.J. Psoriasis and the risk of diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2013; 149(1): 84–91.
26. Neimann A.L., Shin D.B., Wang X., Margolis D.J., Troxel A.B., Gelfand J.M. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2006; 55(5): 829–35.
27. Setty A.R., Curhan G., Choi H.K. Obesity, waist circumference, weight change, and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. *Arch. Inter. Med*. 2007; 167(15): 1670–5.
28. Mallbris L., Granath F., Hamsten A., Ståhle M. Psoriasis is associated with lipid abnormalities at the onset of skin disease. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2006; 54(4): 614–21.
29. Herron M.D., Hoffman M.S., Papenfuss J., Hansen C.B., Callis K.P., Krueger G.G. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. *Arch. Dermatol*. 2005; 141(12): 1527–34.
30. Paller A. S., Mercy K., Kwasny M.J., Choon S.E., Cordero K.M., Girolomoni G., et al. Association of pediatric psoriasis severity with excess and central adiposity: an international cross-sectional study. *JAMA Dermatol*. 2013; 149(2): 166–76.
31. Friedewald V.E., Cather J.C., Gelfand J.M., Gordon K.B., Gibbons G.H., Grundy S.M., et al. AHA editors consensus: psoriasis and coronary artery disease. *Am. J. Cardiol*. 2008; 102(12): 1631–43.
32. Strohal R., Kirby B., Puig L., Psoriasis Expert Panel, Girolomoni G., Kragballe K., Luger T., et al. Psoriasis beyond the skin: an expert group consensus on the management of psoriatic arthritis and common co-morbidities in patients with moderate-to-severe psoriasis. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2014; 28(12): 1661–9. doi: 10.1111/jdv.12350.

Поступила 06.10.16
Принята к печати 20.10.16