

ID: 2018-10-3881-A-18395

Клинический случай

Сидярова А.Д.

**Коморбидность при псориазе. Клинический случай**

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Шерстнева В.Н.

**Резюме**

Псориаз – хронический, рецидивирующий дерматоз, который нередко сочетается с другими патологическими состояниями. Течение псориаза при этом изменяется, появляется такая тяжелая форма как эритродермия. В работе приводится описание клинического случая псориаза в коморбидности с сахарным диабетом 2 типа, ожирением 2 степени, псориатическим полиартритом.

**Ключевые слова:** коморбидность, псориатический артрит, псориаз**Актуальность**

Псориаз – хронический, иммунозависимый дерматоз, который нередко наблюдается в сочетании (коморбидностью) с другими патологическими состояниями.

Понятие «коморбидность» (лат. со — вместе, morbus — болезнь) ввел американский врач, профессор Йельского университета Alvan Feinstein в 1970 г. Оно означало наличие нескольких заболеваний отличающихся по клинической картине [1].

Псориаз является одним из самых распространенных дерматозов во всем мире (1-3%). Заболеваемость среди населения на территории Российской Федерации в 2013 г. составила 221 случаев на 100 000 населения [2].

Несмотря на многочисленные исследования, этиология и патогенез псориаза остаются до конца не выяснены. Существуют несколько концепций его происхождения: генетическая, инфекционная, нейрогенная, иммунологическая, обменная, эндокринная и др., что дает возможность считать псориаз мультифакториальным заболеванием с ведущей ролью – иммунологических нарушений. Клиника этого дерматоза отличается значительной вариабельностью – от локализованной формы до универсальной (эритродермия). Эритродермия характеризуется воспалительным поражением более 90% поверхности кожи, вовлечением в процесс суставов, ногтевых пластинок, лимфатических узлов. Она развивается у 2,5-3% больных псориазом, нередко является жизнеугрожающим состоянием[3].

В качестве иллюстрации представлено клиническое наблюдение больной, у которой имело место сочетание псориаза с сахарным диабетом 2 типа, ожирением 2 степени и псориатическим полиартритом.

**Описание клинического случая**

Больная Р., 50 лет поступила в клинику кожных и венерических болезней СГМУ им. В.И. Разумовского 28.11.2017 с жалобами на зудящие высыпания, общую слабость. Из анамнеза известно: больна с 2007 года, когда на коже разгибательных поверхностей верхних конечностей появились розовые элементы сыпи с шелушением. Постепенно патологический процесс распространился на кожу туловища, головы, ягодиц, нижних конечностей. Начало болезни пациентка связывает с оперативным вмешательством (экстирпация матки по поводу cancer uteri). Течение заболевания непрерывно-рецидивирующее, обострение несколько раз в год, не связанное с сезоном. С 2013 года стали беспокоить боли в коленных, голеностопных и межфаланговых суставах стоп, неоднократно лечилась у ревматолога по месту жительства с временным эффектом. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа, ожирение 2 степени (ИМТ-31,4). Наследственность не отягощена.

Объективно: поражение носит универсальный характер. На коже волосистой части головы, туловища, ягодиц, верхних и нижних конечностей - диффузные очаги эритемы и выраженной инфильтрации с четкими контурами, единичные нумулярные папулы, на поверхности которых обильное шелушение серебристыми чешуйками и многочисленные корки серовато-желтого цвета, по периферии - венчики эритемы, свободные от шелушения. При поскабливании по Броксу псориатические феномены «стеаринового пятна», «терминальной пленки», «кровавой росы» позитивны. Отмечается изоморфная реакция (феномен Кебнера). Субъективно - боль в коленных, голеностопных суставах, усиливающаяся при движении. Ониходистрофия (по типу онихолизиса).

Проводились лабораторные и инструментальные методы обследования. В общем клиническом анализе крови: повышение скорости оседания эритроцитов (до 30 мм/час). В биохимическом анализе крови: повышение маркеров цитолиза (АЛТ - 58 ЕД, АСТ - 65 ЕД), гипергликемия (глюкоза 13,7 ммоль/л), ревматоидный фактор отрицательный. При рентгенологическом обследовании костных изменений не выявлено.

Диагноз: Псориаз диффузный, фаза прогрессирования, тяжелая стадия. PASI-61,1. Вторичная парциальная эритродермия. Псориатический полиартрит.

Проведенная цитостатическая, дезинтоксикационная, противовоспалительная терапия на фоне коррекции сопутствующей патологии дала положительный результат.

**Заключение**

Таким образом, можно отметить, что течение псориаза в коморбидности с другими иммунозависимыми заболеваниями приобретает более тяжелый характер.

**Литература**

1. Гюльалиев Д.М. Сочетание склеродермии и псориаза // Клиническая дерматология и венерология. - 2015. - №4. - С.20-22.

2. Мишина О.С., Дворников А.С., Донцова Е.В., Борзунова Л.Н., Обухов А.П. Заболеваемость псориазом и псориатическим артритом среди городского и сельского населения Российской Федерации. // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - №1. Электронное издание.
3. Кожные и венерические болезни./ под ред. О.Ю.Олисовой. -М.: Практическая медицина, 2015. - С.171-178 .