

Вороницкая В.В.

КОМОРБИДНОСТЬ ПСОРИАЗА : СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ЧАСТОТА У ПАЦИЕНТОВ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Качук М.В.

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом повышения квалификации и
переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Хронический характер течения псориаза и наличие системного воспалительного процесса сопровождаются формированием множества коморбидных расстройств, которые способствуют социальной дезадаптации пациентов и достоверно влияют на их жизнь. Для клиницистов в рамках приема пациентов диагностический поиск сопутствующих расстройств при псориазе зачастую представляет трудности из-за их большого разнообразия, разной частоты встречаемости и выраженности ассоциаций с основным заболеванием. В этих условиях особое значение приобретают задачи систематизации имеющихся данных о коморбидности при псориазе, разработки и внедрения в клиническую практику удобных инструментов ранней диагностики сопутствующих расстройств, а также оптимизации междисциплинарного взаимодействия дерматологов, терапевтов, кардиологов и ревматологов с целью снижения заболеваемости, смертности и улучшения качества жизни пациентов.

Цель: установление структуры и частоты коморбидной патологии у пациентов с псориазом, её распределения в зависимости от возраста и пола . Оценка взаимосвязи псориаза с каждым из сопутствующих заболеваний для оптимизации скрининга и ведения пациентов в дерматологической практике.

Материалы и методы. Открытое рандомизированное исследование истории болезни пациентов. Сбор анамнестических данных . Сбор данных , полученных при проведении консультаций другими специалистами . Работа с диаграммами и таблицами.

Результаты и их обсуждение. При анализе полученных данных было выявлено, что псориаз наиболее часто ассоциирован с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, сердечно-сосудистой системы и псориатическим артритом : артериальная гипертензия - 30% , неалкогольная жировая болезнь печени – 25%, болезни желудочно-кишечного тракта – 20%, метаболические нарушения - 15%, псориатический артрит – 10%.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ полученных данных подтверждает тот факт, что псориаз не существует изолированно, а протекает на фоне соматической патологии, что следует учитывать при составлении плана лечения таких пациентов. Выбор между метотрексатом, циклоспорином, инфликсимабом и топическими стероидами определяется риском/пользой каждой группы препаратов именно в контексте наличия ожирения, заболеваний печени, почек, артериальной гипертензии, метаболического синдрома, инфекционного статуса и онкологического анамнеза, что и формирует предпочтительную схему индивидуальной терапии. Координатором лечения чаще всего должен выступать дерматолог, который интегрирует данные всех специалистов, формирует общую терапевтическую стратегию, контролирует безопасность и взаимодействие препаратов, а также отвечает за динамическое наблюдение. Важным элементом становится ведение электронной медицинской карты с единым планом лечения и сроками контроля, ведь ранняя диагностика и коррекция коморбидностей позволяют не только снизить заболеваемость, но и повысить производительность труда и качество жизни пациентов.