



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ**

Псориаз как системное заболевание: клинический случай с коморбидной патологией

ПОДГОТОВИЛА

Ординатор 1 года, 2 группы

Татьяна Козловская

Куратор: доц. Горбенко Алина Сергеевна

11 февраля 2026 года
Город Донецк

Актуальность темы

Псориаз является хроническим иммуновоспалительным заболеванием кожи мультифакторной природы, характеризующимся рецидивирующим течением и возможным системным поражением с вовлечением ногтей, суставов и внутренних органов. В последние годы парадигма понимания псориаза претерпела существенные изменения в медицинском сообществе.

Современная концепция рассматривает псориаз не только как дерматологическую патологию, но и как системное заболевание, ассоциированное с хроническим воспалением, затрагивающим множественные органы и системы. Эта перспектива имеет принципиальное значение для понимания патогенеза, прогноза и выбора терапевтической стратегии.

Коморбидность при псориазе

Коморбидность — это наличие у одного пациента двух и более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой и оказывающих взаимное влияние на течение, прогноз и эффективность терапии.

При псориазе коморбидная патология встречается чрезвычайно часто и существенно утяжеляет течение заболевания, ограничивает выбор терапии и требует междисциплинарного подхода к ведению пациентов.



Клинический случай

Пациент

Мужчина, 47 лет

Диагноз

Распространенный
бляшечный
псориаз (L40.0)

Тяжесть

PASI = 28

Жалобы: на высыпания на коже волосистой части головы, верхних и нижних конечностей, туловища, в области мошонки, сопровождающиеся умеренным зудом, шелушением.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 1994 года, когда впервые, после стресса появились высыпания в области волосистой части головы, сопровождающиеся зудом и шелушением. Обратился к дерматовенерологу по месту жительства и был выставлен ДЗ: себорейный дерматит. Получал наружную терапию (акридерм ГК крем) – с временным эффектом. С 1994 года по 2025 год за медицинской помощью не обращался. Высыпания сохранялись, лечился кремами и мазями нетрадиционной медицины – с незначительным и кратковременным эффектом.

Обострения 1-2 раза в год в осенне-зимний период. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал таблетки Лоратадин, применял противогрибковый шампунь, Акридерм ГК крем, Пантенол крем – без эффекта. Со временем высыпания распространились на кожу верхних и нижних конечностей, туловища. За последние 5 лет отмечает боли в мелких и крупных суставах. Последнее обострение началось месяц назад, когда после стресса, появились новые высыпания по всему кожному покрову и в периональной области. Самостоятельно обратился в ГБУ ДНР РКДВД, госпитализирован в дневной стационар с ДЗ: Распространенный бляшечный псориаз.

Анамнез жизни

Вирусный гепатит, тиф, малярию, ТБС, венерические заболевания, COVID-19 – отрицает.

Наследственный анамнез: отягощен – псориаз у матери.

Аллергоанамнез – не отягощён.

Перенесенные заболевания:

- Хронический колит (2024г.)
- Хронический гастродуоденит (2024г.)
- Хронический криптогенный гепатит с минимальной биохимической активностью без нарушения билирубинообразующей функции печени (2024г.)
- Хронический холецистит (2024г.)

Locus morbi

Патологический процесс носит распространенный и симметричный характер, локализуется на коже волосистой части головы, верхних и нижних конечностей, туловища, мошонке. Высыпания мноморфные и представлены папулами ярко-розового цвета от 0,3 до 0,5 см, сливающимися в бляшки от 2 до 10 см, с серебристо-белым шелушением в центральной части очагов и венчиком воспалительной инфильтрации по периферии. При поскабливании выявляется «стеариновое пятно», «терминальная пленка», «кровавиная роса».

Феномен Кёбнера положительный (в области правого предплечья линейно расположены папулы).

Мелкие и крупные суставы болезненные, кожа над ними слабо гиперемирована.

Ногтевые пластинки пальцев кистей изменены по типу «наперстка»

Индекс PASI

28



Предикторы тяжести заболевания у данного пациента

● Поражение
волосистой
части
головы

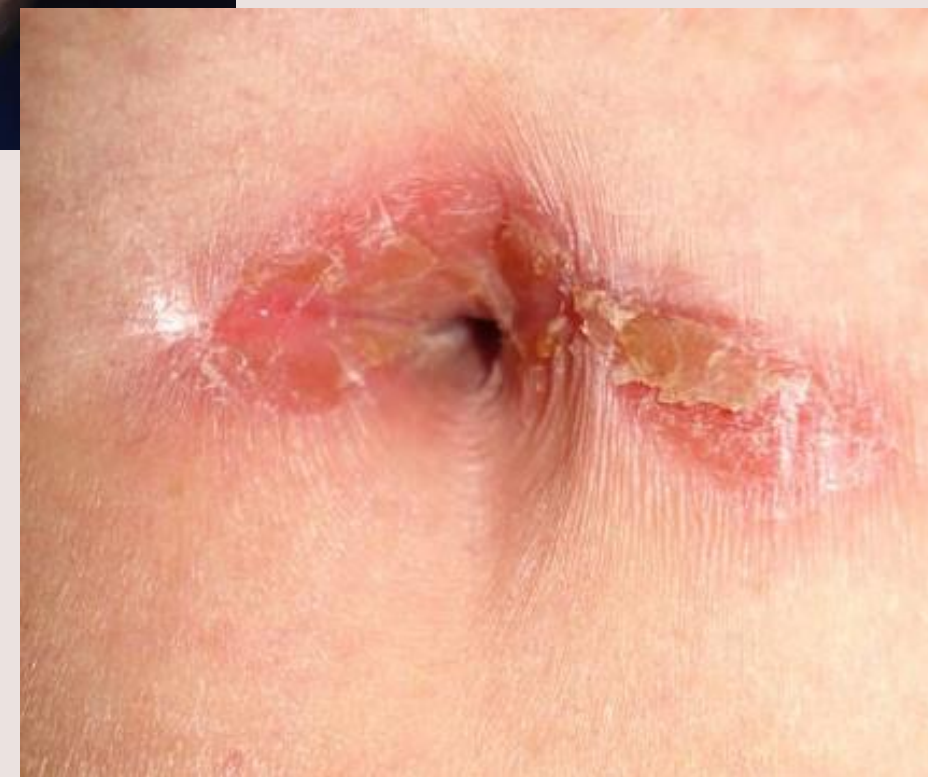
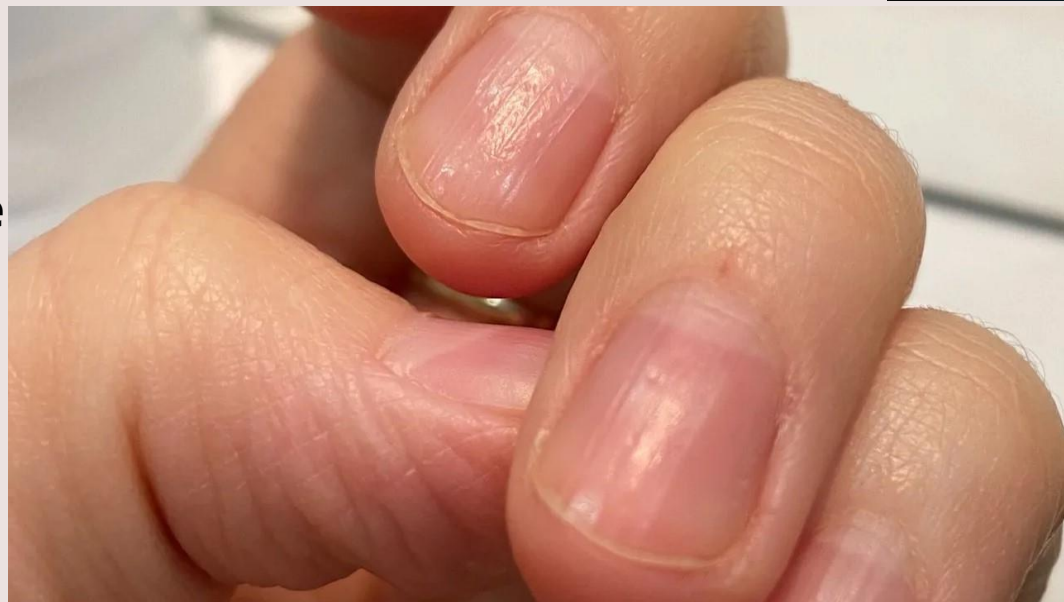


● Су-
ставной
синдром



● Поражение
умбиликальной
области

● Поражение
ногтей
по типу
наперстка



Предикторы тяжести заболевания у данного пациента

- **Поражение ногтей** (pitting, «наперсток») — надёжный маркер тяжёлого течения псориаза и риска псориатического артрита; чаще всего используется в клинике и в исследованиях как предиктор прогрессирования.
- **Суставной синдром / боли в суставах** — ключевой ранний признак возможной трансформации кожи в системное заболевание с поражением опорно-двигательного аппарата; требует активного ревматологического наблюдения.
- **Поражение умбиликальной области** — локализация в «трудной» и интертригинозной зоне, ассоциирована с распространённым и более тяжёлым течением псориаза; рассматривается как косвенный маркер высокой активности заболевания и системного характера дерматоза.
- **Поражение волосистой части головы** — важный маркер тяжести заболевания по качеству жизни и трудности лечения, но не универсальный независимый предиктор PsA без сочетания с другими факторами.

План обследования пациента

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови (общий, прямой билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочеви́на, общий белок, глюкоза)
- СРБ, РФ
- ИФА сиф. VDRL
- ВИЧ после ДКТ
- ФЛГ ОГК
- УЗИ щитовидной железы
- УЗИ ОБП

Дерматоскопия



Характерные признаки псориаза

- Сосудистый рисунок: равномерно распределённые точечные (pinpoint) или клубочковые сосуды, формирующие регулярный паттерн («красные точки на розовом фоне»).
- Фон: диффузно розово-красный / эритематозный.
- Чешуйки: белые или серебристо-белые, многослойные, сухие.
- Распределение сосудов: гомогенное по всей бляшке.
- После удаления чешуек: сосуды становятся более отчётливы.

Результаты обследований

1. В общем анализе крови от 15.01.2026г не выявлено отклонений, кроме повышенного **СОЭ (18 мм/час)**.

2. В биохимическом анализе крови:

- Глюкоза (15.01.2026 – **9,64 mmol/L**, 20.01.2026 – **9.27 mmol/L**);
- СРБ (15.01.2026 – **28 мг/л**, 20.01.2026 – **23 мг/л**);
- ALT (15.01.2026 – **48 Е/л**);
- AST (15.01.2026 – **39 Е/л**);
- Билирубин общий (15.01.2026 – **23 Мкмоль/л**);
- Билирубин прямой (15.01.2026 – **6.46 Мкмоль/л**);

3. УЗИ щитовидной железы (13.01.2026): выявлены **диффузные изменения паренхимы**, требующие дообследования и динамического наблюдения.

Рекомендовано

- Консультация ревматолога (цель – исключение/выявление псориатического артрита).
- Консультация эндокринолога (цель – исключение/выявление сахарного диабета 2 типа).
- Исключить вирусные гепатиты с последующей консультацией инфекциониста.

Коморбидные состояния

После проведенных исследований мы можем говорить о том, что представленный клинический случай демонстрирует наличие нескольких коморбидных состояний:

1. Эндокринные нарушения:

- Повышенный уровень глюкозы (15.01.2026 – 9,64 mmol/L, 20.01.2026 – 9.27 mmol/L).
- Консультация эндокринолога (28.01.2026): Сахарный диабет, тип 2, инсулинозависимый. Целевой гликозилированный Hb < 7.

2. Патология ЖКТ и гепатобилиарной системы.

- Хронический колит (2024г.). Хронический гастродуоденит (2024г.). Хронический криптогенный гепатит с минимальной биохимической активностью без нарушения билирубинообразующей функции печени (2024г.). Хронический холецистит (2024г.).

3. Ревматологические нарушения:

- Боль в суставах.
- Повышенный уровень СРБ (15.01.2026 – 28 мг/л, 20.01.2026 – 23 мг/л).

Влияние псориаза на качество жизни



Эмоциональное состояние

Заболевание оказывает значительное влияние на психоэмоциональное состояние пациента, провоцируя тревогу, депрессивные настроения и снижение самооценки.



Социальная активность

Выраженное поражение видимых участков кожи приводит к социальной изоляции, избеганию общения и снижению качества социальных контактов.



Повседневная жизнь

Симптомы псориаза (зуд, боли, косметический дефект) существенно нарушают повседневную активность, качество сна и профессиональную деятельность.

Пациенту для прохождения был выдан **Опросник САН (Самочувствие, Активность, Настроение)**. Были получены такие данные: Самочувствие – 1,9; активность – 3,0; настроение – 1,7.

У пациента отмечается выраженное снижение всех изучаемых показателей. Полученные данные подчёркивают роль псориаза как заболевания, влияющего не только на соматическое, но и на психоэмоциональное состояние.

План лечения

- Пентоксифиллин 5,0 + Na Cl 200,0 в/в ч/д № 7 – противовоспалительный эффект
- 30% Тиосульфат натрия 10,0 + 0,9% NaCl 200,0 в/в кап ч/д №5-7 – детоксикация, десенсибилизация
- Лоратадин 1т 1р/д 14 дней – против зуда
- Гидроксизин 2т 1 р/д 10 дней – против зуда, анксиолитик
- Эссенциальные фосфолипиды в/в струйно на аутокрови е/ж №10 - гепатопротекция

Наружно:

- 2% Салициловая мазь 2р/д на волосистую часть головы и на очаги на теле - кератолитик
- Мометазон крем 0,5% 2р/д на очаги – противовоспалительный эффект
- Анилиновые красители 1-2 р/д на область мошонки – подсушивание, антисептик

Физиотерапия:

- UVB (311 нм) кабина 4 раза в неделю № 20
- UVB (311нм) расческа 4 раза в неделю № 15

Выводы

- Многолетнее отсутствие регулярного наблюдения и систематического лечения (около 30 лет), в сочетании с хроническим психоэмоциональным стрессом, является значимым фактором утяжеления течения псориаза.
- Проживание пациента в условиях длительного стрессового воздействия (зона военных конфликтов) может способствовать поддержанию высокой воспалительной активности и учащению рецидивов дерматоза.
- С учётом длительности заболевания, прогрессирования кожного процесса, наличия факторов риска и системного воспаления, нельзя исключить развитие псориатического артрита, что требует обязательного ревматологического обследования.
- Представленный клинический случай демонстрирует псориаз как системное воспалительное заболевание, течение и тяжесть которого во многом определяются длительностью болезни, коморбидностью и воздействием хронического стресса.
- Своевременная оценка факторов риска и раннее междисциплинарное взаимодействие (дерматолог, ревматолог, эндокринолог, гастроэнтеролог) имеют ключевое значение для предупреждения прогрессирования заболевания и развития осложнений.
- Ведение пациентов с длительным и тяжёлым течением псориаза должно быть персонифицированным, динамическим и направленным не только на кожу, но и на системные проявления заболевания.



СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!