УДК 616.517-039.75

Д.Е. Рысбекова, У.Т. Бейсебаева, О.В. Машкунова
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра инфекционных болезней с курсом дерматовенерологии

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В представленном обзоре литературы рассматриваются современные литературные данные о распространенности псориаза и его связи с псориатическим артритом (ПсА) и сопутствующей соматической патологией. Указаны наиболее распространенные коморбидные состояния при псориатической болезни с определением качества жизни, которое представляет собой важное условие оценки проводимой терапии и клинических исследований и позволяет осуществлять контроль лечения пациента.
***Ключевые слова**: псориаз, псориатический артрит, качество жизни, коморбидность*

Псориаз – распространенный, хронически рецидивирующий дерматоз, характеризующийся эпидермальной гиперплазией с нарушением кератинизации, воспалительно-клеточными инфильтратами в дерме и эпидермисе на фоне иммунологических реакций, с тенденцией к развитию коморбидных состояний, распространению и утяжелению кожного процесса в течение жизни больного, приводящий к психической, социальной дезадаптации, не редко к инвалидизации. Псориаз является одной из самых актуальных и обсуждаемых клинических проблем в дерматологии с точки зрения оценки тяжести псориатической болезни и выбора принципов лечения пациентов с тяжелыми формами дерматоза. Несмотря на многочисленные достижения в изучении природы псориаза, наличие большого арсенала средств и методов лечения, это заболевание занимает одно из лидирующих мест среди заболеваний кожи.

Распространенность псориаза в мире составляет в среднем около 2%, а общее число больных превышает 125 миллионов человек [1]. Эпидемиологические исследования по проблемам псориаза проводятся в разных странах. По данным различных исследований в Европе псориазом страдают приблизительно 5 млн. человек [2]. В США около 2% населения болеют псориазом. Одной из распространенных форм заболеваний является инфильтративно-бляшечная. Пустулезный, каплевидный и эритродермический псориаз являются редкими формами дерматоза [3]. В европейских странах распространенность заболевания равняется 2—3%. В Великобритании рост и заболеваемость псориазом являются весомым аргументом для разработки первичной и вторичной профилактики данного дерматоза [4]. При исследовании больных псориазом в Турции было изучено, что 61% из 329 обследованных являются лица женского пола, 39% пациентов — мужского пола. Исследовано, что средним для дебюта заболевания является возраст 25±16 лет у женщин, 28±15 лет у мужчин. Данные из анамнеза на отягощенную наследственность отмечены у 30% пациентов. 95% пациентов составили больные вульгарным псориазом , остальные 5% — пустулезным. Из них у 1,5% был выявлен псориатический артрит и у 16% поражение ногтевых пластин в виде «наперстковидной» истыканности, подногтевого гиперкератоза и онихолизиса) [5]. Обследование 153 пациентов в Чили показало, что 60,1% из них составляли лица мужского пола. Из них 71,9% составили пациенты с блящечной формой псориаза, у 17,7% — выявили каплевидную форму дерматоза. У пациентов с дебютом псориаза до 30-летнего возраста из анамнеза выявлялась наследственная отягощенность заболевания [6]. В Российской Федерации распространенность псориаза составляет 3,5% в общей структуре дерматологических заболеваний. Среди взрослого населения псориаз выявляется в 2 раза чаще, чем среди детей. Городские жители болеют данным дерматозом чаще, чем сельское население [7]. В структуре дерматологической патологии по Республике Казахстан псориаз занимает третье место, уступая лидерство аллергодерматозам и микозам стоп. В Казахстане псориаз чаще регистрируется среди мужчин, лиц молодого трудоспособного возраста (21-50 лет)- 68,1 % [8]. Распространенность псориаза в Республике Казахстан в 2012-2013 гг. составила 46,0 - 38,6 случаев на 100 тыс. населения. При этом отмечается возрастающее количество тяжелых и устойчивых к различным методам лечения форм дерматоза, повышение случаев вовлечения суставов в патологический процесс, что обуславливает увеличение случаев длительной нетрудоспособности и инвалидизации, а также формирование ятрогенных осложнений и выраженного ухудшения качества жизни [8]. Одним из самых тяжелых и инвалидизирующих осложнений псориаза является псориатический артрит (ПсА), встречающийся в пределах у 6 - 42% пациентов с псориатическим поражением кожи [9].

Псориатический артрит (ПсА) представляет собой хроническое, прогрессирующее заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, чаще всего развивающееся в процессе течения псориаза. ПсА относится к группе серонегативных спондилоартритов и характеризуется воспалительным и прогрессирующим течением, приводящее впоследствии к эрозированию суставных поверхностей , анкилозированию суставов, множественному внутрисуставному остеолизу, спондилиту и сакроилииту [10]. По данным разных исследований распространенность ПсА колеблется в пределах — от 6—7 до 48% [11—13]. В метанализе, выполненном A Villani и соавтором [14], изучено, что в странах Северной Америки и Западной Европы распространенность «пропущенного» или недиагностированного ПсА в дерматологической службе достигает 7—26% (в среднем — 15,5%). По официальным данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации за 2009—2011 гг., заболеваемость ПсА среди всех пациентов страдающих псориазом достигает 5,6%, а в общем числе новых случаев псориаза — лишь 2,5% [15]. Причиной низких показателей распространенности ПсА может являться недостаточная диагностика данного заболевания в дерматологической службе. Скрининг ПсА должен осуществляться врачами общей практики, дерматологами и ревматологами путем активного выявления суставных жалоб при анкетировании, соответствующих рентгенологических и клинических проявлений поражения суставов, позвоночника, энтезисов. В 2009 г. G.Ibrahim разработал опросник-анкету PEST чувствительность которой составила -0.92, а специфичность-0.78), рекомендуемый для выявления псориатических поражений суставов и позвоночника у пациентов с

псориазом в дерматологических и ревматологических клиниках [16]. В данное время в России используется модифицированный опросник mPEST, чувствительность которого составила 0,77, а специфичность – 0,69 [17]. ПсА встречается одинаково часто у женщин и мужчин. Изучено, что дебют заболевания ПсА приходится на возраст 15-20 лет [18]. Возникая в молодом возрасте, ПсА чаще приводит к ограничению функциональной активности и снижению качества жизни пациентов [19]. Вторая волна заболеваемости наблюдается в возрасте 55-60 лет [20]. Первый пик заболеваемости ПсА у лиц данной возрастной категории считают фактором неблагоприятного прогноза в отношении быстрого прогрессирования и развития эрозии суставов. Кроме того отмечаются сложности с подбором адекватной терапии вследствие наличия сопутствующей патологии. В большинстве случаев вовлечение суставов в патологический процесс развивается через 3-5 лет после появления высыпаний на коже, реже возникает одномоментно или предшествует, тем самым затрудняет раннюю диагностику ПсА [21]. (Рисунок 1).

Рисунок 1 - поражение кожи при псориатическом артрите

У части пациентов отмечается паралелль между выраженностью поражения опорно-двигательного аппарата, внесуставными проявлениями, активностью воспалительного процесса с одной стороны, и характером псориаза, его распространенностью и стадией развития с другой [22]. Однако, другие ученые в ходе исследований не выявили связи между тяжестью и вариантом течения псориаза и возможностью развития артрита [23]. Отмечено, что тяжелое поражение суставов может наблюдаться при минимальном или полном отсутствии кожных изменений, в то время как артрит средней степени тяжести отмечают при умеренном или тяжелом кожном псориазе [24].

Диагноз ПсА устанавливают на основании критериев CASPAR, которые были разработаны в 2006 г. Критерии показали высокую чувствительность и специфичность (0,987 и 0,914) как на ранней , так и на прогрессирующей стадии псориатического артрита. Эти критерии дают возможность выявлять заболевание, несмотря на положительный ревматоидный фактор и отсутствие кожных высыпаний, при наличии типичных признаков псориатического артрита. Критерии ПсА CASPAR' (2006). Для соответствия критериям CASPAR пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит, спондилит или энтезит) и 3 или более баллов из приведенных 5 категорий. (Таблица 1).

Таблица 1 - Критерии CASPAR

Категории	Баллы
1. Псориаз: – псориаз в момент осмотра – псориаз в анамнезе – семейный анамнез псориаза	 2 1 1
2.Псориатическая дистрофия ногтей: точечные вдавления , онихолизис, гиперкератоз	1
3. Отрицательный ревматоидный фактор (кроме латекс-теста)	1
4. Дактилит – припухлость всего пальца в момент осмотра дактилит в анамнезе	1 1
5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кромеостеофитов) на рентгеннограмме кистей и стоп	1

К настоящему времени исследовано что при ПсА часто возникают внесуставные проявления заболевания. К ним относится псориатическое поражение ногтей или псориатическая онихия (ПО). (Рисунок 2). Изучено, что особая дистрофия ногтей наблюдается у большой доли пациентов (по некоторым данным до 80 %) [25]. У больных псориазом могут встречаться такие виды поражений ногтевых пластин как: точковидные углубления (симптом "напёрстка"), подногтевой гиперкератоз и геморрагии, онихомадезис и онихолизис . Симптом «наперстка» является наиболее частой формой ПО и клинически проявляется в поражении ногтевых пластин в виде точечных углублений диаметром 0,5-2 мм. Причиной появления углублений заключается в нарушении формирования ногтевой пластины, связанном с развитием точечных изменений в проксимальной части матрикса [26]. Также известно, что псориатические высыпания могут поражать слизистые оболочки уретры, мочевого пузыря, желудочно-кишечного тракта и ротовой полости. При поражении глаз вызывают конъюнктивиты, ириты, иридоциклиты, эписклериты, увеиты, кератиты и др. [27]. У 50 % больных развивается нефропатия, нарушения функции печени и желудочно-кишечного тракта, функциональные

изменения нервной системы, сердечно-сосудистой системы (аортальная регургитация, диастолическая дисфункция и нарушения проводимости) [28].

Рисунок 2 – поражение ногтей при псориатическом артрите

С каждым годом отмечается тенденция роста заболеваемости ПсА и увеличение количества случаев его прогрессирующего течения, что приводит к существенному снижению качества жизни пациентов , потере их трудоспособности и ранней инвалидизации [29]. Другой серьезной тенденцией является, увеличение риска смертности среди этой категории больных. Выявлено увеличение стандартного показателя смертности у пациентов с ПсА по сравнению с популяционными показателями на 65 % у мужчин и на 59 % у женщин. Также зарубежными учеными было изучено, что основные причины смертельных случаев (36,2 %) составляют заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания (21,3 %) [30]. К неблагоприятным факторам и увеличения риска летальных исходов при ПсА является повышение СОЭ более 15 мм/ч, развитие полиартрита (поражение более 5 суставов), наличие рентгенологических признаков поражения суставов, а также необходимость в проведении активной терапии на начальных этапах заболевания [31]. В настоящее время в исследованиях более 3000 пациентов с ПсА, выявлено увеличенная заболеваемость аткросклероза в 1,4 раза, сахарного диабета 2 типа - в 1,5 раза, гиперлипидемии - в 1,2 раза, артериальной гипертензии - в 1,3 раза [32]. Изучено, что на развитие сердечно-сосудистых заболеваний влияют такие причины как, принадлежность к женскому полу, наличие псориаза , повышенный уровень глюкозы и липидов крови [31]. Также изучено, что при активном ПсА снижаются показатели холестерина и липопротеидов низкой плотности, а распространенность дислипидемии, артериальной гипертензии и курение не отличались от сопоставимого по возрасту контроля [33].

При тяжелых формах псориаза пациент страдает сопоставимо с другими тяжелыми хроническими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, артриты, сахарный диабет [34]. Больные отмечают существенное снижение качества жизни пациентов при распространении процесса на видимые для окружающих участки кожи, например на лицо и волосистую часть головы [35]. По данным исследования на качество жизни влияли такие факторы , как раннее начало заболевания, поражение кожи лица и волосистой части головы, большая площадь поражения кожи [36]. Больные испытывают смущение и неловкость от внешнего вида своей кожи, дискомфорт по поводу внешности, чувство неуверенности в себе. Чаще всего пациентов беспокоят зуд, стягивание и сухость пораженных участков кожи, что свидетельствует об их физическом страдании [37]. У людей больных псориазом проявляются такие чувства, как: беспокойство, мнительность, тревожность, эмоциональная лабильность, раздражительность и повышенная утомляемость, негативно влияющие на качество жизни [38]. Изучено, что снижение показателей качества жизни зависит от длительности течения псориаза и клинической тяжести процесса [39].

Возможность получить точную информацию о показателях качества жизни человека позволяет адекватно оценить состояние пациента в динамике, определяя эффективность проводимой терапии. Понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов лечения [40]. Термин «качество жизни» объединяет совокупность факторов, отражающих качество физического, психического, социального и ролевого или функционально ассоциированного образа жизни человека [41]. Методологическая обоснованность качества жизни обеспечивает возможность интеграции этого параметра в систему оценки эффективности методов лечения, что увеличивает достоверность оценки состояния пациента. Такой врачебный подход отвечает важнейшему принципу клинической работы врача – «лечить больного, а не болезнь» [42]. Кожа является видимой частью тела, которая оцениваются окружающими как привлекательные и непривлекательные. Заметные для окружающих невооруженным взглядом кожные проявления при псориазе значительно снижают самооценку больного среди его окружения: пациенты чувствуют, что за ними наблюдают, от них отстраняются, иногда насмехаются и относятся с пренебрежением.

Они приспосабливаются к этой ситуации, маскируя и прикрывая очаги на коже (макияжем, бородой, прической, одеждой, избегая прикосновений, раздеваний и т.д.) становятся недоверчивыми, интравертированными и стеснительными в интимных отношениях [43]. Что касается бытовой стороны жизни, то у этих лиц возникают проблемы с посещением бассейнов, праздничных мероприятий, салонов красоты и магазинов одежды. Яцек Щепитовски, Адам Райх, изучая качество жизни больных псориазом, отмечают, что больные псориазом, менее социально активны: 72% отказываются от посещения бассейна, 64% – общественных бань, 55% переживают чувство стыда, 53% – застенчивы, 50% избегают людных мест, 46% сообщают о влиянии псориаза на интимную жизнь, 46% носят непривлекательную одежду, с тем, чтобы скрыть высыпания, 40% уклоняются от занятий спортом. 34% не пользуются услугами парикмахера, 15% испытывают страх потерять работу. Интерес представляет и тот факт, что 41% больных считают лечение и все, что с ним связано, гораздо большей проблемой, отражающейся

на качестве жизни, чем само заболевание[44]. Для больного важны не только показатели физического состояния, немаловажное значение имеет удовлетворенность в психическом плане. Психологический аспект особенно значим при заболеваниях, в патогенезе которых этот фактор играет существенную роль [45]. Н.А. Егоров и соавт. (1979) отмечают, что в прогрессирующей стадии заболевания психоэмоциональное состояние больных псориазом сопровождается депрессией и тревогой, причем стабилизация психического здоровья влечет за собой некоторое улучшение состояния заболевания [46].

Итак, псориаз в свою очередь также оказывает существенное влияние на психику, личность больного. Снижение качества жизни, коморбидные состояния и высокий уровень депрессии являются поводом для более серьезного подхода к разработке методов профилактики псориаза .

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Menter A, Smith C, Barker J. Fast Facts Psoriasis. - Oxford, UK: Health Press Limited, 2004. – 641 p.
2 Van Scott , Ekel , 1963; Weinstein , van Scott 1965; Farber , Nall , 1974; Camp , 1991; Verbov , 1992; Christophers , Sterry , 1993. T. Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective // Dermatol. – 2006. - №212(4). – P. 327-337.
3 Weigle N., McBane S. Psoriasis // Am Fam Phys. – 2013. - №87. – P. 626-633.
4 Khalid J.M., Globe G., Fox K.M., Chau D., Maguire A., Chiou C.F. Treat- ment and referral patterns for psoriasis in United Kingdom primary care: a retrospective cohort study // BMC Dermatol. – 2013. - №13. – P. 9-16.
5 Kundakci N., Türsen U., Babiker M.O., Gürgey E. The evaluation of the so- ciodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients // Int J Dermatol. – 2002. - №41. – P. 220-224.
6 Valenzuela F., Silva P., Valdés M.P., Papp K. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile // Actas Dermosifil. – 2011. - №102. – P. 810-816.
7 Мишина О.С., Дворников А.С., Донцова Е.В. Анализ заболеваемости псориазом и псориатическим артритом в Российской Федерации за 2009—2011 гг. // Доктор. Ру. – 2013. - №4. – С. 52-55.
8 Оразымбетова Д.А. Региональные особенности клиники и течения псориаза в Республике Казахстан: Автореф. дисс. ... докт.мед.наук – Алматы, 2000. – 35 с.
9 Myers W.A. Psoriasis and psoriatic arthritis // Clin dermatol. – 2006. - №24(5). – P. 438-447.
10 Е. JI Насонов; Ревматология. Национальное руководство. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. - 752 с.
11 Gladman DD. Psoriatic arthritis from Wright's era until today // J Rheumatol. Suppl. – 2009. - №83. – P. 4-8.
12 Mease PJ, Gladman DD, Papp KA, et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics // J Am Acad Dermatol. – 2013. - №69(5). – P. 729-735.
13 Reich K, Kru ger K, Mo ssner R, et al. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis // Br J Dermatol. – 2009. - №160(5). – P. 1040-1047.
14 Villani A, Rouzaud M, Sevrain M, et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: systematic review and mata-analysis // J Am Acad Dermatol. – 2015. - №73(2). – P. 242-248.
15 Мишина ОС, Коротаева ТВ, Староду-бов ВИ, Насонов ЕЛ. Заболеваемость псориатическим артритом в России: тенденции на современном этапе и перспективы // Научно-практическая ревматология. – 2015. - №53(3). – С. 251-257.
16 Ibrahim G., Waxman R., Helliwell P. The prevalence of psoriatic arthritis in people with psoriasis // Arthritis Rheum. - 2009. - Vol.10(61). - P. 1373-1378.
17 Чамурлиева МН, Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ, Баткаев ЭА. Особенности поражения костно-суставного аппарата у больных псориазом по данным скринингового опросника PEST (Psoriasis Epydemiology Screening Tool) // Вестник последипломного медицинского образования. – 2014. - №2. – С. 16-20.
18 Burch P.R., Rowell N.R. Mode in inheritance in psoriasis // Arch. Dermatol. - 1981. - Vol. 117. - P. 251-252.
19 Mease P., Goffe B.S. Diagnosis and treatment of psoriatic arthritis // J. Am. Acad. Dermatol. - 2005. - Vol.52. - P. 1-19.
20 Ferrandiz C , Pujol R.M., Garcia-Patos V . et al. Psoriasis in early and late onset: a clinical and epidemiology study in Spain // J. Acad. Dermatol. - 2002. - Vol.46. - P. 867-873.
21 Антоньев А.А., Суворова К.Н., Башлыкова Т.М. Об общих ошибках в диагностике и лечении артропатического псориаза // Клин. Медицина. - 1997. - №4. - С. 105-109.
22 Torre-Alonso J;C, Rodriguez P:A., Arribas C.J:M; et al. Psoriatic arthritis (PA): a clinical; immunological and fradiological study of 80 patients II v // Br. J. Rheumatol. - 1991. – Vol. 30. – P. 245-250.
23 Рахматов А.Б., Худжамбердыев С.А. Современные проблемы псориатического артрита // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. - 2003. - Т.2. - С.32-37.
24 Qureshi A.A., Husni M.E., Mody E. Psoriatic arthritis and psoriasis: need for a multidisciplinary approach // Semin. Cutan. Med. Serg. - 2005. - Vol. 24. - P. 46-51.
25 Niamane R., Bezza A., El Hassani S. et al. Value of radiographic criteria «fingers and toes» in the early diagnosis of psoriatic arthritis // J. Radiol. - 2005. - Vol.86, №3. - P. 321-324.
26 Коротаева Т.В . Клинико-патогенетическое значение нарушений реологичексих свойств крови при псориатическом артрите: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук - М., 2011 – 24 с.
27 Хилаль Э.А. Особенности псориатического артрита как проявление системности заболевания: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук - М., 1997. -18 с.
28 Федоров С М . Псориаз: клинические и терапевтические аспекты // Русский медицинский журнал. - 2001. - №11. - С. 15-19.
29 Молочков В. А., Бадокин В. В., Альбанова В.И. и др. Псориаз,и псориатический артрит. - М:: Т-во научных изданий КМК; Авторская академия, 2007. - 300 с.
30 Wong K., Gladman D.D., Husted J. et al. Mortality studies in psoriatic arthritis: results from a single outpatient clinic. I.

Causes and risk of death // Arthritis Rheum. - 1997. - Vol.40. - P. 1868-1872.
31 Gladman D.D. Psoriatic arthritis // Glin. North. Am. – 1998. - Vol. 24. - P. 829-844.
32 Han C, Robinson D.W., Hackett M.V. et al. Cardiovascular disease and risk factors in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis // J. Rheumatol. - 2006. - Vol.33, №11. - P. 2167-2172.
33 Jones S'.MC, Harris G.P.', bloyd. J. et al.; Lipoproteins and* their subfractions in psoriatic arthritis: identification of an atherogenic profile with active joint disease // Ann. Rheum. Dis. - 2000. - Vol.59. – P. 904-909.
34 Комарцева В.В. Измерение показателей качества жизни у больных псориазом // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2009. – №5. – С. 20-23.
35 Valenzuela F., Silva P., Valdés M.P., Papp K. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile // Actas Dermosifil. – 2011. - №102. – P. 810-816.
36 Круглова Л.С., Жукова О.В. Псориаз волосистой части головы: совре- менные методы терапии и возможность длительного контроля за за- болеванием // Клин дерматол венерол. – 2014. - №1. – С. 86-93.
37 Кочергин Н.Г. Как улучшить качество жизни больного псориазом // Клиническая фармакология и терапия. – 2008. – №2 – С. 43-50.
38 Соколова Е.Е. «Психологические особенности и качество жизни больных псориазом» // 2 Конгресс РОДВ, ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологии. – М., 2007. – С. 12-16.
39 Piruzian E., Bruskin S., Ishkin A., Abdeev R., Mosh- kovskii S., Melnik S., Nikolsky Yu., Nikolskaya T. Inte- grated network analysis of transcriptomic and proteo- mic data in psoriasis // BMC Syst Biol. – 2010. – Vol. 4. – P. 41-46.
40 Baker F., Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems // Evaluat. Progr. Plann. – 1982. – Vol. 5. – P. 69-79.
41 Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Медицинская книга, 2004. – 165 с.
42 Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: 2007. – 523 с.
43 Юцковский А.Д., Дубняк Н.С., Федорова Е.Б., Фронек А.А. К проблеме психогенных дерматозов // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – №4. – С. 29-32.
44 Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – №4. – С. 11-15.
45 Иванова И.Н., Мансуров Р.А. Психосоматическое состояние больных красным плоским лишаем // Вестн. дермотол. – 2003. – №5. – С. 28-30.
46 Егоров Н.А., Демьянова Т.Б. // Вестн. дерматол. – 1979. – №11. – С. 56-59.

Д.Е. Рысбекова, У.Т. Бейсебаева, О.В. Машкунова
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Жұқпалы және тері-венерологиялық аурулар кафедрасы

ПСОРИАЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ КОМОРБИДТІ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ӨМІР СҮРУ САПАСЫ

Түйін: Ұсынылған әдеби шолуда псориаздың таралуы және оның псориатикалық артрит (ПсА) байланысын және тіркескен соматикалық патологияларының заманауи әдеби деректері қарастырылған. Сонымен қатар псориатикалық ауру кезіндегі ең көп таралған өмір сүру сапасындағы коморбидті жағдайлар, яғни жүргізілген терапиялық және клиникалық зерттеулерді бағалау тиімдігі мен науқасты емдеуді бақылауды жүзенасыру жайлы көрсетілген.
Түйінді сөздер: псориаз, псориатикалық артрит, өмір сүру сапасы, коморбидті жағдайлар

D.E. Rysbekova, U.T. Beissebayeva, O.V. Mashkunova
Asfendiyarov National medical university
Department of infectious diseases with course of dermatovenerology

QUALITY OF LIFE IN COMORBID CONDITIONS IN PATIENTS WITH PSORIASIS

Resume: The review presents data on the growth and spread of psoriasis in various countries and on the connection of psoriasis with various somatic diseases . It identifies the most frequent comorbid diseases recorded in patients and the life quality that is an important condition for evaluating the therapy and clinical researches and allows monitoring the treatment of a patient and his condition after the therapy .
Keywords: psoriasis, psoriatic arthritis, life quality, comorbidity