



*Кузьмина О.А., Миронова О. Ю., Фомин В.В.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский Университет), Трубецкая ул., 8, стр. 2, Москва, 119991,
Российская Федерация

Сведения об авторах:

*Автор, ответственный за связь с редакцией: Кузьмина Ольга Александровна, аспирант кафедры факультетской терапии №1 Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет) МЗ РФ, Трубецкая ул., 8, стр. 2, Москва, 119991, Российская Федерация, тел.: 8(499) 248-64-79, <https://orcid.org/0000-0001-9240-9513>

Миронова Ольга Юрьевна, к.м.н., доц. каф. факультетской терапии №1 Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет) МЗ РФ, <https://orcid.org/0000-0002-5820-1759>

Фомин Виктор Викторович, чл.-корр. РАН, д.м.н., проф., проректор по инновационной и клинической деятельности, зав. каф. факультетской терапии №1 Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), <https://orcid.org/0000-0002-2682-4417>

РЕЗЮМЕ

Псориаз является генетически детерминированным заболеванием мультифакториальной природы, которое поражает около 2% популяции. Согласно современным представлениям о данной патологии, высок уровень коморбидных заболеваний, особенно связанных с поражением сердечно-сосудистой системы. В данной статье представлен клинический случай тяжелого течения распространенного вульгарного псориаза, прогрессирующей стадии, смешанной формы у пациентки с очень высоким сердечно-сосудистым риском. Уникальность данного клинического случая заключается в сочетании течения псориаза и таких коморбидных заболеваний как: гипертоническая болезнь 2 стадии 3 степени повышения АД, очень высокого риска, ожирение 3 степени, дислипидемия, сахарный диабет (СД) 2 типа, гиперурикемия. Основные клинические проявления заключались в наличии распространенных высыпаний на коже пациентки, эпизодов дискомфорта за грудиной при физической нагрузке, а также дестабилизации цифр артериального давления (максимальный подъем до 180/100 мм. рт. ст.). В рамках госпитализации в кожную клинику, пациентке была проведе-

на местная мазевая терапия с применением глюкокортикоидных мазей, мазей, содержащих салициловую кислоту, ПУВА – терапия, по результатам которой со стороны кожного процесса отмечалась положительная динамика в виде регресса высыпаний на 90-100% с исходом в остаточную гиперпигментацию, новых высыпаний отмечено не было. При госпитализации на базе терапевтического стационара, была подобрана оптимальная антигипертензивная, липидснижающая, урикозурическая, гипогликемическая терапия, по результатам которой удалось достигнуть улучшения состояния пациентки, стабилизации цифр артериального давления на уровне 130-140/70 мм. рт. ст. Таким образом, пациенты с псориазом требуют тщательной оценки сердечно-сосудистого риска в клинической практике. Применение мультидисциплинарного подхода позволит не только улучшить качество жизни пациентов, уменьшить вероятность развития крупных сердечно-сосудистых событий, но и увеличить продолжительность жизни, уменьшить смертность.

Ключевые слова: псориаз, сердечно-сосудистый риск, сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда, инсульт, гипертоническая болезнь, клинический случай.

Вклад авторов. Все авторы соответствуют критериям авторства ICMJE, принимали участие в подготовке статьи, наборе материала и его обработке.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование статьи не осуществлялось.

✉ OLGA.DM.RU@MAIL.RU

Для цитирования: Кузьмина О.А., Миронова О. Ю., Фомин В.В. Сердечно-сосудистые заболевания у пациентов с псориазом в клинической практике: клинический случай. Евразийский кардиологический журнал. 2022;(1):94-99, <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2022-1-94-99>

Рукопись получена: 19.01.2022 | **Принята к публикации:** 02.02.2022



© Кузьмина О.А., Миронова О. Ю., Фомин В.В., 2022

Данная статья распространяется на условиях «открытого доступа», в соответствии с лицензией CC BY-NC-SA 4.0 («Attribution-NonCommercial-ShareAlike» / «Атрибуция-Некоммерчески-СохранениеУсловий» 4.0), которая разрешает неограниченное некоммерческое использование, распространение и воспроизведение на любом носителе при условии указания автора и источника. Чтобы ознакомиться с полными условиями данной лицензии на русском языке, посетите сайт: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.ru>



***Olga A. Kuzmina, Olga Iu. Mironova, Viktor V. Fomin**

CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH PSORIASIS IN CLINICAL PRACTICE: CASE REPORT

*Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),
Moscow, Russia; 8, building 2, Trubetskaya st., Moscow, 119991,
Russian Federation*

Information about authors:

***Corresponding author: Olga A. Kuzmina**, postgraduate student of the Department of Faculty Therapy No. 1, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Trubetskaya st., 8, building 2, Moscow, 119991, Russian Federation, tel.: 8(499) 248-64-79, <https://orcid.org/0000-0001-9240-9513>

Olga Iu. Mironova, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Faculty Therapy No. 1, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Trubetskaya st., 8, building 2, Moscow, 119991, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-5820-1759>

Viktor V. Fomin, corresponding member of RAS, Dr. of Sci. (Med.), Prof., Vice-Rector for Innovation and Clinical Activities, Head of the Department of Faculty Therapy No. 1, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Trubetskaya st., 8, building 2, Moscow, 119991, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-2682-4417>

SUMMARY

Psoriasis is a genetically determined multifactorial disease that affects about 2% of the population. According to modern concepts of this disease, the level of comorbid diseases, especially those associated with damage to the cardiovascular system, is high. This article presents a clinical case of severe disseminated psoriasis vulgaris, progressive stage, mixed form in a patient with a very high cardiovascular risk. The uniqueness of this clinical case lies in the combined course of psoriasis and such comorbid diseases as: severe hypertension, obesity, dyslipidemia, type 2 diabetes mellitus (DM), hyperuricemia. The main clinical manifestations were the presence of widespread lesions on the patient's skin, episodes of discomfort behind the sternum during physical activity, as well as destabilization of blood pressure numbers (maximum rise to 180/100 mm Hg). As part of the hospitalization in the

skin clinic, the patient underwent topical ointment therapy with the use of glucocorticoid ointments, ointments containing salicylic acid, PUVA therapy, as a result of which the skin process showed positive dynamics with regression of lesions by 90-100% with an outcome in residual hyperpigmentation, no new lesions were noted. During hospitalization to a therapy department, the optimal antihypertensive, lipid-lowering, uricosuric, hypoglycemic therapy was selected, as a result of which it was possible to achieve an improvement in the patient's condition, stabilization of blood pressure at the level of 130-140/70 mm Hg. So patients with psoriasis require careful assessment of cardiovascular risk in clinical practice. A multidisciplinary approach will not only improve the quality of life of patients, reduce the likelihood of major cardiovascular events, but also increase life expectancy and reduce mortality.

Key words: psoriasis, cardiovascular risk, cardiovascular disease, myocardial infarction, stroke, hypertension, case report.

Authors' contributions. All authors meet the ICMJE criteria for authorship.

Funding for the article: none.

Conflict of Interest. No conflict of interest to declare.

✉ OLGA.DM.RU@MAIL.RU

For citation: Olga A. Kuzmina, Olga Iu. Mironova, Viktor V. Fomin. Cardiovascular diseases in patients with psoriasis in clinical practice: case report. Eurasian heart journal. 2022;(1):94-99 (In Russ.]. <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2022-1-94-99>

Received: 19.01.2022 | **Accepted:** 02.02.2022



© Olga A. Kuzmina, Olga Iu. Mironova, Viktor V. Fomin, 2022

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно современным данным, псориаз является генетически детерминированным заболеванием мультифакториальной природы, которое поражает около 2% популяции [1]. Характерными проявлениями псориаза являются четко очерченные бляшки и папулы ярко красного цвета, покрытые серебристо-белыми чешуйками, которые обычно располагаются симметрично на локтях, коленях, туловище и волосистой части головы [2, 3]. При псориазе велика вероятность развития коморбидных патологий, взаимосвязь с которыми до конца неизвестна, однако, наблюдается общность вырабатываемых медиаторов воспаления, факторов риска, генетических предрасположенностей [4]. К коморбидным заболеваниям при псориазе относятся: гиперлипидемия, сахарный диабет 2 типа, ожирение, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, метаболический синдром, воспалительные заболевания кишечника, неалкогольная жировая болезнь печени, депрессия [5, 6, 7].

В настоящей статье рассматривается взаимосвязь псориаза с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). В основе данных заболеваний лежит общность вырабатываемых провоспалительных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли α (ФНО α)/интерлейкин (ИЛ)-23/ИЛ-17A [8, 9]. Установлено, что псориаз повышает риск развития ССЗ на 50%, в то время как тяжелый псориаз увеличивает смертность на 40% [9]. Риск развития инфаркта миокарда (ИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и смерти от ССЗ прямо пропорционален степени тяжести и длительности течения псориаза [10]. Частота тяжелой артериальной гипертензии также коррелирует с тяжестью течения псориаза [10, 11, 12].

Выбор терапевтической стратегии определяется тяжестью течения заболевания, коморбидными состояниями, доступностью медицинской помощи. Оценка тяжести течения заболевания, степени его влияния на качество пациента и эффективности лечения проводится путем подсчета индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index) [13]. Для лечения псориаза легкой и средней степени тяжести используется топическая терапия с применением глюкокортикоидных мазей, мазей, содержащих салициловую кислоту (для уменьшения интенсивности шелушения), нафталановую нефть и т.д. [14, 15, 16]. При псориазе средней и тяжелой степени тяжести, а также при развитии резистентности к проводимой наружной терапии, обычно назначаются такие системные препараты, как метотрексат, ацитретин, циклоспорин [14, 16]. Также высокую эффективность показали и физиотерапевтические методы лечения, такие как фототерапия и озонотерапия. При неэффективности, наличии противопоказаний или непереносимости базовых методов системной терапии, применяются генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) – ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторы интерлейкина, а также селективные иммунодепрессанты – ингибитор фосфодиэстеразы-4 апремиласт и блокатор янус-киназ – тофацитиниб [16]. Согласно данным ретроспективных исследований, применение системных препаратов в лечении псориаза, снижает вероятность развития и/или ухудшения течения ССЗ [17]. Перед назначением вышеперечисленных препаратов проводится расширенное обследование пациентов, исключение наличия беременности у пациенток детородного возраста [16, 18]. Для снижения риска развития ССЗ также применяются статины. Доказано, что у пациентов без гиперлипидемии, но с повышенным уровнем С-реактивного белка (СРБ) (что отмечается у пациентов с псориазом), при приеме статинов достигается снижение сердечно-сосудистого риска примерно на 40% [19, 20]. Также стоит отметить, что модификация образа жизни (отказ от курения, снижение веса) имеет важное значение в снижении сердечно-сосудистого риска и улучшении течения псориаза [21].

Отдельно стоит сказать о влиянии фармакологических препаратов, оказывающих влияние на псориаз и ССЗ. Доказано, что при длительном применении β -блокаторов, велика вероятность развития обострения псориаза и ухудшение его течения [22]. Также сообщается об отрицательном влиянии на течение псориаза таких препаратов как: литий, синтетические антималярийные препараты, интерфероны, тербинафин, тетрациклины [23, 24]. В то же время циклоспорин, применяющийся в лечении псориаза, может ухудшить течение гипертензии, дислипидемии, диабета и заболеваний почек, а также ацитретин, который может индуцировать или ухудшить имеющуюся дислипидемию [25]. Таким образом, лечение псориаза и ССЗ требует тщательной оценки безопасности назначаемой терапии.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Больная А., 50 лет, поступила на лечение в кожную клинику им. В.А. Рахманова Сеченовского Университета с жалобами на высыпания на коже височно-теменной и затылочной областей волосистой части головы, складок под молочными железами, спины, верхних и нижних конечностей, сопровождаемые умеренным зудом. Считает себя больной с июня 2021 года. Начало заболевания ни с чем не связывает. Высыпания появились сначала на коже волосистой части головы, в течение недели распространились на кожу туловища, верхних и нижних конечностей. Был установлен диагноз: «Распространенный вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия, смешанная форма».

Пациентка длительно страдает гипертонической болезнью, по поводу которой долгое время не обследовалась, а также хроническим тонзиллитом. В 2019 году перенесла ОНМК. Из анамнеза также известно, что пациентка курит с 16 лет, индекс курящего человека составил 17 пачка/лет.

Во время опроса также предъявляла жалобы на эпизоды дискомфорта за грудиной при физической нагрузке, подъемы артериального давления (АД) максимально до 180/100 мм рт.ст. Обычное АД на уровне 130/80 мм рт.ст. На момент обращения постоянно принимала Телмисартан 80 мг 2 раза в сутки, Леканидипин 10 мг в сутки, Индапамид 2,5 мг в сутки. При дестабилизации цифр артериального давления дополнительно моксонидин 0,4 мг.

При осмотре было установлено, что уровень артериального давления 135/80 мм рт.ст., а частота сердечных сокращений (ЧСС) достигала 70 ударов/минуту. При аускультации сердца: тоны ясные, шумов над магистральными артериями не выслушивается. Индекс массы тела (ИМТ) составил 40,9 кг/м². Локальный статус: поражение кожи хронического воспалительного характера. Сыпь обильная, симметричная, локализуется на коже височно-теменной и затылочной областей волосистой части головы, складок под молочными железами, спины, верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены папулами розовато-красноватого цвета, округлых очертаний, плоской формы, размером до 1 см в диаметре, с резкими границами. По периферии папул отмечается гиперемическая кайма – венчик роста (ободок Пильнова). Папулы, сливаясь, образуют бляшки от 3 до 10 см в диаметре, с резкими границами, плоской формы, неправильных очертаний. Поверхность папул и бляшек покрыта серебристо-серыми чешуйками и чешуйко-корками. При поскабливании выявляется положительная псориагическая триада (феномен стеаринового пятна, терминальной пленки, кровяной росы). Кожа вне очагов поражения бледно-розовая. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Слизистые оболочки и волосы не изменены. Ногтевые пластинки стоп грязно-желтого цвета, утолщенные за счет подногтевого гиперкератоза. Ногтевые пластинки пальцев рук оценить невозможно из-за покрытия лаком. Дермографизм красный. Субъективно: умеренный зуд. Индекс PASI 13,2 что соответствует средней степени тяжести

течения псориаза. Результаты заполненной пациенткой госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, свидетельствовало о наличии у пациентки субклинически выраженных тревоги и депрессии. Дерматологический индекс качества жизни (DLQI) составил 4 балла, что соответствует небольшому влиянию заболевания на качество жизни пациентки.

Результаты клиничко-лабораторных анализов пациентки во время госпитализации в клинику кожных болезней представлены в таблице №1.

В рамках госпитализации пациентке было проведено лечение: местно — мазь Салициловая + мазь Преднизолон на высыпания 2 раза в день, лосьон с салициловой кислотой и бетаметазоном на кожу волосистой части головы 2 раза в день, общая ПУВА-терапия. По результатам проведенного лечения в стационаре, со стороны кожного процесса отмечается положительная динамика в виде регресса высыпаний на 90–100% с исходом в остаточную гиперпигментацию, новых высыпаний не отмечено, индекс PASI составил 6,9. Ввиду наличия жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, повышенных уровней холестерина, СРБ, глюкозы, была рекомендована госпитализация в кардиологический стационар для дообследования и коррекции терапии.

На момент поступления в терапевтическое отделение, пациентка отмечала дестабилизацию цифр артериального давления, максимальные показатели достигали 180/100 мм рт. ст., обострение течения псориаза. При осмотре было установлено, что уровень артериального давления 160/100 мм рт. ст., а ЧСС достигало 70 ударов/минуту. При аускультации сердца: тоны ясные, шумов над магистральными артериями не выслушиваются. По результатам электрокардиограммы (ЭКГ): ритм синусовый, регулярный, ЧСС 75 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка. На ЭХО КГ отмечалось уплотнение стенок аорты и фиброзных колец аортального и митрального клапанов, гипертрофия стенок левого желудочка с нарушением его диастолической функции, небольшое расширение полости левого предсердия, фракция выброса составила (ФВ) 59%. По результатам суточного мониторинга артериального давления (СМАД) среднее АД днем составило 151/88 мм рт. ст. и ночью 157/80 мм рт. ст. соответственно. Максимальное АД днем составило 187/116 мм рт. ст., ночью 198/109 мм рт. ст. Результаты клиничко-лабораторных анализов также представлены в таблице 2.

В связи с неэффективностью ранее проводимой антигипертензивной терапии, наличием сахарного диабета, дислипидемией, гиперурикемией, произведена замена ранее принимаемых препаратов на: азилсартана медоксомил/хлорталидон 40/12,5 мг 2 раза в сутки, нифедипин 60 мг в сутки, спиронолактон 50 мг в сутки. Также в связи наличием сахарного диабета, дислипидемии, гиперурикемии, к терапии добавлены: метформин 500 мг 2 раза в сутки, аторвастатин 20 мг в сутки, аллопуринол 100 мг в сутки.

Впоследствии на фоне подобранной терапии состояние пациентки оставалось стабильным. АД находилось в пределах 130–140/70 мм рт. ст., через 3 месяца рекомендован контроль показателей липидного профиля, гликированного гемоглобина.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведение всего объема диагностических исследований, позволило выявить у пациентки с псориазом наличие таких коморбидных заболеваний как: гипертоническая болезнь 2 стадии 3 степени повышения АД, очень высокого риска, ожирение 3 степени, дислипидемия, сахарный диабет (СД) 2 типа, гиперурикемия. Факторами риска развития крупных сердечно-сосудистых событий и прогрессирования существующих ССЗ у данной пациентки являются: возраст, вес, длительное курение, женский пол, дислипидемия, наличие псориаза в анамнезе.

Таблица 1. Результаты клиничко-лабораторных анализов во время обследования в кожной клинике
Table 1. Laboratory tests results during the examination in the department of skin and venereal diseases

Показатель	Результат	Нормы
Общий анализ крови		
HGB	153 г/л	117–160
WBC	11,12 10 ⁹ /л	4–11
RBC	5,35 10 ¹² /л	3,8–5,7
PLT	305 10 ⁹ /л	150–450
СОЭ Вест.	11 мм/час	2–20
Эозинофилы	0,25 10 ⁹ /л	0–0,4
Биохимический анализ крови		
Глюкоза	6 ммоль/л	4,1–5,9
Антистрептолизин О	280 ед/мл	0–200
С-реактивный белок	15 мг/л	0–5
Холестерин	5,47 ммоль/л	0–5,2
Креатинин	78 мкмоль/л	53–97
Щелочная фосфатаза	284 ед/л	70–290
ГГТ	28 ед/л	0–38
АЛТ	26 ед/л	10–35
АСТ	27 ед/л	0–35
Ревматоидный фактор	13,4 ед/мл	0–30
Белок общий	75 г/л	66–83
Коагулограмма		
МНО	1,12	0,9–1,16
Фибриноген	5,27 г/л	1,8–4

Таблица 2. Результаты клиничко-лабораторных анализов во время обследования на базе терапевтического отделения
Table 2. Laboratory tests results during the examination in the department of internal diseases

Показатель	Результат	Нормы
Общий анализ крови		
HGB	141 г/л	117–160
WBC	10,5 10 ⁹ /л	4–11
RBC	5,16 10 ¹² /л	3,8–5,7
PLT	305 10 ⁹ /л	150–450
СОЭ Вест.	22 мм/час	2–20
Эозинофилы	0,3 10 ⁹ /л	0–0,4
Биохимический анализ крови		
Глюкоза	6,5 ммоль/л	4,1–5,9
Гликированный гемоглобин	7,1%	4,8–6,0
С-реактивный белок	16,97 мг/л	0–5
Холестерин	5,64 ммоль/л	0–5,2
ЛПВП	0,72 ммоль/л	1,6–9999
ЛПНП	3,98 ммоль/л	0–4,2
ЛПОНП	1,81 ммоль/л	0,19–0,77
Триглицериды	3,99 ммоль/л	0–2,3
Креатинин	92 мкмоль/л	53–97
СКФ (СКД-EPI) расч.	76,36 мл/мин/1,73 м ²	
Мочевая кислота	474,7 мкмоль/л	154–357
Щелочная фосфатаза	280 ед/л	70–290
ГГТ	32 ед/л	0–38
АЛТ	20 ед/л	10–35
АСТ	19 ед/л	0–35
Билирубин общий	17,8 мкмоль/л	5–21
Калий	5 ммоль/л	3,5–5,1
Коагулограмма		
МНО	1,09	0,9–1,16
Фибриноген	5,03 г/л	1,8–4

Курение табака является общеизвестным фактором риска развития не только сердечно-сосудистых заболеваний [26], но и ухудшения течения псориаза, а также снижения эффективности его лечения [27, 28]. В свою очередь наличие ожирения на 83% повышает риск развития псориаза и на 73% сердечно-сосудистых заболеваний соответственно [29, 30]. Не последнее место в патогенезе развития псориаза и ССЗ занимает наличие инсулинорезистентности, обусловленное системным воспалением, что является независимым фактором развития СД 2 типа [31].

Несмотря на незначительное влияние заболевания на качество жизни пациентки, согласно шкале DLQI, шкала HADS свидетельствует о наличии субклинически выраженных тревоги и депрессии, что также часто наблюдается у пациентов с псориазом и опосредованно утяжеляет его течение [32].

По результатам клинико-лабораторных исследований в кожной клинике обращали на себя внимание повышенный уровень антистрептолизина О до 280 ед/мл, СРБ до 15 мг/л, холестерина до 5,47 ммоль/л, глюкозы до 6 ммоль/л. Полный анализ липидного профиля, уровня гликированного гемоглобина не проводился во время госпитализации в кожной клинике.

Во время дообследования на базе терапевтического отделения обращали на себя внимание повышение уровня общего холестерина до 5,64 ммоль/л, триглицеридов до 3,99 ммоль/л, мочевой кислоты до 474,7 мкмоль/л, глюкозы 6,5 ммоль/л, СРБ до 16,97 мг/л, недостижение целевого уровня гликированного гемоглобина ($HbA1c < 7,0\%$) 7,1%. Высокий уровень СРБ, по-видимому, связан с очередным обострением течения псориаза у пациентки.

Таким образом, согласно шкале SCORE 2, 10-летний риск развития сердечно-сосудистых событий (смертельных и не смертельных) у данной пациентки больше 7,5% [33]. По Фрамингемской шкале, учитывая наличие у пациентки псориаза,

риск составил 23% соответственно [34, 35].

По результатам исследований, примерно у 46% пациентов обнаруживаются ранее не известные факторы риска развития ССЗ. Также, более 300 опрошенных пациентов с псориазом и псориатическим артритом ответили, что более 12 месяцев не посещали своего врача, а 75,6% из них предпочли бы знать о риске развития у них заболеваний сердца [36].

Таким образом, пациентам с псориазом необходимо наблюдение врачей нескольких специальностей: дерматолог, кардиолог, терапевт/врач общей практики, психотерапевт, ревматолог. В качестве превентивных мер развития крупных сердечно-сосудистых событий, рекомендовано проведение ежегодной оценки сердечно-сосудистого риска, выполнение контрольных клинико-лабораторных анализов (общий анализ крови, СРБ, липидный профиль, глюкоза, гликированный гемоглобин), оценка антропометрических показателей (измерение АД, ИМТ, общий осмотр) [37] (рис. 1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с псориазом требуют тщательной оценки сердечно-сосудистого риска в клинической практике, что делает необходимым применение мультидисциплинарного подхода к лечению основного заболевания и коморбидных патологий, в частности сердечно-сосудистой системы. Настороженность в отношении ССЗ и других коморбидных патологий позволит не только улучшить качество жизни пациентов, уменьшить вероятность развития крупных сердечно-сосудистых событий, но и увеличить продолжительность жизни, уменьшить смертность. По мнению авторов, необходимо освещение данной проблемы в научных источниках и проведение дополнительных исследований о взаимосвязи между псориазом и коморбидными заболеваниями, в частности сердечно-сосудистой системы.

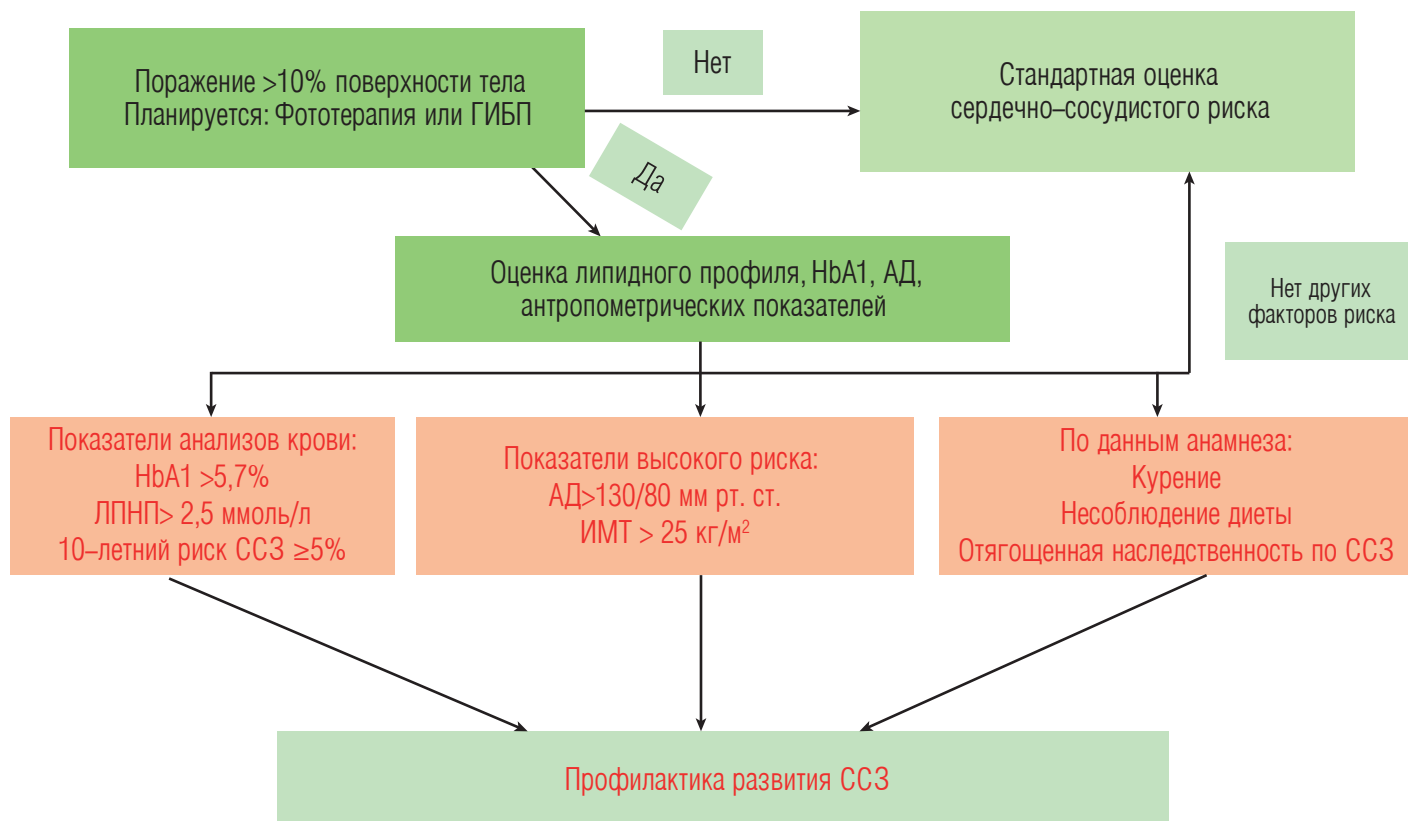


Рисунок 1. Превентивные меры развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с псориазом (по M. Garshick и соавт. [37])
Figure 1. Preventive measures for the development of cardiovascular diseases (CVD) in patients with psoriasis (according to M. Garshick et al.)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Miller IM, Ellervik C, Yazdanyar S, et al. Meta-analysis of psoriasis, cardiovascular disease, and associated risk factors. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2013; 69:1014–1024, <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.06.053>
2. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, et al. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study on behalf of the Global Psoriasis Atlas. *BMJ* 2020;369:m1590, <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
3. Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnosis and management of psoriasis. *Canadian Family Physician* 2017; 63: 278–285.
4. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, et al. Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2017; 76:377–390, <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.07.064>
5. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *International Journal of Molecular Sciences* 2019; 20:1475, <https://doi.org/10.3390/ijms20061475>
6. Nehring P, Przybytkowski A. Is Psoriasis Treatment a Risk Factor for Inflammatory Bowel Disease? *Pharmaceutical Medicine* 2020; 34: 257–262, <https://doi.org/10.1007/s40290-020-00340-1>
7. Abramczyk R, Queller JN, Rachfal AW, et al. Diabetes and Psoriasis: Different Sides of the Same Prism. *DMSO* 2020;13 3571–3577, <https://doi.org/10.2147/DMSO.S273147>
8. Zhong S, Li L, Shen X, et al. An update on lipid oxidation and inflammation in cardiovascular diseases. *Free Radical Biology and Medicine* 2019; 144:266–278, <https://doi.org/10.1016/j.freeradbiomed.2019.03.036>
9. Weber B, Merola JF, Husni ME, et al. Psoriasis and Cardiovascular Disease: Novel Mechanisms and Evolving Therapeutics. *Current Atherosclerosis Reports* 2021; 23:67, <https://doi.org/10.1007/s11883-021-00963-y>
10. Armstrong EJ, Harskamp CT, Armstrong AW. Psoriasis and Major Adverse Cardiovascular Events: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Journal of the American Heart Association*, 2013;2:e000062, <https://doi.org/10.1161/JAHA.113.000062>
11. Takeshita J, Grewal S, Langan M, et al. Psoriasis and comorbid diseases Implications for management. *Journal of American Dermatology* 2017; 76:393–403, <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.07.065>
12. Masson Martín Lobo Graciela Molinero W. Psoriasis and Cardiovascular Risk: A Comprehensive Review. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12091383>
13. Langley RG, Ellis CN. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2004; 51:563–569, <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2004.04.012>
14. Golbari NM, Porter ML, Kimball AB. Current guidelines for psoriasis treatment: A work in progress. *Cutis* 2018; 101:10–12.
15. Wollina U, Tirant M, Vojvodic A, et al. Treatment of Psoriasis: Novel Approaches to Topical Delivery the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0). *Global Dermatology Open Access Maced J Med Sci* 2019; 7:3018–3025 <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.414>
16. Клинические рекомендации по ведению больных псориазом. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов», 2019 [Clinical guidelines for the management of patients with psoriasis. All-Russian Public Organization «Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists», 2019 (in Russ.)], <https://www.rodv.ru/upload/iblock/aa2/aa20a2fc65b13df3899140167777092d.pdf>
17. Korman N, Korman N, Squibb B-M, et al. Management of psoriasis as a systemic disease: what is the evidence? Funding sources Conflicts of interest. *British Journal of Dermatology* 2020; 182:823–824, <https://doi.org/10.1111/bjd.18245>
18. Nast A, Amelunxen L, Augustin M, et al. S3 Guideline for the treatment of psoriasis vulgaris, update - Short version part 1 - Systemic treatment. *JDDG - Journal of the German Society of Dermatology* 2018; 16:645–670, <https://doi.org/10.1111/ddg.13516>
19. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FAH, et al. Rosuvastatin to Prevent Vascular Events in Men and Women with Elevated C-Reactive Protein. *New England Journal of Medicine* 2008; 359:2195–2207, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0807646>
20. Garshick MS, Drenkova K, Barrett TJ, et al. A Randomized Open Label Clinical Trial of Lipid-Lowering Therapy in Psoriasis to Reduce Vascular Endothelial Inflammation. *Journal of Investigative Dermatology*; 0. Epub ahead of print November 2021, <https://doi.org/10.1016/j.jid.2021.07.190>
21. Garshick MS, Ward NL, Krueger JG, et al. Cardiovascular Risk in Patients With Psoriasis: JACC Review Topic of the Week. *Journal of the American College of Cardiology* 2021; 77:1670–1680, <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.02.009>
22. Mofarrah R, Mofarrah R, Amiri KJ. Beta-blocker bisoprolol induced psoriasis. *Our Dermatology Online* 2020; 11:59–61, <https://doi.org/10.7241/ourdo.20201.15>
23. Milavec-Puretić V, Mance M, Čeović R, et al. Drug-Induced Psoriasis. *American Journal of Clinical Dermatology* 2012; 1:159–165, <https://doi.org/10.2165/00128071-200001030-00003>
24. Balak DM, Hajdarbegovic E. Drug-induced psoriasis: clinical perspectives. *Psoriasis (Auckland, NZ)* 2017; 7:87–94, <https://doi.org/10.2147/PTT.S126727>
25. Puig L. Molecular Sciences Cardiometabolic Comorbidities in Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *Int. J. Mol. Sci.* 2018, 19(1):58, <https://doi.org/10.3390/ijms19010058>
26. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases* 2003; 46:11–29, [https://doi.org/10.1016/S0033-0620\(03\)00079-3](https://doi.org/10.1016/S0033-0620(03)00079-3)
27. Pezzolo E, Naldi L. The relationship between smoking, psoriasis and psoriatic arthritis. *Expert Review of Clinical Immunology* 2019; 15:41–48, <https://doi.org/10.1080/1744666X.2019.1543591>
28. Madden SK, Flanagan KL, Jones G. How lifestyle factors and their associated pathogenetic mechanisms impact psoriasis. *Clinical Nutrition* 2020; 39:1026–1040, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.05.006>
29. Norden A, Rektman S, Strunk A, et al. Risk of psoriasis according to body mass index: A retrospective cohort analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2021; 1–7, <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.06.012>
30. Aune D, Schlesinger S, Norat T, et al. Tobacco smoking and the risk of heart failure: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Preventive Cardiology* 2019; 26:279–288, <https://doi.org/10.1177/2047487318806658>
31. Brazzelli V, Maffioli P, Bolcato V, et al. Psoriasis and Diabetes, a Dangerous Association: Evaluation of Insulin Resistance, Lipid Abnormalities, and Cardiovascular Risk Biomarkers. *Frontiers in Medicine* 2021; 8: 1–7, <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.605691>
32. Aleem D, Tohid H. Pro-inflammatory Cytokines, Biomarkers, Genetics and the Immune System: A Mechanistic Approach of Depression and Psoriasis. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2018; 47:177–186, <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.03.002>
33. Collaboration S working group and EC risk, Achenbach S, Aleksandrova K, et al. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European Heart Journal* 2021; Advance Article: 1–1, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>
34. Lloyd-Jones DM, Wilson PWF, Larson MG, et al. Framingham risk score and prediction of lifetime risk for coronary heart disease. *The American journal of cardiology* 2004; 94: 20–24, <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2004.03.023>
35. Baeta IGR, Gontijo B, Bittencourt FV, et al. Comorbidities and cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2014; 89: 735–744, <https://doi.org/10.1590/ABD1806-4841.20142874>
36. Barbieri JS, Beidas RS, Gondo GC, et al. Analysis of Specialist and Patient Perspectives on Strategies to Improve Cardiovascular Disease Prevention Among Persons With Psoriatic Disease. *JAMA Dermatology*; 158. Epub ahead of print March 19, 2022, <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2021.4467>
37. Garshick MS, Berger JS. Psoriasis and Cardiovascular Disease—An Ounce of Prevention Is Worth a Pound of Cure. *JAMA Dermatology*; 158. Epub ahead of print March 19, 2022, <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2021.4723>