



УДК: 616.517–06:616.379–008.64]–085
<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-235-3-351-356>

Комплексный подход к лечению инверсного псориаза у пациентов с сахарным диабетом 2 типа*

Арсеньева А.А., Тренева Е.В., Булгакова С.В., Курмаев Д.П., Орлов Е.В., Кандалина Т.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (ул. Чапаевская, 89, г. Самара, 443099, Россия)

Для цитирования: Арсеньева А.А., Тренева Е.В., Булгакова С.В., Курмаев Д.П., Орлов Е.В., Кандалина Т.А. Комплексный подход к лечению инверсного псориаза у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2025;(3): 351–356
 doi: 10.31146/1682-8658-ecg-235-3-351-356

✉ Для переписки:

Арсеньева

Антонина

Александровна

a.a.arseneva

@samsmu.ru

Арсеньева Антонина Александровна, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Института профессионального образования

Тренева Екатерина Вячеславовна, к.м.н., доцент, доцент кафедры эндокринологии и гериатрии

Булгакова Светлана Викторовна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой эндокринологии и гериатрии

Курмаев Дмитрий Петрович, к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и гериатрии

Орлов Евгений Владимирович, д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии Института профессионального образования

Кандалина Татьяна Александровна, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Института профессионального образования

Резюме

* Иллюстрации

к статье –

на цветной

вклейке в журнал

(стр. VII).

Псориаз – это хроническое мультифакториальное воспалительное заболевание, которое может проявляться различными клиническими формами. Помимо гладкой кожи, данное заболевание может поражать складки, суставы (псориатический артрит) и ногти.

Цель исследования. Из-за многообразия клинических форм, степеней тяжести псориаза и сопутствующих заболеваний, которые мы можем наблюдать у пациентов, на данный момент не разработаны универсальные схемы терапии. Поэтому целью исследования является применение междисциплинарного комплексного подхода к терапии псориаза у пациентов с сопутствующим нарушением углеводного обмена.

Материалы и методы. В этой статье рассматривается 2 клинических случая инверсного псориаза, протекающего на фоне сопутствующих заболеваний (сахарный диабет 2-го типа, гепатит С) с использованием индивидуальных схем лечения.

Результаты и их обсуждение. Базисное лечение псориаза включает в себя применение как системных, так и наружных препаратов. При лечении инверсного псориаза у пациентки с сахарным диабетом 2-го типа совместно с системным лечением иммуносупрессивными препаратами, применяли терапию, направленную на нормализацию гликемии. Наружно использовали комбинированные топические глюкокортикостероиды в форме крема, а также анилиновые красители. При лечении инверсного псориаза у пациента с сахарным диабетом 2 типа в сочетании с гепатитом С, совместно с системным лечением гепатопротекторами, используются препараты моноклональных антител, а также гипогликемические препараты. Наружно применяли комбинированные топические глюкокортикостероиды в форме мази, анилиновые красители, водные растворы антисептиков.

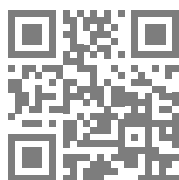
В представленных клинических случаях пациенты находятся под наблюдением врачей смежных специальностей для комплексного подхода к терапии пациентов с коморбидными состояниями.

Выводы. Для определения наиболее подходящей тактики лечения инверсной формы псориаза у пациентов с сопутствующей патологией, требуется междисциплинарный подход к ведению пациента.

Ключевые слова: псориаз, инверсный псориаз, гепатит С, сахарный диабет 2-го типа, цитостатики, гепатопротекторы, биологическая терапия, топические кортикостероиды, клинический случай.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: XUMRS



<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-235-3-351-356>

Comprehensive approach to the treatment of inverse psoriasis in patients with type 2 diabetes mellitus*

A.A. Arsenyeva, E.V. Treneva, S.V. Bulgakova, D.P. Kurmaev, E.V. Orlov, T.A. Kandalina

Samara State Medical University, (89, Chapayevskaja Str., 443099, Russia)

For citation: Arsenyeva A.A., Treneva E.V., Bulgakova S.V., Kurmaev D.P., Orlov E.V., Kandalina T.A. Comprehensive approach to the treatment of inverse psoriasis in patients with type 2 diabetes mellitus. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2025;(3): 351–356. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-235-3-351-356

✉ **Corresponding author:**

Antonina A. Arsenyeva

a.a.arseneva
@samsmu.ru

Antonina A. Arsenyeva, PhD (Medicine), Associate Professor, Head of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Institute of Professional Education; *ORCID: 0000-0002-7933-3515*

Ekaterina V. Treneva, PhD (Medicine), Associate Professor of Department of Endocrinology and Geriatrics; *ORCID: 0000-0003-0097-7252*

Svetlana V. Bulgakova, MD (Medicine), Associate Professor, Head of Department of Endocrinology and Geriatrics; *ORCID: 0000-0003-0027-1786*

Dmitry P. Kurmaev, PhD (Medicine), Associate Professor of Department of Endocrinology and Geriatrics; *ORCID: 0000-0003-4114-5233*
Eugene V. Orlov, MD (Medicine), Professor of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Institute of Professional Education; *ORCID: 0000-0002-2220-793X*

Tantiana A. Kandalina, Assistant of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Institute of Professional Education; *ORCID: 0009-0002-7648-0250*

Summary

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal (p. VII).

Psoriasis is a chronic multifactorial inflammatory disease that can manifest itself in various clinical forms. In addition to smooth skin, this disease can affect folds, joints (psoriatic arthritis) and nails.

Purpose of the study. Due to the variety of clinical forms, severity of psoriasis and concomitant diseases that we can observe in patients, universal treatment regimens have not yet been developed. Therefore, the purpose of the study is to use an interdisciplinary complex approach to the treatment of psoriasis in patients with concomitant carbohydrate metabolism disorders.

Materials and methods. This article considers 2 clinical cases of inverse psoriasis occurring against the background of concomitant diseases (diabetes mellitus type 2, hepatitis C) using individual treatment regimens.

Results and their discussion. Basic treatment of psoriasis includes the use of both systemic and topical drugs. In the treatment of inverse psoriasis in a patient with type 2 diabetes mellitus, together with systemic treatment with immunosuppressive drugs, we used therapy aimed at normalizing glycemia. Topical combined topical glucocorticosteroids in the form of a cream, as well as aniline dyes, were used externally. In the treatment of inverse psoriasis in a patient with type 2 diabetes mellitus in combination with hepatitis C, together with systemic treatment with hepatoprotectors, monoclonal antibody preparations are used, as well as hypoglycemic drugs. Topical combined topical glucocorticosteroids in the form of an ointment, aniline dyes, and aqueous solutions of antiseptics were used externally. In the presented clinical cases, patients are under the supervision of doctors of related specialties for a comprehensive approach to the treatment of patients with comorbid conditions.

Conclusions. To determine the most appropriate tactics for the treatment of inverse psoriasis in patients with concomitant pathology, an interdisciplinary approach to patient management is required.

Keywords: psoriasis, inverse psoriasis, hepatitis C, type 2 diabetes mellitus, cytostatics, hepatoprotectors, biological therapy, topical corticosteroids, clinical case

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Введение

Псориаз – хроническое гетерогенное гиперпролиферативное иммунозависимое заболевание кожи с возможным ассоциативным поражением других органов и систем [1]. Согласно эпидемиологическим данным, псориазом страдают до 5% населения планеты [2]. В последние годы отмечается рост числа тяжелых форм заболевания, резистентных к стандартным методам терапии и ассоциированных с коморбидными состояниями [3, 4, 5]. Псориаз отрицательно влияет на качество жизни, способствуя развитию депрессивных состояний, а сопутствующая патология, в виде метаболических расстройств, кардиоваскулярных заболеваний значительно сокращает продолжительность жизни пациентов [6, 7].

Несмотря на то, что этиология псориаза до сих пор остается невыясненной, современные научные данные указывают на то, что заболевание является мультифакториальным иммунозависимым дерматозом с генетической предрасположенностью к его развитию [1]. Сочетание заболеваний, таких, как псориаз и СД 2 типа, является примером неуточненной коморбидности, однако предполагается, что провоспалительные цитокины способствуют как формированию псориаза, так и атерогенезу, периферической резистентности к инсулину, развитию артериальной гипертензии и СД 2 типа [8]. Оба заболевания имеют наследственную предрасположенность, мультифакторную природу развития и обусловлены триггерными факторами. К ним относятся стресс, злоупотребление алкоголем, психоэмоциональные нагрузки, нерациональное питание, ожирение [7].

Псориаз тяжелее протекает именно у пациентов с метаболическими нарушениями – с заболеваниями гепатобилиарной системы, сахарным диабетом, нарушением обмена веществ, с сердечно-сосудистыми заболеваниями [9,10,11]. В связи с этим, не вызывает сомнения, что пациент с псориазом нуждается в персонифицированном подходе к наблюдению и лечению не только у дерматолога, но и у терапевта, эндокринолога, кардиолога и других специалистов с учетом наличия коморбидностей [12].

Инверсный псориаз характерен образованием мономорфных папулезных высыпаний, которые склонны сливаться в зудящие бляшки с четкими границами ярко-красного цвета, шелушение отсутствует или выражено незначительно. Типичная локализация инверсного псориазического процесса – кожа крупных складок. В некоторых случаях по периферии бляшек имеется, возвышающийся над поверхностью кожи шелушащийся валик, что свидетельствует о присоединении грибковой инфекции, этому способствует благоприятная среда и постоянная мацерация кожи складок [1, 13].

Вышеперечисленные признаки характерны для типичного течения инверсного псориаза, однако у части пациентов псориазический процесс осложняется наличием сопутствующих заболеваний и может приобретать нетипичную клиническую картину. Данные варианты течения псориаза требуют альтернативные схемы лечения и имеют склонность к частым рецидивам [3].

Израильскими учеными было обращено внимание, что наибольший риск осложнения инверсного псориаза развивается у пациентов с патологией гепатобилиарной системы и некомпенсированным сахарным диабетом 2 типа [14]. Заболевания гепатобилиарной системы негативно воздействуют на течение инверсного псориаза, провоцируя рецидивы заболевания, более тяжелое течение и устойчивость к терапии [8, 9]. У пациентов с сахарным диабетом 2-го типа риск образования инверсного псориаза превышает 55%, чем у пациентов с иными формами псориаза [10]. Наличие сахарного диабета у пациента с псориазом характеризуется более тяжелым течением болезни, распространенностью высыпаний, короткой ремиссией. Рецидивы сопровождаются более выраженной клинической картиной: интенсивной гиперемией, выраженной инфильтрацией бляшек, образованием массивных чешуе-корок [1, 3].

При неправильном назначении топической терапии большая вероятность развития осложнений псориазического процесса в виде присоединения бактериальной и/или микотической, кандидозной инфекции [1]. Неоптимальная топическая терапия в таком случае может способствовать распространению микозов, проявляющихся появлением массивной инфильтрации, эритемы [13].

Большинство работ об эффективности лекарственных средств касаются типичного варианта течения инверсного псориаза. Стоит обратить внимание на то, что исследования по терапии осложненного соматической патологией инверсного псориаза немногочисленны или отсутствуют [3]. Оценивая собственную клиническую практику, отмечаем, что основную проблему в подборе лечения вызывают именно «сложные» локализации псориаза [5, 13].

Субъективно поражение складок при инверсном псориазе характеризуется ощущением жжения, болезненности, зуда, образованием мокнутия за счет постоянной мацерации в области складок, что способствует значительному снижению качества жизни пациентов с инверсным псориазом.

Цель исследования – использовать комплексный подход в лечении инверсного псориаза, сочетанного с соматической патологией (сахарный диабет 2-го типа, гепатит С), и оценить эффективность междисциплинарного подхода к терапии.

Материалы и методы

Рассмотрим 2 клинических случая амбулаторного наблюдения пациентов с инверсным псориазом, осложненным соматической патологией, на базе Клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России в период с 26.08.2024 по 25.10.2024 г.

Клинический случай № 1

Пациентка А., 58 лет, обратилась за консультацией дерматовенеролога с жалобами на высыпания под молочными железами, на животе, сопровождающиеся выраженным жжением, зудом и болезненностью при соприкосновении с нижним бельем и одеждой.

Анамнез заболевания: со слов, больна около 3 лет, когда в складке под правой молочной железой появилась бляшка ярко-красного цвета, диаметром 4 на 5 см. Шелушение выражено не было. Обращалась к врачу-дерматовенерологу по месту жительства, был взят соскоб с области поражения и выявлены грибы рода *Candida*. Была назначена противогрибковая терапия (Флуконазол 250 мг однократно) и комбинированные топические глюкокортикостероиды (ГКС) в форме крема (Бетаметазон + Клиндамицин + Клотримазол) с положительным клиническим эффектом. Последнее обострение высыпаний отмечает около 1 месяца назад, было вызвано сильным стрессом и нарушением диеты. В 2023 году пациентке был поставлен диагноз: Сахарный диабет 2-го типа, получает Метформин лонг 1000 мг/сут, уровень глюкозы контролирует нерегулярно, применяет диету с ограничением сладкого, мучного.

Семейный анамнез: псориаз вульгарный у бабушки и отца.

Данные объективного осмотра: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Пациентка гиперстенического телосложения. Антропометрические характеристики следующие: рост 160 см, вес 92 кг, ИМТ = 35,9 кг/м².

Кожный покров физиологической окраски, периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы, доступные для пальпации, не увеличены, безболезненные.

Локальный статус: в области складок под обеими молочными железами, мечевидного отростка с переходом на кожу верхней половины живота наблюдается бляшка размером 20 на 35 см с фестончатыми краями. По периферии отдельные мелкие бляшки, размером до 3 см, ярко-красного цвета со склонностью к слиянию и периферическому росту (рис. 1). Шелушение выражено незначительно. Также в области складок под обеими молочными железами имеются беловатые налеты. При поскабливании отмечается появление псориатических феноменов. PASI 12; BSA 11%.

В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, частота дыхательных движений 16 в 1 мин. Аускультативно тоны сердца ритмичные, частота сердечных сокращений 70 в 1 минуту, пульс 70 в 1 минуту, дефицита пульса нет. Артериальное давление с обеих сторон 125/85 мм рт. ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жирового слоя, не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень – по краю реберной дуги, край округлый, поверхность гладкая, эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Физиологические

отправления регулярные, стул 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Дополнительные методы исследования:

- соскоб кожи с пораженных участков на патогенные грибы выявил рост дрожжеподобных грибов рода *Candida albicans*;
- клинический анализ крови: лейкоциты – 6×10^9 /л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 132 г/л, гематокрит – 39,2%, тромбоциты – $356 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – 0,3%, нейтрофилы палочкоядерные – 3%, нейтрофилы сегментоядерные – 61%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0,4%, лимфоциты – 33%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/ч;
- биохимический анализ крови: АЛАТ – 30 ед/л, АСАТ – 28 ед/л, глюкоза – 9 ммоль/л, гликированный гемоглобин (HbA_{1c}) – 8%, билирубин общий – 4,0 ммоль/л, гамма-ГТП – 35 ед/л, щелочная фосфатаза – 90 ед/л, общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ЛПНП – 2,7 ммоль/л, триглицериды – 1,4 ммоль/л, белок общий – 80 г/л, альбумин – 50 г/л, креатинин 67 – мкмоль/л, мочевины – 2,9 ммоль/л, СРБ – 2 г/л);
- клинический анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, прозрачность – прозрачная, относительная плотность – 1,025 г/л, реакция pH – 6, глюкоза – следы, белок – отсутствует, билирубин – отсутствует, кетоновые тела – отсутствуют, лейкоциты – до 4 в поле зрения, эритроциты – 0–1 в поле зрения, слизь – отсутствует, соли – отсутствуют, бактерии – единичные;
- патологоанатомическое исследование биопсийного материала: выраженный акантоз эпидермиса с колбообразным расширением эпидермальных выростов книзу, паракератоз, исчезновение зернистого слоя. Заключение: в биоптате кожи морфологический субстрат псориаза;
- Рекомендована консультация врача-эндокринолога.

Клинический диагноз основной: Инверсный псориаз средней степени тяжести, осложненный кандидозной инфекцией, обострение.

Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет, 2 тип. Диабетическая ангиопатия и полинейропатия нижних конечностей. Диабетический гепатоз. Диабетическая ретинопатия, непролиферативная форма. Целевой уровень HbA_{1c} менее 7%.

Назначенное лечение. Системная терапия: Метотрексат 15 мг подкожно 1 раз в неделю № 8 с последующим снижением дозы до 2,5 мг подкожно. Флуконазол 150 мг перорально после приема пищи 1 раз в неделю, 4 недели. Темгиколурил 500 мг 3 раза в сутки, 3 месяца. Вилдаглиптин 50 мг по 1 таблетке утром, Дапаглифлозин 10 мг по 1 таблетке однократно вечером, под контролем гликемии.

Наружно: комбинированный глюкокортикостероидный препарат (бетаметазон 0,5 мг/г + гентамицин 1 мг/г + клотримазол 10 мг/г) 2 раза в сутки в течение 4 недель [15].

Объективно (после лечения): через 8 недель пациентка отметила значительное улучшение, на коже складок под обеими молочными

железами, в области мечевидного отростка, верхней половины брюшной стенки высыпания поbledнели, замечен значительный регресс. PASI 7; BSA 6%.

Клинический случай № 2

Пациент Б., 53 лет, обратился за консультацией дерматовенеролога с жалобами на высыпания в области подмышечных впадин, живота, поясницы, паховых складок, разгибательных поверхностей конечностей, а также на болезненность, скованность по утрам фаланговых суставов кистей и стоп.

Анамнез заболевания: считает себя больным около 10 месяцев. Ощущения болезненности и утренней скованности в фаланговых суставах начались около 4 месяцев назад. В кожно-венерологическом диспансере по месту жительства был поставлен диагноз «Псориаз». Со слов пациента, высыпания сначала локализовывались в складках (подмышечные, паховые), затем распространились на область живота, поясницы, разгибательных поверхностей конечностей. Получал только наружное лечение топическими ГКС в комбинации с салициловой кислотой, эмоленты. Состоит на учете у гепатолога и инфекциониста с диагнозом: Хронический вирусный гепатит С, получает противовирусную терапию (ПВТ) телатравиром в комбинации с пэгинтерфероном альфа и рибавирином. Также пациент наблюдался у эндокринолога в течение 5 лет с диагнозом: Сахарный диабет 2-го типа. Получает базис-болюсную инсулинотерапию.

Семейный анамнез: сахарный диабет 2 типа у отца.

Данные объективного осмотра. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Пациент гиперстенического телосложения. Антропометрические характеристики следующие: рост 180 см, вес 97 кг, ИМТ = 29,9 кг/м². Периферические лимфатические узлы, доступные для пальпации, не увеличены, безболезненные.

Локальный статус. Кожный покров в области подмышечных впадин и паховых складок с папулами ярко-красного цвета, сливающихся в бляшки размером до 7 см, шелушение выражено слабо. В области передней и боковых поверхностей живота, поясницы, локтевых суставов, предплечий, коленных суставов, голеней массивные бляшки размером с ладонь взрослого человека, ярко-красного цвета, шелушение скудное. Феномен Кебнера положительный. При поскабливании бляшки последовательно проявляются три псориазических феномена. Отмечается припухлость фаланговых суставов кистей и стоп, кожа над ними не изменена (рис. 3). PASI 19; BSA 17%.

Дополнительные методы исследования:

- соскоб кожи с пораженных участков на патогенные грибы: роста нет;
- клинический анализ крови: лейкоциты – 4×10^9 /л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 140 г/л, гематокрит – 36,1%, тромбоциты – 362×10^9 /л, тромбоциты – 0,2%, нейтрофилы палочкоядерные – 4%, нейтрофилы сегментоядерные – 59%, эозинофилы – 1%, базофилы – 0,2%, лимфоциты – 28%, моноциты – 5%, СОЭ – 10 мм/ч;

Субъективных ощущений не отмечает (рис. 2). Также отмечена нормализация гликемических показателей и достижение целевых цифр в соответствии с рекомендациями эндокринолога.

- биохимический анализ крови: АЛАТ – 35 ед/л, АСАТ-33 ед/л, глюкоза – 13 ммоль/л, гликированный гемоглобин 9%, билирубин общий – 10,0 мкмоль/л, гамма-ГТП – 37 ед/л, щелочная фосфатаза – 105 ед/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ЛПНП – 2,9 ммоль/л, триглицериды – 1,2 ммоль/л, белок общий – 76 г/л, альбумин – 48 г/л, креатинин 81 – мкмоль/л, мочевины – 6,2 ммоль/л, СРБ- 3 г/л;
- клинический анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, относительная плотность – 1,028 г/л, реакция pH – 6,5, глюкоза – 0,8 ммоль/л, белок – отсутствует, билирубин – отсутствует, кетоновые тела – отсутствуют, лейкоциты – 3 в поле зрения, эритроциты – 2 в поле зрения, слизь – отсутствует, соли – отсутствуют, бактерии – отсутствуют;
- рекомендована консультация врача-эндокринолога, консультация врача-инфекциониста.

Клинический диагноз основной: Распространенный вульгарный псориаз. Псориаз крупных складок, прогрессивная стадия. Псориазический полиартрит.

Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет, 2 тип. Диабетическая ангиопатия и полинейропатия нижних конечностей. Диабетический гепатоз. Диабетическая ретинопатия, препролиферативная форма. Целевой уровень HbA_{1c} менее 7%. Хронический вирусный гепатит С, неперипликационная форма, минимальной степени активности, ПВТ.

Назначенное лечение. Системная терапия: Секукинумаб 150 мг п/к 1 раз в 4 недели. Продолжить прием ПВТ, Адеметионин 800 мг в сутки перорально по назначению инфекциониста. Коррекция гликемии – Инсулин гларгин 300 Ед/мл 1 раз в сутки вечером, Инсулин аспарт на прием пищи под контролем гликемии согласно хлебным единицам, целевые значения гликированного гемоглобина – менее 7%.

Наружно: в область подмышечных впадин, паховых складок: комбинированный ГКС в форме крема (бетаметазон 0,5 мг/г + гентамицин 1 мг/г + клотримазол 10 мг/г) 2 раза в сутки в течение 4 недель. В область передней и боковых поверхностей живота, поясницы, разгибательных поверхностей конечностей топический ГКС в форме мази (бетаметазон 0,05%) 2 раза в сутки в течение 4 недель. Эмоленты по требованию [15].

Объективно (после лечения): в течение 8 недель от начала терапии новые бляшки не образуются, старые бляшки разрешились с образованием депигментированных пятен. Суставы обычной конфигурации, кожа над ними не изменена (рис. 4). Субъективные ощущения отсутствуют. PASI 4; BSA 3%.

Целевые цифры гликемии достигнуты, пациент продолжает соблюдать рекомендаций эндокринолога и инфекциониста.

Заключение

На современном этапе медицинских знаний достигнут определенный прогресс в понимании распространенности и патофизиологических механизмов псориаза и метаболических нарушений, позволяющих расценивать эти состояния как коморбидные [1]. Наличие сопутствующих заболеваний имеет большое значение в выборе терапии пациентов с псориазом. Рациональная терапия псориаза должна, с одной стороны, достаточно быстро купировать обострения, с другой – поддерживать

длительность ремиссии, не приводя к ухудшению общесоматического статуса пациента.

Псориаз, протекающий на фоне сахарного диабета и патологии печени, чаще всего имеет тяжелое атипичное и затяжное течение [16]. В связи с этим, при лечении инверсного псориаза у пациентов с сопутствующими метаболическими нарушениями, необходим постоянный контроль динамики терапии врачом-дерматовенерологом, а также врачами смежных специальностей.

Литература | References

- Kruglova L.S., Bakulev A.L., Korotaeva T.V., Lila A.M., Pereverzeva N.O. Psoriasis. Moscow. GEOTAR-Media, 2022; 328P. (In Russ.)
Круглова Л.С., Бакулев А.Л., Коротаева Т.В., Лиля А.М., Переверзева Н.О. Псориаз. ГЕОТАР-Медиа. 2022; 328с.
- Kruglova L.S., Korotaeva T.V. Program of medical and social support for patients with psoriasis and (or) psoriatic arthritis who are indicated for therapy with genetically engineered biological drugs in real clinical practice. *Scientific and Practical Rheumatology*. 2020;58(5):495–502. (In Russ.) doi: 10.47360/1995–4484–2020–495–502.
Круглова Л.С., Коротаева Т.В. Программа медико-социального сопровождения пациентов с псориазом и (или) псориатическим артритом, которым показана терапия генно-инженерными биологическими препаратами в условиях реальной клинической практики. Научно-практическая ревматология. 2020;58(5):495–502. doi: 10.47360/1995–4484–2020–495–502.
- Kruglova L.S., Rudneva N.S., Bakulev A.L., Khotko A.A. Medical alphabet – Inverse psoriasis and psoriasis of “difficult” localizations: the effectiveness of netakimab. *Medical alphabet*. 2022;1(27):14–20. (In Russ.) doi: 10.33667/2078–5631–2022–17–14–20.
Круглова Л.С., Руднева Н.С., Бакулев А.Л., Хотко А.А. Медицинский алфавит-Инверсный псориаз и псориаз «трудных» локализаций: эффективность нетакимаба. Медицинский алфавит. 2022;27:14–20. doi: 10.33667/2078–5631–2022–17–14–20.
- Shafieva I.A., Bulgakova S.V., Kurmaev D.P., Treneva E.V. Use of tofacitinib in psoriatic arthritis (literature review). *Medical Council*. 2024;(12):114–122. (In Russ.) doi: 10.21518/ms2024–230.
Шафиева И.А., Булгакова С.В., Курмаев Д.П., Тренева Е.В. Применение тофацитиниба при псориатическом артрите (обзор литературы). Медицинский Совет. 2024;(12):114–122. doi: 10.21518/ms2024–230.
- Arseniyeva A.A., Migacheva N.B., Lyamin A.V., Kurmaev D.P. Immunobiological therapy of psoriasis. Current state of the problem (Review of literature). *Russian Allergological Journal*. 2025;21(4). (In Russ.) doi: 10.36691/RJA16974.
Арсеньева А.А., Мигачёва Н.Б., Лямин А.В., Курмаев Д.П. Иммунобиологическая терапия псориаза. Современное состояние проблемы (Обзор литературы). Российский Аллергологический Журнал. 2025;21(4). doi: 10.36691/RJA16974.
- Bakulev A.L., Shagova Yu.V., Kozlova I.V. Psoriasis as a systemic pathology. *Saratov Scientific Medical Journal*. 2008;1:13–19. (in Russ.) ISSN 1995–0039 Print, ISSN 2076–2518 Online.
Бакулев А.Л., Шагова Ю.В., Козлова И.В. Псориаз как системная патология. Саратовский научно-медицинский журнал. 2008;1:13–19. ISSN 1995–0039 Print, ISSN 2076–2518 Online.
- Lykova S.G., Morzhanaeva M.A., Nemchaninova O.B., Svechnikova E.V. Psoriasis in patients with metabolic syndrome: clinical aspects of the problem. *Clinical dermatology and venereology*. 2020;19(2):214–222. (In Russ.) doi: 10.17116/klinderma202019021214.
Лыкова С.Г., Моржанаева М.А., Немчанинова О.Б., Свечникова Е.В. Псориаз у пациентов с метаболическим синдромом: клинические аспекты проблемы. Клиническая дерматология и венерология. 2020;19(2):214–222. doi: 10.17116/klinderma202019021214.
- Rodríguez-Zúñiga M.J.M., García-Perdomo H.A. Systematic Review and Meta-Analysis of the Association Between Psoriasis and Metabolic Syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(4):657–666. doi: 10.1016/j.jaad.2017.04.1133.
- Udalova I.V., Gerasimova D.D., Gulyants N.M., Okhlopkov V.A. *MEDSI Bulletin*. 2024;2(35):69–74. (In Russ.) doi: 10.33029/2949–4613–2023–11–2–8–14.
Удалова И.В., Герасимова Д.Д., Гульянц Н.М., Охлопков В.А. Вестник МЕДСИ. 2024;2(35):69–74. doi: 10.33029/2949–4613–2023–11–2–8–14.
- Armstrong A.W., Schupp C., Bebo B. Psoriasis Comorbidities: Results from the National Psoriasis Foundation Surveys 2003 to 2011. *Dermatology*. 2012;225: 121–126. doi: 10.1159/000342180.
- Gelfand J.M., Troxel A.B., Lewis J.D. et al. The risk of mortality in patients with psoriasis. *Arch Dermatol*. 2007;143:1493–1499. doi: 10.1001/archderm.143.12.1493.
- Kochergin N., Smirnova L., Potekaev N., Bilalova U. Psoriasis: comorbidities and comedications. *Doctor*. 2009;5:15–20. (In Russ.)
Кочергин Н., Смирнова Л., Потекаев Н., Билалова У. Псориаз: коморбидности и комедикации. Врач. 2009;5:15–20.
- Röcken M., Schaller M., Sattler E., Burgdorf W. Atlas of Dermatology. *MEDpress-inform*. 2012;174. (In Russ.)
Рёкен М., Шаллер М., Заттлер Э., Бургдорф В. Атлас по дерматологии. МЕДпресс-информ. 2012;174.
- Shapiro J., Cohen A.D., David M., et al. The association between psoriasis, diabetes mellitus, and atherosclerosis in Israel: a case-control study. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(4): 629–634. DOI: 10.1016/j.jaad.2006.09.017.
- Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists Federal Clinical Guidelines for the Management of Patients with Psoriasis. 2023. (In Russ.)
Российское общество дерматовенерологов и косметологов Федеральные клинические рекомендации по ведению больных с псориазом, 2023 г.
- Bakulev A.L., Kravchenya S.S. Use of hepatoprotectors in psoriasis: comparative clinical, laboratory and ultrasonographic evaluation of effectiveness. *Bulletin of Dermatology and Venereology*. 2010;1:112–117. (In Russ.) doi: 10.25208/vdv.1005.
Бакулев А.Л., Кравченя С.С. Применение гепатопротекторов при псориазе: сравнительная клинико-лабораторная и ультрасонографическая оценка эффективности. Вестник дерматологии и венерологии. 2010;1:112–117. doi: 10.25208/vdv.1005.

К статье

Комплексный подход к лечению инверсного псориаза у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (клинический случай) (стр. 351–356)

To article

Comprehensive approach to the treatment of inverse psoriasis in patients with type 2 diabetes mellitus (clinical case) (p. 351–356)

Рисунок 1.

Пораженные участки кожи пациентки А., 58 лет до лечения



Рисунок 2.

Пораженные участки кожи пациентки А., 58 лет после лечения

Рисунок 3.

Пораженные участки кожи пациента Б., 53 лет до лечения



Рисунок 4.

Пораженные участки кожи пациента Б., 53 лет после лечения

