

Список литературы / References

1. Мантурова Н.Е., Круглова Л.С., Стенько А.Г. Рубцы кожи. Клинические проявления, диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
Manturova N.E., Kruglova L.S., Stenko A.G. Skin scars. Clinical manifestations, diagnosis and treatment. M.: GEOTAR-Media, 2021. (In Russ.).
2. Hernández-Bule M. L. et al. Anti-fibrotic effects of RF electric currents // International Journal of Molecular Sciences. – 2023. – V. 24. – №. 13. – P. 10986. DOI: 10.3390/ijms241310986. PMID: 37446165; PMCID: PMC 10341950.
3. Рубцова Л.А., Круглова Л.С., Круглова М.С. Современные представления о постожоговых рубцовых поражениях. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (39): 22–26.
Rubtsova L.A., Kruglova L.S., Kruglova M.S. Modern concepts of post-burn cicatricial lesions. Effective pharmacotherapy. 2023; 19 (39): 22–26. (In Russ.).
4. Park Y. R. et al. NF-κB signaling is key in the wound healing processes of silk fibroin // Acta biomaterialia. 2018; (67): 183–195. DOI: 10.1016/j.actbio.2017.12.006
5. Nischwitz S.P. et al. The role of local inflammation and hypoxia in the formation of hypertrophic scars – a new model in the drosophila // International Journal of Molecular Sciences. 2022; 24 (1): 316. DOI: 10.3390/ijms24010316. PMID: 36613761; PMCID: PMC 9820621
6. Lingzhi Z., Meirong L., Xiaobing F. Biological approaches for hypertrophic scars // International wound journal. 2020; 17 (2): 405–418. DOI: 10.1111/iwj.13286
7. Jiang D., Rinkevich Y. Scars or regeneration? – Dermal fibroblasts as drivers of diverse skin wound responses // International journal of molecular sciences. 2020; 21 (2): 617. DOI: 10.3390/ijms21020617
8. Рубцова Л.А. и др. Современные методы ведения пациентов педиатрического профиля с постожоговыми рубцовыми поражениями: клинические наблюдения // Вопросы современной педиатрии. 2024; 23 (5): 329–335.
Rubtsova L.A. et al. Modern methods of managing pediatric patients with post-burn cicatricial lesions: clinical observations // Issues of modern pediatrics. 2024; 23 (5): 329–335. (In Russ.).
9. Ekelem C. et al. Radiofrequency therapy and noncosmetic cutaneous conditions // Dermatologic Surgery. 2019; 45 (7): 908–930. DOI: 10.1097/DSS.0000000000001925. PMID: 30893163; PMCID: PMC 10939175
10. Pinheiro N.M. et al. Effects of radiofrequency procedure on hypertrophic scar due to burns // Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology. 2015; 29 (1). DOI: 10.1111/jdv.12388. Epub 2014 Feb 14. PMID: 24673645
11. Hernández-Bule M. L. et al. In vitro stimulation with radiofrequency currents promotes proliferation and migration in human keratinocytes and fibroblasts // Electromagnetic Biology and Medicine. 2021; 40 (3): 338–352. https://doi.org/10.1080/15368378.2021.1938113
12. Khedr M.M. et al. Comparison of Nd: YAG laser and combined intense pulsed light and radiofrequency in the treatment of hypertrophic scars: A prospective clinico-histopathological study // Annals of Plastic Surgery. 2020; 84 (5): 518–524. DOI: 10.1097/SAP.0000000000002086
13. Trelles M.A., Martínez-Carpio P.A. Clinical and histological results in the treatment of atrophic and hypertrophic scars using a combined method of radiofrequency, ultrasound, and transepidermal drug delivery // International journal of dermatology. 2016; 55 (8): 926–933. DOI: 10.1111/ijd.13253
14. Nicoletti G. et al. Scar remodeling with the association of monopolar capacitive radiofrequency, electric stimulation, and negative pressure // Photomedicine and Laser Surgery. 2017; 35 (5): 246–258. DOI: 10.1089/pho.2016.4180
15. Hernández-Bule M. L. et al. Effects of RF currents on cytokines production in human keratinocytes // Medical Sciences Forum. MDPI, 2023; 21. (1): 29. https://doi.org/10.3390/ECB2023-14096

Статья поступила / Received 16.09.2025

Получена после рецензирования / Revised 19.09.2025

Принята в печать / Accepted 19.09.2025

Сведения об авторах

Рубцова Любовь Алексеевна, врач-дерматовенеролог^{1,2}.

E-mail: lubovrubtz@gmail.com. ORCID: 0000-0001-5245-0394

Круглова Лариса Сергеевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой

дерматовенерологии и косметологии, проректор по учебной работе.

E-mail: kruglovals@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5044-5265

Круглова Мария Сергеевна, студентка 5 курса лечебного факультета³.

E-mail: kruglovamashulka@gmail.com. ORCID: 0000-0002-3190-7460

Сычев Андрей Владимирович, к.м.н., доцент кафедры хирургии с курсом

эндоскопии, проректор по учебной работе, ученый секретарь Ученого

совета¹. E-mail: unmc-surgery@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-2808-8679

About authors

Rubtsova Lyubov A., dermatovenerologist^{1,2}. E-mail: lubovrubtz@gmail.com.

ORCID: 0000-0001-5245-0394

Kruglova Larisa S., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Dermatovenereology

and Cosmetology, vice-rector for Academic Affairs. Email: kruglovals@mail.ru.

ORCID: 0000-0002-5044-5265

Kruglova Maria S., 5th year student at Faculty of Medicine⁴.

E-mail: kruglovamashulka@gmail.com. ORCID: 0000-0002-3190-7460

Sychev Andrey V., PhD Med, associate professor at Dept of Surgery with a Course

in Endoscopy, vice-rector for Academic Affairs, academic secretary of Academic

Council¹. E-mail: unmc-surgery@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-2808-8679¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

² АО «Институт пластической хирургии и косметологии», Москва, Россия³ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия¹ Central State Medical Academy of the Administrative Department of the

President of the Russian Federation, Moscow, Russia

² Institute of Plastic Surgery and Cosmetology, Moscow, Russia³ I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Автор для переписки: Рубцова Любовь Алексеевна. E-mail: lubovrubtz@gmail.com

Corresponding author: Rubtsova Lyubov A. E-mail: lubovrubtz@gmail.com

Для цитирования: Рубцова Л.А., Круглова Л.С., Круглова М.С., Сычев А.В. Ведение пациентов с гипертрофическими рубцами с помощью емкостно-резистивной электротерапии при 448 кГц (обзор литературы). Медицинский алфавит. 2025; (23): 25–28. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-23-25-28

For citation: Rubtsova L.A., Kruglova L.S., Kruglova M. S., Sychev A.V. Management of patients with hypertrophic scars using capacitive-resistive electrotherapy at 448 kHz (literature review). Medical alphabet. 2025; (23): 25–28. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-23-25-28

DOI: 10.33667/2078-5631-2025-23-28-32

Анализ клинико-анамнестических данных у пациентов с псориазом

Я.В. Козырь¹, Л.С. Круглова²¹ ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия² ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Псориаз представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся гиперпролиферацией кератиноцитов и иммунной дисрегуляцией. Он связан с генетической предрасположенностью, аутоиммунными расстройствами, коморбидной патологией, психическими и психологическими заболеваниями, факторами окружающей среды. Задачей данного исследования было изучить распространенность ладонно-подошвенного псориаза в общей когорте пациентов с псориазом и определить основные факторы риска развития данного фенотипа дерматоза. Для этого проводился анализ клинико-анамнестических данных у пациентов с установленным диагнозом псориаз. Всего в группу исследования вошли 757 пациент с различными фенотипами псориаза, данные которых были проанализированы в общей когорте и в дальнейшем исходя из разделения пациентов по наличию ЛПП, при этом сравнение всех клинико-анамнестических данных проводилось в разрезе наличия поражений в локализации ладоней и подошв.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: псориаз, ладонно-подошвенный псориаз, коморбидная патология, триггерные факторы.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Analysis of clinical and anamnestic data in patients with psoriasis

Ya. V. Kozyr¹, L. S. Kruglova²

¹ Clinical Dermatovenereology Dispensary, Krasnodar, Russia

² Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

SUMMARY

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease characterized by hyperproliferation of keratinocytes and immune dysregulation. It is associated with genetic predisposition, autoimmune disorders, comorbid pathology, mental and psychological diseases, and environmental factors. The objective of this study was to study the prevalence of palmar-plantar psoriasis in a general cohort of patients with psoriasis and to identify the main risk factors for the development of this phenotype of dermatosis. For this purpose, the analysis of clinical and anamnestic data was carried out in patients with a diagnosis of psoriasis. In total, the study group included 757 patients with various phenotypes of psoriasis, whose data were analyzed in the general cohort and further based on the division of patients by the presence of LPP (2 groups), while comparing all clinical and anamnestic data in the context of the presence of lesions in the localization of the palms and soles.

KEYWORDS: psoriasis, palmar-plantar psoriasis, comorbid pathology, trigger factors.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Псориаз представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся гиперпролиферацией кератиноцитов и иммунной дисрегуляцией [1]. Он связан с генетической предрасположенностью, аутоиммунными расстройствами, коморбидной патологией, психическими и психологическими заболеваниями, факторами окружающей среды (например, инфекцией, стрессом, травмой) и т. д. Патогенез тесно связан с аномальным взаимодействием между врожденным иммунитетом, Т-клетками, кератиноцитами и т. д. Иммунные клетки у пациентов высвобождают избыточное количество провоспалительных факторов, что приводит к неконтролируемой активации врожденной и приобретенной иммунной системы, таких как сигнальный путь ядерного фактора κB (NF- κB) и дифференцировке Т-хелперных (Th) клеток в сторону клеток Th1 и/или Th17 [2]. Сложный патогенез приводит к повреждению тканей и органов с течением времени, проявляющемуся гиперпролиферацией, воспалением и другими клиническими синдромами в местах поражения. Терапевтические подходы к лечению псориаза можно разделить на три вида: системное и местное лечение, физиотерапевтические технологии [3].

В последние годы основные направления повышения эффективности терапии псориаза затрагивали разработку новых классов лекарственных препаратов (генно-инженерные биологические препараты, синтетические молекулы блокаторы внутриклеточных сигналов). Однако, с учетом того, что у большинства пациентов (50–60%) псориаз носит ограниченный характер [4], внимание исследователей также привлечено к разработке физиотерапевтических технологий, позволяющих локально воздействовать на очаги псориаза [5]. В этом плане перспективным является разработка лазерных методов с целью повышения эффективности в том числе и такого фенотипа псориаза, как ладонно-подошвенный.

Задачей данного исследования было изучить распространенность ладонно-подошвенного псориаза в общей когорте пациентов с псориазом и определить основные факторы риска развития данного фенотипа дерматоза.

Для этого проводился анализ клинко-анамнестических данных у пациентов с установленным диагнозом псориаза. Всего в группу исследования вошли 757 пациент с различными фенотипами псориаза, данные которых были проанализированы в общей когорте и в дальнейшем исходя из разделения пациентов по наличию ЛПП, при этом сравнение всех клинко-анамнестических данных проводилось в разрезе наличия поражений в локализации ладоней и подошв.

Среди 757 пациентов общей выборки было 402 женщины и 355 мужчин. Средний возраст составил $38,6 \pm 5,9$ лет. Длительность заболевания $9,5 \pm 3,8$ лет. Общие данные по фенотипам псориаза в общей когорте пациентов представлены в таблице 1. Анализируя данные, можно отметить, что преобладали пациенты с бляшечным псориазом – 87,8%. Следует отметить, что псориаз волосистой части головы и ладонно-подошвенный псориаз часто сопровождалось высыпания на гладкой коже (бляшечный псориаз). В то же время вне зависимости от наличия высыпаний на гладкой коже данные пациенты рассматривались как пациенты с бляшечным псориазом. Так пациентов с поражением волосистой части головы было

Таблица 1
Диагностированные фенотипы псориаза

Фенотип псориаза	Количество пациентов (n/%)
Бляшечный псориаз	665/ 87,8%
Псориаз волосистой части головы	403/ 53,2% *из них изолированное поражение – 58/ 7,7%
Псориаз ладоней и подошв	76/ 10,0% *из них изолированное поражение – 39/ 5,2%
Инверсный псориаз	59/ 7,8%
Экссудативный псориаз	31/ 4,1%
Эритродермический псориаз	2/ 0,3%
Псориатическая ониходистрофия	153/ 20,2%
Псориатический артрит	86/ 11,4%

Примечание: * – расчет% пациентов проводился к общей выборке пациентов (n=757).

Таблица 2
Анализ коморбидной и соматической патологии
в общей выборке пациентов (n=757)

Заболевание	Количество пациентов (n/%)
Кардиоваскулярные заболевания	251/33,2%
Заболевания гепатобилиарной системы	216/28,5%
Сахарный диабет 2 типа	143/18,9%
Инсулинорезистентность	284/37,5%
Ожирение (любой степени тяжести)	289/38,2%
Гиперхолестеринемия	301/39,8%
Хронические заболевания легких	41/5,4%
Язвенная болезнь желудка	37/4,9%
Заболевания периферических сосудов	112/14,8%
Ревматологические заболевания	32/4,2%
Воспалительные заболевания кишечника	11/1,4%
Онкологические заболевания (включая рак кожи)	39/5,2%

Таблица 3
Анализ данных по триггерным факторам
в общей выборке пациентов (n=757)

Провоцирующий фактор	Количество пациентов (n/%)
Стресс	243/32,1%
Нервное переутомление	87/11,5%
Травма	57/7,5%
Нарушение диеты	32/4,2%
Злоупотребление алкоголем	19/2,5%
Повышенная инсоляция	15/2,0%
Обострение коморбидной или соматической патологии	12/1,6%
Прием лекарственных препаратов	7/0,9%
Причина не выявлена	285/37,7%

Таблица 4
Анализ количества обострений в год
в общей выборке пациентов (n=757)

Количество обострений	Количество пациентов (n/%)
Впервые выявленный псориаз	67/8,9%
1–2 в год	339/44,8%
3–4 в год	251/33,2%
Более 4 в год	68/9,0%
Без ремиссии на протяжении последнего года	32/4,2%

53,2%, при этом изолированное поражение отмечалось лишь у 7,7% больных. Поражение ладоней и подошв диагностировано у 10,0% пациентов, при этом у половины пациентов (5,2%) наблюдалось изолированное поражение с данной локализацией. Инверсный псориаз встречался в 7,8% случаев, экссудативный псориаз наблюдался у 4,1% пациентов, эритродермический встречался в 0,3% случаев. Все пациенты с псориазом и псориатическим артритом (ПсА) имели высыпания на гладкой коже (преимущественно бляшечный псориаз), что также определило их включение в данные группы. Псориатическая ониходистрофия диагностировалась у каждого пятого пациента – 20,2%. Псориатический артрит (установленный ранее) отмечался у 11,4% пациентов.

Оценка коморбидных и соматических заболеваний проводилась с даты скрининга пациентов до даты окончания исследования (определяемой как самая ранняя дата выхода из-под наблюдения). Сердечно-сосудистые сопутствующие

заболевания (гипертоническая болезнь, цереброваскулярные заболевания, инфаркт миокарда) были объединены и представлены как комбинированный результат. В анализе отсутствовала психиатрическая патология и анализ тревожно-депрессивных состояний ввиду отсутствия полных данных по всей выборке пациентов. Онкологическая патология учитывалась с теми больными, у которых была ремиссия (5 и более лет после выздоровления), включая рак кожи. Отдельно рассматривались составляющие метаболического синдрома (инсулинорезистентность, сахарный диабет 2 типа, ожирение, гиперхолестеринемия). В соответствии с алгоритмом псориатический артрит не был включен в «ревматологическое заболевание». Анализ коморбидной патологии в общей выборке показал следующие данные (табл. 2).

Анализируя полученные данные, можно отметить, что наиболее часто в популяции пациентов с псориазом вне зависимости от фенотипа и степени тяжести (разделение по данному признаку не предусмотрено дизайном исследования) встречались: гиперхолестеринемия – 39,8%, ожирение – 38,2%, инсулинорезистентность – 37,5%, кардиоваскулярные заболевания – 33,2%, заболевания гепатобилиарной системы (преимущественно неалкогольный жировой гепатоз печени) – 28,5%, сахарный диабет – 18,9% и заболевания периферических сосудов (включая атеросклероз, варикозное расширение вен) – 14,8%. При сборе данных по возможному триггерному фактору учитывались данные только последнего обострения, без учета провоцирующих факторов при предыдущих обострениях. Однако следует отметить, что у одного и того же пациента на протяжении всего периода болезни триггерные факторы были различными, при этом общая тенденция полученных данных прослеживается и соотносится с данными других исследований. В позиции нервное переутомление пациенты подразумевали следующие факторы: повышенная нагрузка на работе, плохое качество ночного сна, эмоциональное истощение, длительное отсутствие отпуска. В позиции нарушение диеты пациенты подразумевали избыточное употребление продуктов фаст-фуда, жирной пищи. В позиции прием лекарственных препаратов учитывалась только четко установленная связь с обострением псориаза (антиаритмические препараты, витамины группы В). Среди триггерных факторов в общей популяции пациентов преобладал стресс – 32,1% случаев и нервное переутомление – 11,5%, при этом у 37,7% пациентов триггерный фактор не был выявлен (табл. 3). Травма, погрешности в диете, злоупотребление алкоголем, повышенная инсоляция, обострение коморбидной или соматической патологии, прием лекарственных препаратов отмечали менее, чем 10% пациентов.

По количеству обострений в год распределение было следующим: преобладали пациенты с 1–2 обострениями в год – 44,8% и 3–4 обострениями в год – 33,2%. Впервые выявленный псориаз составил 8,9% случаев. Обострения более 4 раз в год отметили 9,0% больных, при этом без ремиссии на протяжении одного года было 4,2% пациентов (табл. 4).

Таким образом, в общей популяции пациентов с псориазом было равное количество женщин и мужчин, преимущественно активного возраста с дебютом заболевания в возрасте до 25 лет. Среди триггерных факторов в общей популяции пациентов преобладал стресс – 32,1% случаев. Из сопутствующей коморбидной патологии наиболее часто встречались: гиперхо-

лестеринемия – 39,8%, ожирение – 38,2%, инсулинорезистентность – 37,5%, сердечно-сосудистые заболевания – 33,2%, заболевания гепатобилиарной системы (преимущественно неалкогольный жировой гепатоз печени) – 28,5%, сахарный диабет – 18,9%. Впервые выявленный псориаз оставил 8,9%. Ориентируясь на количество обострений как маркер тяжести течения псориаза, практически половина пациентов (44,8%) отмечали 1–2 обострения в год, что соответствует легкому течению псориаза.

Поражение ладоней и подошв диагностировано у 10,0% пациентов из общей когорты пациентов с псориазом ($n=757$), при этом у половины пациентов (5,2%) наблюдалось изолированное поражение с данной локализацией. Для анализа клинико-anamnestических данных в разрезе наличия ЛПП учитывался только бляшечный псориаз и пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты с наличием ЛПП и поражением гладкой кожи были исключены из общей выборки 1 группы. Таким образом в 1 группу вошли – 589 пациентов с бляшечным псориазом, во 2 группу – 76 больных с ЛПП.

В 1 группе среди 589 пациентов было 301 (51,1%) женщина и 288 (48,9%) мужчин. Средний возраст составил $39,3 \pm 4,9$ лет. Длительность заболевания составила $12,7 \pm 6,2$ лет. Количество обострений в год – $2,4 \pm 0,5$. То есть данные соответствовали полученным результатам в общей выборке, что объясняется превалированием в общей когорте пациентов с бляшечным псориазом. Во 2 группе пациентов с ЛПП преобладали лица женского пола (61,6%) при этом в группе 1 соотношение полов было равным. По сравнению с группой бляшечного псориаза отмечались более высокие цифры по среднему возрасту на момент обращения – $48,5 \pm 4,3$ лет и длительности заболевания – $15,1 \pm 3,7$ лет. По количеству обострений в год во 2 группе наблюдалось достоверно значимо большее количество обострений – $3,5 \pm 0,2$ раз. По индексу отягощенности также отмечалась достоверная разница при межгрупповом сравнении. В группе пациентов с ЛПП значительно чаще встречались курящие пациенты: 61,8% против 12,9% (табл. 5).

Среди триггерных факторов в 1 группе (пациенты с бляшечным псориазом) данные были сопоставимы с данными в общей когорте пациентов с псориазом (табл. 6). Так преобладали стресс (38,7%), нервное переутомление (10,9%). Была не выявлена причина у 38,4% пациентов. В то же время в группе пациентов с ЛПП у почти половины (46,1%) важную роль играла травматизация: в расшифровке к данному вопросу пациенты указывали профессиональную вредность (парикмахер, строитель, повар, курьер), частый контакт с агрессивными веществами, интенсивные занятия спортом. Таким образом, травматизация в 20 раз чаще выступала триггером при ЛПП по сравнению с бляшечным псориазом.

Из других значимых факторов можно отметить стресс (25%), но он играл меньшую роль, чем при бляшечном псориазе (38,7%). В отношении фактора «нарушение диеты» при ЛПП пациенты в 3 раза чаще называли данную причину (10,5% против 2,9%). Причина не была выявлена у 13,2% пациентов с ЛПП, что в 3 раза меньше, чем при бляшечном псориазе (38,4%).

Анализ сопутствующей и коморбидной патологии выявил следующие данные (табл. 7). Показатели в группе пациентов с бляшечным псориазом соответствовали основным

Таблица 5
Клинико-anamnestические данные: сравнительный анализ показателей в группе бляшечного псориаза и ЛПП

Параметр	Пациенты с бляшечным псориазом ($n=589$)	Пациенты с ЛПП ($n=76$)
Пол (ж/м)	301/51,1% / 288/48,9%	47/61,8%* / 29/38,2%*
Возраст (лет)	$39,3 \pm 4,9$	$48,5 \pm 4,3$ *
Длительность псориаза (лет)	$12,7 \pm 6,2$	$15,1 \pm 3,7$ *
Количество обострений в год	$2,4 \pm 0,5$	$3,5 \pm 0,2$ *
Индекс отягощенности по соматической патологии	$1,8 \pm 0,3$	$2,4 \pm 0,3$ *
Курение (кол-во пациентов)	98/12,9%	47/61,8%

Примечание: * – достоверное различие между групп при $p < 0,05$.

Таблица 6
Анализ данных по триггерным факторам

Провоцирующий фактор	Пациенты с бляшечным псориазом ($n=589$)	Пациенты с ЛПП ($n=76$)
Стресс	228/38,7%	19/25,0%*
Нервное переутомление	64/10,9%	4/5,3%*
Травма	13/2,2%	35/46,1%*
Нарушение диеты	17/2,9%	8/10,5%*
Злоупотребление алкоголем	11/1,9%	0/0%
Повышенная инсоляция	15/2,6%	0/0%
Обострение коморбидной или соматической патологии	10/1,7%	0/0%
Прием лекарственных препаратов	5/0,9%	0/0%
Причина не выявлена	226/38,4%	10/13,2%*

Примечание: * – достоверное различие между групп при $p < 0,05$.

значениям в общей когорте пациентов с псориазом (табл. 6). В то же время по ряду показателей между групп с бляшечным псориазом и ЛПП отмечалась достоверно значимая разница. Так у пациентов с ЛПП в два раза чаще встречалась патология гепатобилиарной системы (53,9% против 27,8%) и сахарный диабет 2 типа (34,2% против 16,8%). Инсулинорезистентность также чаще встречалась при ЛПП (59,2%) по сравнению с пациентами с бляшечным псориазом (37,0%). В отношении ожирения наблюдалась обратная тенденция: большее количество пациентов при бляшечном псориазе (37,5%), чем при ЛПП (18,4%). Пациентов с гиперхолестеринемией было сопоставимо 32,6% и 38,2% соответственно. Несмотря на то, что по показателю хронические заболевания легких отмечалась сопоставимость 5,1% и 2,6%, однако относительно друг друга показатели отличались в 2 раза. По количеству пациентов с язвенной болезнью желудка количество пациентов было сопоставимо (4,8% и 5,3%). В отношении заболеваний периферических сосудов количество пациентов с ЛПП значительно превосходило количество в группе бляшечного псориаза: 40,8% против 8,7%. Ревматологические заболевания встречались в 2,7% и 6,8% случаев соответственно, таким образом данная патология при ЛПП встречалась более, чем в 2 раза чаще. По воспалительным заболеваниям кишечника и онкологическим заболеваниям группы были сопоставимы. По индексу отягощенности также отмечалась достоверная разница при межгрупповом сравнении, при этом у пациентов с ЛПП индекс отягощенности по сопутствующей соматической патологии составил $3,1 \pm 0,7$.

Таблица 7
Анализ коморбидной и соматической патологии

Заболевание	Пациенты с бляшечным псориазом (n=589)	Пациенты с ЛПП (n=76)
Кардиоваскулярные заболевания	201/34,1%	32/42,1%
Заболевания гепатобилиарной системы	164/27,8%	41/53,9%*
Сахарный диабет 2 типа	99/16,8%	26/34,2%*
Инсулинорезистентность	218/37,0%	45/59,2%*
Ожирение (любой степени тяжести)	221/37,5%	14/18,4%*
Гиперхолестеринемия	192/32,6%	29/38,2%
Хронические заболевания легких	30/5,1%	2/2,6%
Язвенная болезнь желудка	28/4,8%	4/5,3%
Заболевания периферических сосудов	51/8,7%	31/40,8%*
Ревматологические заболевания	16/2,7%	5/6,8%*
Воспалительные заболевания кишечника	9/1,5%	0/0%
Онкологические заболевания (включая рак кожи)	31/5,3%	3/3,9%
Псориатический артрит	78/13,2%	2/2,6%

Примечание: * – достоверное различие между групп при $p < 0,05$.

Таблица 8
Скорректированное отношение шансов факторов, влияющих на развитие ладонно-подошвенного псориаза

Признак	Скорректированное отношение шансов
Женский пол	ОШ 1,08; 95% ДИ: 1,02–1,15
Длительность заболевания более 10 лет	ОШ 1,07; 95% ДИ: 1,02–1,13
Возраст старше 40 лет	ОШ 1,17; 95% ДИ: 1,04–1,31
Курение	ОШ 2,04; 95% ДИ: 1,71–2,42
Гепатокоморбидность	ОШ 2,14; 95% ДИ: 1,32, 3,46
Нарушение углеводного обмена (инсулинорезистентность, СД 2 типа)	ОШ 3,34; 95% ДИ: 2,18–4,62
Заболевания периферических сосудов	ОШ 2,96; 95% ДИ: 2,68–3,29
Кардиоваскулярные заболевания	ОШ 1,22; 95% ДИ: 1,11–1,35

Примечание: ОШ – отношение шансов, ДИ – доверительный интервал.

В отношении ПсА в группе пациентов с бляшечным псориазом пациентов было в 5 раз больше: 13,2% против 2,6%. Таким образом, ЛПП не относится к ассоциированным фенотипам псориаза с Пс А. Наличие высыпаний в других локализациях отмечалось у 39 пациентов (51,3%), таким образом у половины пациентов ЛПП протекает только в виде поражений ладоней и подошв. Сравнительное изучение показателей качества жизни показало, что ЛПП в большей степени отрицательно влияет на повседневную деятельность больного. Так исходный индекс ДИКЖ в группе бляшечного

псориаза составил – 9,1 [8,7; 9,9] балла, группе ЛПП – 15,1 [14,6; 16,1] балла. Скорректированное отношение шансов факторов, влияющих на развитие ладонно-подошвенного псориаза представлено в таблице 8.

Наиболее значимыми факторами риска развития ЛПП являются: нарушения углеводного обмена (3,34; 2,18–4,62), заболевания периферических сосудов (2,96; 2,68–3,29), гепатокоморбидность (2,14; 1,32, 3,46), курение (2,04; 1,71–2,42). Риски развития ЛПП также повышаются у лиц женского пола (1,08; 1,02–1,15), в возрасте старше 40 лет (1,17; 1,04–1,31) и при длительности течения псориаза более 10 лет (1,07; 1,02–1,13).

Таким образом, анализируя клинико-анамнестические данные пациентов в общей популяции псориаза и в разрезе сравнения ладонно-подошвенного фенотипа с группой больных с бляшечным псориазом, можно отметить следующие факты: поражение ладоней и подошв диагностируется у 10,0% пациентов из общей когорты пациентов с псориазом, при этом у половины пациентов (5,2%) наблюдалось изолированное поражение с данной локализацией. Среди пациентов с ЛПП преобладают лица женского пола (61,8%). По сравнению с группой бляшечного псориаза отмечаются более высокие цифры по среднему возрасту на момент обращения, длительности заболевания и по количеству обострений в год. По индексу отягощенности также отмечалась достоверная разница при межгрупповом сравнении. Среди триггерных факторов чаще встречается травматизация, стресс, курение. В половине процентов случаев ЛПП сочетается с высыпаниями на других локализациях и лишь у 2,5% диагностируется псориатический артрит.

Список литературы / References

1. Круглова Л. С., Бакулев А. Л., Коротаева Т. В., Лила А. М., Переверзева Н. О. Псориаз. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 328 с.
Kruglova L. S., Bakulev A. L., Korotaeva T. V., Lila A. M., Pereverzeva N. O. Psoriasis. M.: GEOTAR-Media, 2022. 328 p. (In Russ.).
2. Greb J. E., Goldminz A. M., Elder J. T., Leibold M. G., Gladman D. D., Wu J. J., Mehta N. N., Finlay A. Y., Gottlieb A. B. Psoriasis // Nature Reviews Disease Primers. 2016; 2: Article 16082.
3. Кубанов А. А., Богданова Е. В. Эпидемиология псориаза в Российской Федерации (по данным регистра) // Вестник дерматологии и венерологии. 2022; 98 (1): 33–41.
Kubanov A. A., Bogdanova E. V. Epidemiology of psoriasis in the Russian Federation (according to registry data) // Bulletin of Dermatology and Venereology. 2022; 98 (1): 33–41. (In Russ.).
4. Michalek I. M., Loring B., John S. M. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2017; 31: 205–212.
5. Круглова Л. С., Хотко А. А., Петрий М. А. Раннее назначение генно-инженерной биологической терапии пациентам с псориазом. Медицинский Алфавит. Дерматология. 2019. № 7(382), Т1. С. 25–28.
Kruglova L. S., Hothko A. A., Petriy M. A. Early administration of genetically engineered biological therapy to patients with psoriasis. Medical Alphabet. Dermatology. 2019. No. 7 (382), T1. P. 25–28. (In Russ.).

Статья поступила / Received 16.09.2025
Получена после рецензирования / Revised 19.09.2025
Принята в печать / Accepted 19.09.2025

Сведения об авторах

Козырь Яна Викторовна, врач дерматовенеролог¹.
E-mail: Yana.kozyr96@gmail.com. ORCID: 0000-0001-9880-0417
Круглова Лариса Сергеевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии, проректор по учебной работе².
E-mail: kruglovals@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5044-5265

¹ ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия

² ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Автор для переписки: Козырь Яна Викторовна. E-mail: Yana.kozyr96@gmail.com

About authors

Kozyr Yana V., dermatovenerologist¹. E-mail: Yana.kozyr96@gmail.com.
ORCID: 0000-0001-9880-0417
Kruglova Larisa S., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Dermatology and Cosmetology, vice-rector for Academic Affairs². Email: kruglovals@mail.ru.
ORCID: 0000-0002-5044-5265

¹ Clinical Dermatology Dispensary, Krasnodar, Russia

² Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

Corresponding author: Kozyr Yana V. E-mail: Yana.kozyr96@gmail.com

Для цитирования: Козырь Я. В., Круглова Л. С. Анализ клинико-анамнестических данных у пациентов с псориазом. Медицинский алфавит. 2025; (23): 28–32. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-23-28-32>

For citation: Kozyr Ya. V., Kruglova L. S. Analysis of clinical and anamnestic data in patients with psoriasis. Medical alphabet. 2025; (23): 28–32. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-23-28-32>

