

Что нужно знать пациенту с псориазом

Psoriazlife

портал для пациентов
с псориазом

psoriaz.life



УЗНАВАЙ



ВДОХНОВЛЯЙСЯ



ОСВОБОДИСЬ



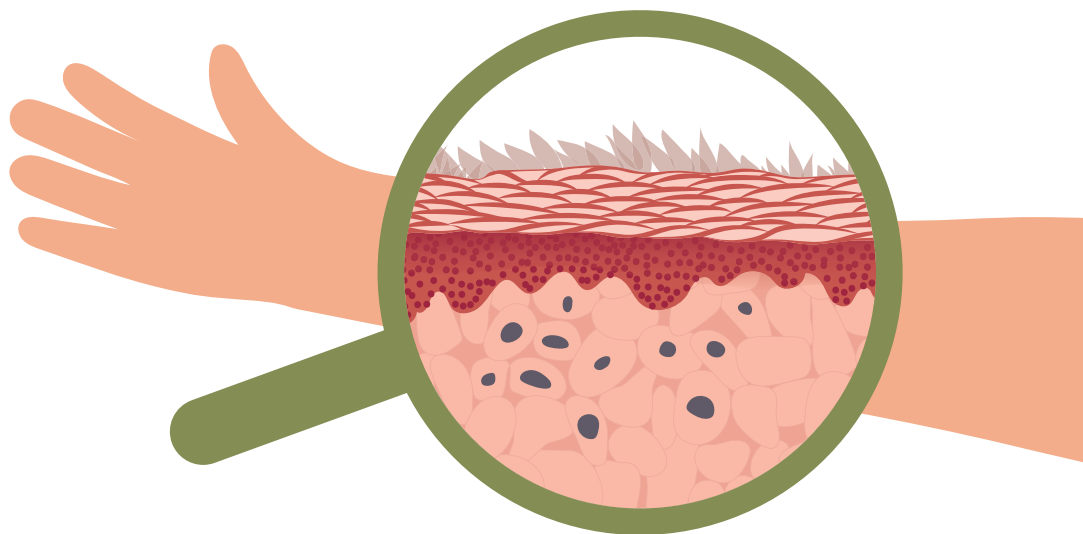
СПЕЦПРОЕКТЫ



КОНТРОЛИРУЙ

Оглавление

Что такое псориаз?	3
Как развивается псориаз?	4
Роль иммунной системы.....	5
Формы псориаза	6
Факторы, вызывающие развитие псориаза	7
Псориаз — не только заболевание кожи.....	8
Псориаз и псориатический артрит.....	8
Псориаз и риск глазных болезней.....	9
Псориаз и сердечно-сосудистые заболевания	9
Метаболический синдром, ожирение и псориаз.....	10
Псориаз и сахарный диабет II типа	10
Тяжесть псориаза.....	11
Способы терапии псориаза	12
Способ 1: Гормональное лечение	12
Способ 2: Фототерапия и ПУВА	12
Способ 3: Традиционная системная терапия.....	13
Способ 4: Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП).....	14
Профилактика обострений псориаза.....	17
Источники.....	19

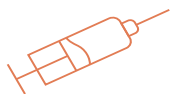


Что такое псориаз?

Псориаз — хроническое иммуноассоциированное системное заболевание, при котором страдает не только кожа, но и весь организм.

Псориаз провоцирует хроническое воспаление, в результате которого на поверхности кожи образуется в 25 раз больше клеток [1], чем в норме. Эти клетки слишком быстро растут и умирают. Они формируют так называемые псориатические бляшки. Псориаз — довольно распространённое заболевание: почти 3% населения планеты, или до 200 млн человек [2], страдают от этого заболевания.

Основные признаки псориаза [3]: покраснение, шелушение, появление воспалённых участков, зуд. В некоторых случаях возникают гнойнички или мелкая сыпь. Чаще всего очаги псориаза возникают на коленях, локтях и волосистой части головы.



Как развивается псориаз?

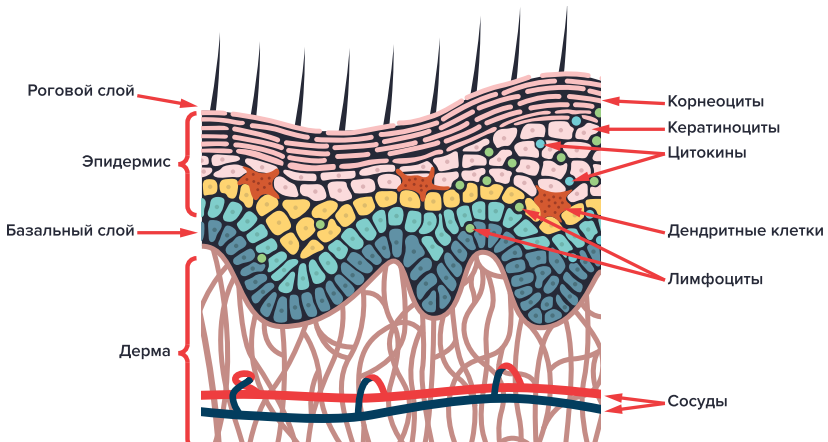
На начальной стадии псориаза происходят изменения, не видимые глазу. В верхних слоях дермы (опорный слой кожи) возникают множественные очаги воспаления.

Из-за сбоя иммунная система даёт команду кератиноцитам (клеткам наружного слоя кожи) расти быстрее. В результате новые клетки образуются в 25 раз быстрее, чем обычно [1]. Начинается активное разрастание кератиноцитов, что приводит к видимому утолщению верхнего слоя кожи. Огромная масса клеток не успевает удаляться с поверхности кожи, как это происходит в норме, поэтому кератиноциты начинают наслаиваться друг на друга, формируя бляшки.

Бляшки растут, шелушатся и трескаются. Без лечения они могут сливаться друг с другом, образуя всё большие очаги на коже.



При дальнейшем прогрессировании псориаза слои отмерших клеток увеличиваются. При этом расширенные кровеносные сосуды проникают в верхний слой дермы, из-за чего псориатические бляшки начинают кровоточить.



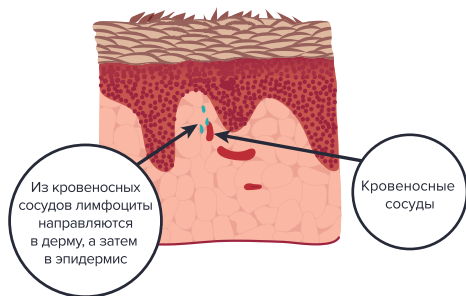
Роль иммунной системы

В иммунной системе из-за генетических изменений и под воздействием триггеров происходит сбой. Клетки иммунной системы (дендритные клетки, натуральные киллеры) начинают вырабатывать небольшие молекулы — провоспалительные цитокины (интерлейкины-12, 23, 17, фактор некроза опухоли) [4,5].

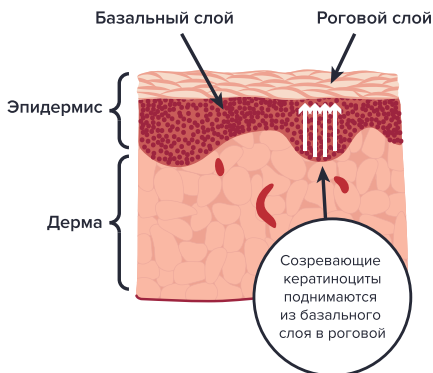
В результате отдельные компоненты иммунной системы сохраняют активность, даже когда организму ничего не угрожает, — формируется непрерывное воспаление, затрагивающее разные системы и органы.

В развитии псориаза ведущую роль играет интерлейкин-17 (ИЛ-17) [6]. Этот цитокин передаёт сигнал клеткам в различных органах и тканях, в результате чего в коже, суставах и соединительной ткани развивается воспалительный процесс, а клетки поверхностного слоя кожи (кератиноциты) начинают активно делиться.

Кожа с псориазом



Здоровая кожа



Обострение псориаза



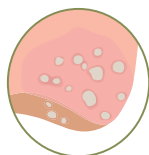
Формы псориаза

Самой распространённой формой псориаза является обыкновенный (вульгарный) псориаз [7]. Но существуют и другие формы.



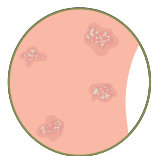
Обыкновенный (вульгарный)

Наиболее распространённый тип, встречается в 8-9 случаях из 10. При вульгарном псориазе на коже формируются воспалённые узелки и бляшки с ровными краями, покрытые серебристо-белыми чешуйками.



Каплевидный

Второй по распространённости тип псориаза, поражает около 10% пациентов. Проявляется в виде небольших точечных поражений по всему телу. Часто начинается в детском и молодом возрасте, может быть вызван стрептококковой инфекцией.



Эритродермический

Особенно тяжёлая форма псориаза: при нём поражается большая часть тела. Может возникать сильный зуд, боль, иногда — отслаивание кожи. Встречается редко, у 3% пациентов.



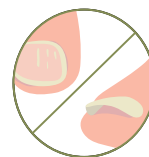
Пустулезный

Характеризуется белыми гнойничками (пустулами). Такой вид псориаза может возникнуть на любой части тела, но чаще возникает на ладонях или стопах.



Инверсный

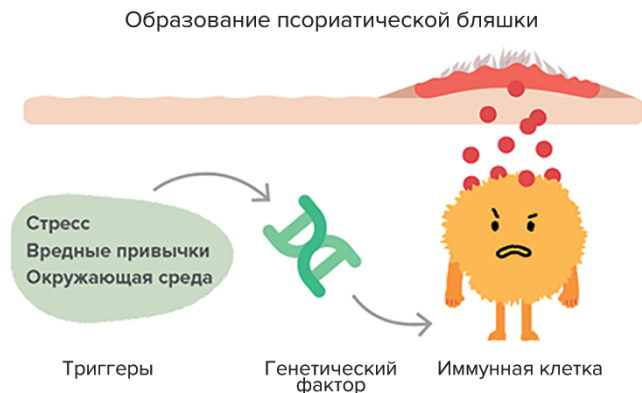
Проявляется в виде красных поражений в складках тела: на тыльной стороне коленей, в подмышках, паху. Покраснения могут быть гладкими и блестящими.



Псориаз ногтей

У пациентов с таким типом псориаза изменяются цвет, структура ногтей и ногтевого ложа.

Факторы, вызывающие развитие псориаза



Доказано, что у пациентов с псориазом существует генетическая предрасположенность к развитию заболевания [7,8]. Именно генетические изменения обуславливают возникающие в организме нарушения в работе иммунитета и развитие воспалительного процесса в коже и (или) в суставах. Мутации в генах, провоцирующие псориаз, могут быть врождёнными, то есть передаваться от родителей, либо приобретёнными — возникшими в течение жизни.

Существует ряд **«пусковых факторов»**, которые могут стать причиной появления псориаза [9]:

- психоэмоциональный стресс;
- травмы (порезы и синяки);
- инфекции;
- аллергия;
- употребление некоторых лекарственных препаратов (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, литий и др.);
- вредные привычки (употребление алкоголя, курение).



Наследственность



Инфекции
и аллергены



Курение
и алкоголь



Травма кожи
и татуировки



Лекарственные
препараты



Стресс

Псориаз — не только заболевание кожи

Псориаз — системное заболевание, которое может поражать не только кожу, но и другие органы и системы, поэтому довольно часто псориаз сопровождается сопутствующими заболеваниями.

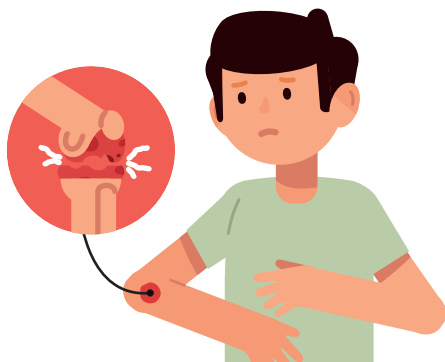
Вероятность возникновения сопутствующих заболеваний в возрасте до 45 лет составляет около 44%, а после — сопутствующие заболевания развиваются у 74% пациентов [10].

Помните, что пациентам с псориазом необходимо проходить регулярные обследования, они помогут вовремя выявить эти заболевания и не допустить серьёзных последствий.

Сопутствующие заболевания при псориазе

1. Псориаз и псориатический артрит

Псориатический артрит возникает у 30% пациентов с псориазом [11]. Псориатический артрит — воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата.



Из-за неправильной работы иммунной системы возникает воспаление, которое приводит к опуханию, болевым ощущениям, усталости и скованности в суставах.

Если это состояние не лечить, то суставы начнут постепенно разрушаться. Первые симптомы псориатического артрита могут сопровождать эрозии — разрушение не только хрящевой, но уже костной ткани в области сустава. Эрозии развиваются быстро, порой уже спустя 6 месяцев после появления первых симптомов [10], поэтому нельзя затягивать поход к врачу и нужно как можно скорее начинать лечение.



Сердечно-сосудистые заболевания



Увеит



Болезнь печени



Псориатический артрит



Стресс



Депрессия



Заболевания кишечника



Диабет



Ожирение

Симптомы

псориатического артрита [11]:

- болезненность суставов;
- припухлость суставов;
- ограничение подвижности;
- опухание пальцев;
- боль в спине, которая усиливается в состоянии покоя;
- усталость, слабость;
- поражение ногтей.

У 50% пациентов без установленного псориатического артрита наблюдаются изменения в суставах, и у 55% из них в течение года развивается псориатический артрит [12]. У 90% больных с псориатическим артритом также наблюдается сопутствующее поражение ногтевых пластинок.

Псориатический артрит может приводить к инвалидизации, необходимо его своевременное выявление и лечение врачом-специалистом.

2. Псориаз и риск глазных болезней

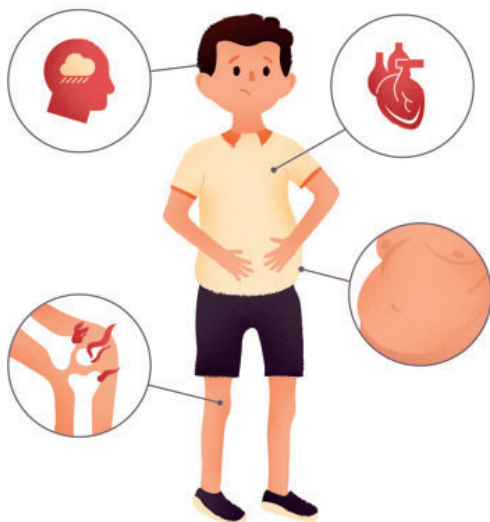
19% пациентов с псориазом замечали нарушения зрения в течение всей болезни [10,13]. Для тех, у кого диагностирован псориатический артрит, риск развития глазных болезней повышается ещё на 7-10%. Часто у таких пациентов возникает увеит — заболевание сосудистой оболочки глазного яблока. При увеите начинают разрушаться ткани глазного яблока, возникают спайки в тонких структурах. Это может привести к необратимым последствиям, вплоть до полной слепоты.

3. Псориаз и сердечно-сосудистые заболевания

Под влиянием системного воспаления и дисбаланса в работе иммунной системы возрастает риск осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы [14].

Пациенты подвержены следующим **патологиям и болезням** со стороны сердечно-сосудистой системы:

- гипертрофия и дилатация левого и правого желудочков;
- ишемическая болезнь сердца;
- заболевания периферических артерий (ЗПА);
- инсульт;
- гипертония;
- аритмия.



4. Метаболический синдром, ожирение и псориаз

Под термином «метаболизм» понимается обмен веществ, протекающий в организме. Метаболический синдром (нарушение обмена веществ) — это комплексное заболевание, включающее нарушение чувствительности клеток к инсулину из-за генетической предрасположенности, нарушение обмена жиров и углеводов, ожирение, повышение артериального давления, поражение сердечно-сосудистой системы.

Согласно исследованиям [10,15,16], среди пациентов с псориазом на 20% больше людей, страдающих от метаболического синдрома. У пациентов с тяжёлым псориазом на 44% чаще диагностируется метаболический синдром, чем у людей со среднетяжёлым и лёгким псориазом.

Симптомы метаболического синдрома:

- гипертония (повышенное артериальное давление);
- повышенный уровень сахара;
- низкий уровень ЛПВП (липопротеиды высокой плотности);
- повышенный уровень триглицеридов в крови;
- избыток жира на талии.

У пациента, может быть, диагностируют метаболический синдром, если одновременно выявляют **три или более** вышеперечисленных симптомов.

5. Псориаз и сахарный диабет II типа

Исследования показывают, что пациенты с псориазом подвержены более высокому риску развития сахарного диабета II типа [10,17,18].

Для тех, у кого диагностирована лёгкая степень псориаза, этот риск составляет 17%.

У пациентов, страдающих от среднетяжёлого или тяжёлого псориаза, риск заболеть диабетом составляет 30%. Именно поэтому пациентам стоит регулярно проходить скрининг (диагностику) на наличие сахарного диабета. Это особенно важно для пациентов в возрасте старше 40 лет и тем, у кого имеются выраженные симптомы псориаза.



Тяжесть псориаза

Выделяют следующие степени тяжести псориаза:

- лёгкая;
- среднетяжёлая;
- тяжёлая.

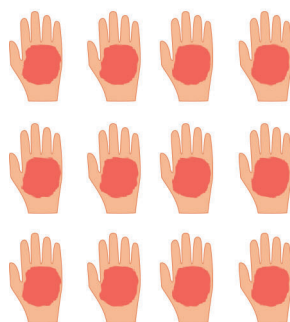
Тяжесть псориаза может быть установлена с помощью индекса BSA [19]. **BSA** (Body Surface Area) — площадь кожи, поражённой псориазом. BSA измеряется в %.

Для упрощения оценки применяют правило: площадь раскрытой ладони приблизительно равна 1% всей площади кожи тела. Поэтому площадь поражения иногда измеряют в ладонях: 6 ладоней = 6% поверхности кожи, поражённой псориазом.

Лёгкая степень псориаза устанавливается при площади поражения кожи меньше или равной 10%. Среднетяжёлая степень устанавливается, когда площадь поражённой кожи превышает 10%, тяжёлая — при поражении 20% и более площади поверхности тела.



< 10 ладоней
лёгкая форма псориаза



> 10 ладоней
среднетяжёлая и тяжёлая формы псориаза

Лёгкая форма псориаза

 Местная терапия



Среднетяжёлая и тяжёлая форма псориаза

 Системная терапия



Способы терапии псориаза

Способ терапии псориаза выбирается в зависимости от состояния пациента [3], а именно от:

- степени тяжести заболевания;
- опыта предыдущей терапии;
- сопутствующих заболеваний.

Для лечения псориаза лёгкой степени обычно бывает достаточно **топической (местной) терапии:**

- гормональные мази, мази с синтетическими аналогами витаминов (витамины А и D3);
- специальные мази для размягчения и удаления кожных проявлений, ускорения заживления;
- в период ремиссии больным с лёгкими формами псориаза может быть полезно бальнеологическое (грязевое) и курортное лечение.

Для лечения тяжёлого или среднетяжёлого псориаза существует широкий выбор способов терапии: от фототерапии до современных генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП).

Способ 1: Гормональное лечение

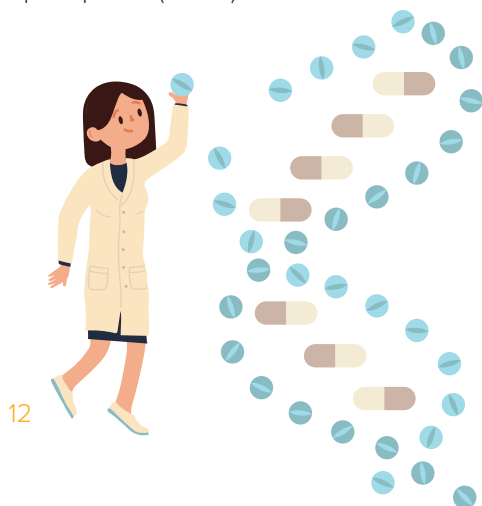
Системное применение гормональных препаратов используют как средство скорой помощи при очень тяжёлом состоянии, всерьёз угрожающем пациенту, когда нужен результат максимально быстро. В такой ситуации абсолютных противопоказаний нет, но гормональное лечение следует использовать с осторожностью.

Врачи стараются применять гормоны редко и недолго. Недопустимо самостоятельное применение пациентом гормонов, при неправильном применении они могут привести к утяжелению течения псориаза, который становится резистентным ко многим методам лечения пациентов, применяемым специалистами.

Способ 2: Фототерапия и ПУВА

Фототерапия — лечение дозированным ультрафиолетовым облучением [20]. Метод традиционно применяется в качестве дополнительного лечения многих кожных заболеваний.

ПУВА-терапия — использование фотоактивных веществ совместно с облучением. ПУВА-терапию назначают в качестве терапии тяжёлой формы вульгарного, пустулезного, каплевидного и эритродермического псориаза. Лечение проводится курсами до 25 сеансов по 3–4 раза в неделю.



Нужно обязательно принять во внимание все возможные риски и сопутствующие заболевания (онкологические заболевания, болезни сердца и сосудов и т.д.) [21,22].

Фототерапия объединяет в себе несколько методик:

- селективная фототерапия;
- узкополосная средневолновая УФ–терапия;
- эксимерное УФ–облучение;
- фотохимиотерапия (ПУВА–терапия).

Способ 3: Традиционная системная терапия

Современным и эффективным методом терапии среднетяжёлого и тяжёлого псориаза является системная терапия, которая оказывает влияние не только на внешние проявления псориаза, но и лечит заболевание «изнутри», затрагивая факторы системного воспаления.

Системная терапия включает применение лекарственных препаратов,

влияющих на всю иммунную систему организма [3]. К препаратам, применяющимся в качестве системной терапии, относят:

1. Антагонисты фолиевой кислоты

К ним относится метотрексат. Данный препарат применяется уже более 40 лет. Он подавляет рост и развитие кератиноцитов, а также активность ИЛ-1 и продукцию ИЛ-6.

2. Иммунодепрессанты, избирательно действующие на Т-лимфоциты

К данным препаратам относится циклоспорин. Он подавляет иммунные реакции, снижает активность Т-лимфоцитов, участвующих в иммунном ответе и развитии воспаления. Как правило, назначается для лечения распространённого псориаза и псориатической эритродермии.

3. Ароматические ретиноиды

Препараты на основе веществ, подобных витамину А. Ретиноиды тормозят деление и рост клеток поверхностного слоя кожи — эпидермиса.



К назначению традиционной системной терапии существует ряд противопоказаний, перед их назначением требуется пройти тщательное обследование. Также применение этих препаратов сопряжено с возникновением ряда побочных эффектов (например, цирроз печени при длительном применении, негативные последствия для репродуктивной функции). При повторных курсах эффективность этих препаратов может значительно снижаться.

Способ 4: Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП)

Данные препараты в основном применяются для лечения пациентов, страдающих тяжёлой или среднетяжёлой формой псориаза [3]. **Биологическая терапия — современный высокотехнологичный способ терапии псориаза.** Биологические препараты изменили подход к лечению псориаза, позволив достичь высоких результатов лечения, вплоть до полного очищения кожи и остановки прогрессирования псориатического артрита.

Благодаря высокой избирательности ГИБП и способности к формированию прочной связи с вредоносными агентами, выраженный терапевтический эффект развивается быстро [23–26]. Такой эффект сохраняется при регулярном приёме препаратов.

В чём заключается особенность препаратов этой группы?

Биологическая терапия используется в практике достаточно давно, и в настоящее время существует несколько классов препаратов этой группы. Они отличаются в зависимости от того, на какую мишень в цепочке развития псориаза они воздействуют (ИЛ-17, ИЛ-12/23, ИЛ-23, иФНО).

Ингибиторы фактора некроза опухоли (иФНО)

Первым классом ГИБП, получившим широкое распространение в терапии псориаза, были иФНО [27]. Фактор некроза опухоли (ФНО) — молекула, играющая важную роль в иммунном ответе и развитии псориаза. Препараты «выискивают» ФНО, связываются с ним и подавляют его активность — ингибируют.

Ингибиторы интерлейкинов

В XXI веке на смену и-ФНО пришли препараты, блокирующие интерлейкины-12/23 (ИЛ-12/23). Спустя несколько лет появились ингибиторы ИЛ-17, воздействующие на ключевой цитокин в цепочке развития псориаза.



Ингибитор ИЛ-12/23 возник благодаря исследованиям механизма развития псориаза [28]. Учёные обнаружили, что ИЛ-12 и ИЛ-23 активируют Т-клетки 1-го или 17-го типов, которые вызывают выраженный воспалительный процесс в коже.

Блокада ИЛ-12 и ИЛ-23 применяется широко в терапии псориаза, но терапевтический эффект может развиваться чуть дольше, чем при применении других биологических препаратов.

Относительно недавно была доказана ведущая роль Т-лимфоцитов 17-го типа в развитии и прогрессировании псориаза. Они вырабатывают ключевой для псориаза провоспалительный цитокин — интерлейкин-17 (ИЛ-17). Ингибиторы ИЛ-17 воздействуют на основной цитокин, вызывающий воспаление при псориазе, — ИЛ-17. Благодаря его блокировке формируется устойчивый терапевтический ответ [29,30].

Главное, что отличает ингибиторы ИЛ-17, — это потенциально новый уровень безопасности. Они действуют избирательно и минимально вмешиваются в работу иммунной си-

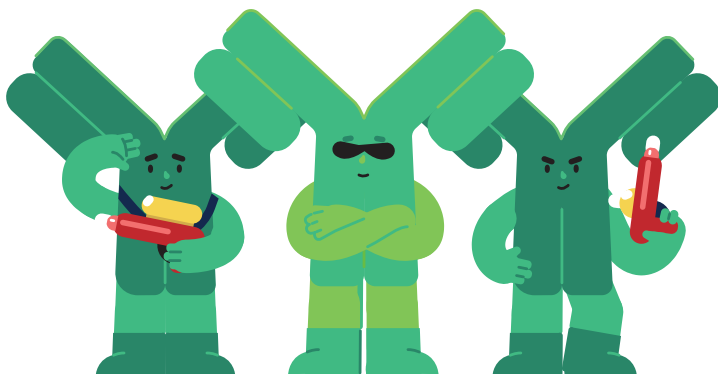
стемы. Это обеспечивает высокую безопасность препаратов на его основе [31].

В настоящее время в терапии псориаза появляется много новых разработок, что в конечном счёте может привести к тому, что в будущем псориаз станет полностью излечимым заболеванием.

Биологические препараты считаются эффективными и относительно безопасными, что позволяет рассматривать их в терапии пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым псориазом, особенно с псориазом проблемных локализаций, поражением ногтей и суставов, выраженным ухудшением качества жизни.

Биологические препараты, как и любые иммуносупрессивные препараты, обладают рядом побочных эффектов. Самыми распространёнными являются инфекции верхних дыхательных путей и снижение уровня одного из видов белых кровяных клеток — нейтрофилов (нейтропения).

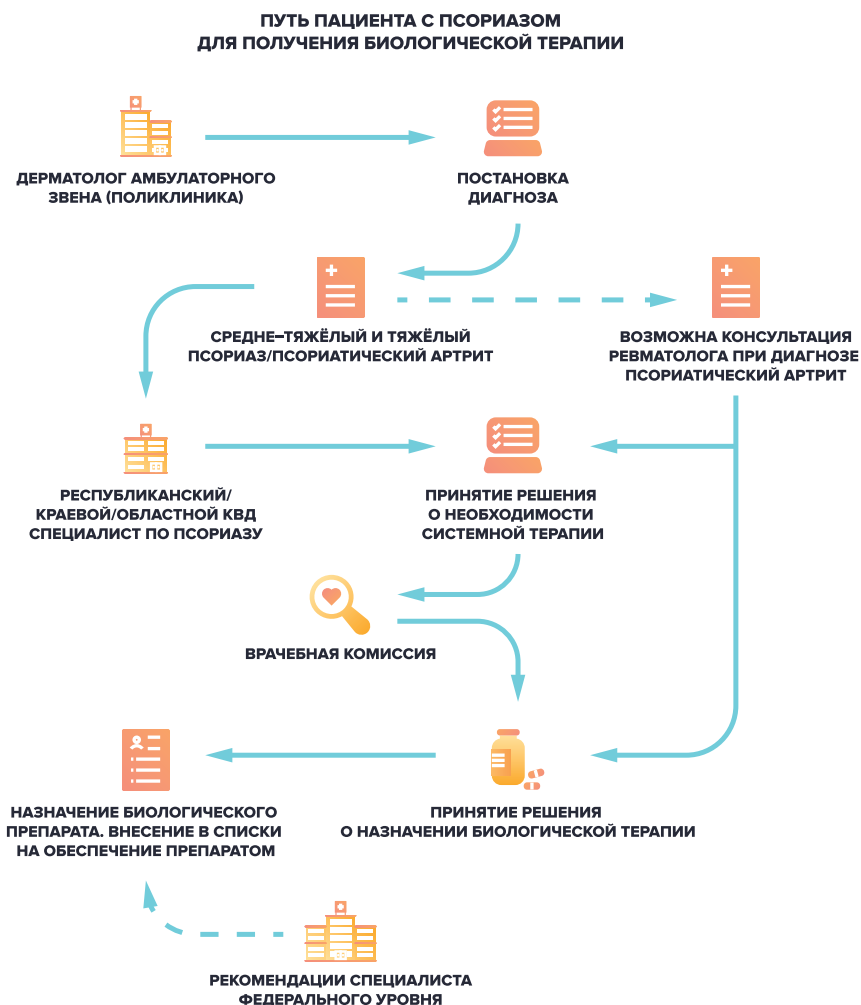
Любые побочные эффекты можно вовремя предотвратить, если регулярно проходить обследования и посещать врача-специалиста.



Хотя псориаз — это хроническое системное заболевание, его выраженность и прогрессирование можно контролировать с помощью современных лекарств. Для этого важно соблюдать все рекомендации врача. Если псориаз не лечить, болезнь будет прогрессировать, а состояние здоровья — неизбежно ухудшаться.

Нельзя забывать и о том, что псориаз является фактором риска других заболеваний: сердечно-сосудистых, метаболических и даже некоторых видов рака. Без соответствующего лечения риски увеличиваются.

Не подвергайте своё здоровье опасности — посетите врача, который подберёт вам правильное и эффективное лечение!



Профилактика обострений псориаза

Псориаз протекает годами с чередованием периодов обострений и ремиссий. Вылечиться полностью невозможно, но, следуя всем рекомендациям врача-специалиста и соблюдая простые правила, можно достичь стойкой ремиссии [32].

Правило № 1 «Забота о коже»

Для псориаза характерно появление высыпаний на месте ссадин, потертостей, порезов, царапин. Правильный уход за кожей имеет первоочередное значение в профилактике псориаза.

1. Во время купания следует использовать только мягкие губки. От жёстких мочалок, щёток нужно отказаться;
2. Необходимо ежедневно наносить на кожу увлажняющие средства: бальзамы, лосьоны, кремы;
3. Важно поддерживать в помещении уровень влажности 40–60%;
4. Следует носить одежду свободно кроя из натуральных материалов: лён, хлопок.



Правило № 2 «Скажите „Нет“ вредным привычкам»

Употребление спиртных напитков приводит к генерализации неотягощённой формы псориаза [34]. Курение ухудшает общее течение псориаза, снижает чувствительность к проводимой терапии [35].

Никотин вызывает окислительные повреждения, воспалительные изменения и повышает экспрессию генов, имеющих связь с псориазом. Курение определяет тяжесть псориаза, частоту обострений, развитие осложнений.

Правило № 3 «Скажите „Да“ солнечным лучам»

В зимний период чаще случаются обострения заболевания, что связано с сухостью и обветриванием кожи. В период ремиссий показаны солнечные ванны, начиная с 5 минут с постепенным увеличением длительности процедуры.



Климатотерапия при псориазе имеет важное значение на всех этапах заболевания. Но при обострении псориаза поездки на море противопоказаны. Следует избегать солнечных ожогов, как фактора в развитии обострения болезни. Выходить на пляж рекомендуется, когда ультрафиолетовые лучи наименее агрессивны.

Правило № 4 «Диета»

Доказано, что качество питания напрямую влияет на состояние кожи, а для пациентов с псориазом это может стать важным дополнением к основному лечению заболевания [33].

1. Исключить жирные сорта мяса (свинину, баранину) и рыбы, жареную, острую, пряную пищу. Сказать «нет» копчёностям, полуфабрикатам, мучному. Запрещены высокоаллергенные продукты: цитрусовые, шоколад, цельное коровье молоко;
2. Основу рациона составляют кисломолочные продукты, растительная пища и крупы. Можно есть мясо индейки, крольчатину, телятину;
3. Ежедневно выпивать не менее 2 л жидкости. От употребления кофе и крепкого чая лучше отказаться.



Правило № 5 «Борьба со стрессом»

Психоэмоциональное напряжение — мощный провокатор псориаза. Именно со стрессом большинство пациентов связывают начало заболевания. Чтобы достичь стойкой ремиссии, необходимо научиться управлять своим организмом во время нервного напряжения. Можно практиковать различные релаксирующие программы: йогу, медитацию. Лучшее средство от стресса — физическая нагрузка.

Псориаз — серьёзное заболевание. **Отсутствие должного лечения может привести к тяжёлым осложнениям вплоть до инвалидности и тяжёлых психоэмоциональных последствий.** Но, зная пусковые механизмы развития псориаза и способы его лечения, можно свести к минимуму количество обострений и уменьшить проявления заболевания.



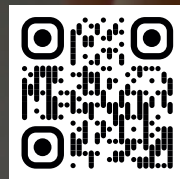
Источники

1. Что такое псориаз [Электронный ресурс]. URL: <https://psoriaz.life/uznavaj/chto-takoe-psoriaz/> (Дата обращения: 08.06.2020).
2. Statistics | National Psoriasis Foundation [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psoriasis.org/content/statistics> (Дата обращения: 08.06.2020).
3. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориазом. 2015.
4. Lowes M.A., Suárez-Fariñas M., Krueger J.G. Immunology of Psoriasis // *Annu. Rev. Immunol. Annual Reviews*, 2014. Vol. 32, № 1. P. 227–255.
5. The Immune System and Psoriasis | National Psoriasis Foundation [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psoriasis.org/researchers/science-of-psoriasis/immune-system> (Дата обращения: 08.06.2020).
6. Von Stebut E. et al. IL-17A in Psoriasis and Beyond: Cardiovascular and Metabolic Implications // *Frontiers in Immunology. Frontiers Media S.A.*, 2020. Vol. 10. P. 3096.
7. About Psoriasis | National Psoriasis Foundation [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psoriasis.org/about-psoriasis#type> (Дата обращения: 12.05.2020).
8. Capon F. The genetic basis of psoriasis // *International Journal of Molecular Sciences. MDPI AG*, 2017. Vol.18, №12.
9. Psoriasis — Symptoms and causes — Mayo Clinic [Электронный ресурс]. URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/psoriasis/symptoms-causes/syc-20355840> (Дата обращения: 12.05.2020).
10. Сопутствующие заболевания, развивающиеся у людей с псориазом [Электронный ресурс]. URL: <https://psoriaz.life/uznavaj/psoriaz-i-soputstvuyushhie-zabolevaniya/> (Дата обращения: 09.06.2020).
11. What Is Psoriatic Arthritis? — National Psoriasis Foundation [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psoriasis.org/about-psoriatic-arthritis> (Дата обращения: 09.06.2020).
12. Faustini F. et al. Subclinical joint inflammation in patients with psoriasis without concomitant psoriatic arthritis: A cross-sectional and longitudinal analysis // *Ann. Rheum. Dis. BMJ Publishing Group*, 2016. Vol. 75, № 12. P. 2068–2074.
13. Fraga N.A. de A. et al. Psoriasis and uveitis: a literature review. // *An. Bras. Dermatol. Sociedade Brasileira de Dermatologia*, 2012. Vol. 87, № 6. P. 877–883.
14. Jindal S., Jindal N. Psoriasis and Cardiovascular Diseases: A Literature Review to Determine the Causal Relationship // *Cureus. Cureus Inc.*, 2018. Vol. 10, № 2.
15. Kunz M., Simon J.C., Saalbach A. Psoriasis: Obesity and Fatty Acids // *Frontiers in immunology. NLM (Medline)*, 2019. Vol. 10. P. 1807.
16. Gelfand J.M., Yeung H. Metabolic syndrome in patients with psoriatic disease // *Journal of Rheumatology. NIH Public Access*, 2012. Vol. 39, № SUPPL. 89. P. 24–28.
17. Holm J.G., Thomsen S.F. Type 2 diabetes and psoriasis: links and risks // *Psoriasis Targets Ther. Dove Medical Press Ltd.*, 2019. Vol. Volume 9. P. 1–6.
18. Gelfand J.M. Psoriasis, type 2 diabetes mellitus, and obesity weighing the evidence // *JAMA Dermatology. American Medical Association*, 2016. Vol. 152, № 7. P. 753–754.
19. Guidelines for the management of psoriasis | DermNet NZ [Электронный ресурс]. URL: <https://dermnetnz.org/topics/guidelines-for-the-treatment-of-psoriasis/> (Дата обращения: 09.06.2020).
20. Can Phototherapy Treat Psoriasis? [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psoriasis.org/about-psoriasis/treatments/phototherapy> (Дата обращения: 09.06.2020).
21. Archier E. et al. Carcinogenic risks of Psoralen UV-A therapy and Narrowband UV-B therapy in chronic plaque psoriasis: a systematic literature review // *J. Eur. Acad. Dermatology Venereol.* 2012. Vol. 26. P. 22–31.
22. Medical Advisory Secretariat M.A. Ultraviolet Phototherapy Management of Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: An Evidence-Based Analysis. // *Ont. Health Technol. Assess. Ser. Health Quality Ontario*, 2009. Vol. 9, № 27. P. 1–66.

23. Кубанов А.А. и др. Нетакимаб — новый ингибитор ИЛ-17а: результаты 12 недель клинического исследования III фазы BCD-085-7/PLANETA у пациентов со среднетяжелым и тяжелым вульгарным псориазом // Вестник дерматологии и венерологии. 2019. Vol. 95, № 2. P. 15–28.
24. Бакулев А.Л. и др. Долгосрочная эффективность и безопасность препарата нетакимаб у пациентов со среднетяжелым и тяжелым вульгарным псориазом. Результаты открытого продленного клинического исследования II фазы BCD-085-2-ext // Вестник дерматологии и венерологии. "Meditsina," 2019. Vol. 95, № 3. P. 54–64.
25. Deza G. et al. Initial results of ixekizumab efficacy and safety in real-world plaque psoriasis patients: a multicentre retrospective study // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. Blackwell Publishing Ltd, 2019. Vol. 33, № 3. P. 553–559.
26. Yang E.J., Beck K.M., Liao W. Secukinumab in the treatment of psoriasis: patient selection and perspectives // Psoriasis Targets Ther. Dove Medical Press Ltd., 2018. Vol. Volume 8. P. 75–82.
27. Lis K., Kuzawińska O., Bałkowiec-Iskra E. Tumor necrosis factor inhibitors - state of knowledge. // Arch. Med. Sci. Termedia Publishing, 2014. Vol. 10, № 6. P. 1175–1185.
28. Koutruba N., Emer J., Lebwohl M. Review of ustekinumab, an interleukin-12 and interleukin-23 inhibitor used for the treatment of plaque psoriasis. // Ther. Clin. Risk Manag. Dove Press, 2010. Vol. 6. P. 123–141.
29. Кологривова И.В., Кологривова Е.Н., Сулова Т.Е. Молекулярные аспекты функционирования Т-хелперов 17-го типа // Бюллетень сибирской медицины. 2011. Vol. 23. P. 93–99.
30. Насонов Е.Л., Денисов Л.Н., Станислав М.Л. Интерлейкин-17 — новая мишень для антицитокиновой терапии иммуновоспалительных ревматических заболеваний // Прогресс в ревматологии в XXI веке. 2013. P. 545–552.
31. Bakulev A.L. Evolution of the understanding of psoriasis and therapeutic approaches used to manage such patients. BCD-085 is the first Russian genetically-engineered biological preparation for the treatment of patients suffering from psoriasis // Vestn. Dermatol. Venerol. 2019. Vol. 94, № 5. P. 26–32.
32. Psoriasis I CDC [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cdc.gov/psoriasis/index.htm> (Дата обращения: 09.06.2020).
33. What is triggering your psoriasis? [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psoriasis.org/about-psoriasis/causes> (Дата обращения: 09.06.2020).
34. Svanström C., Lonne-Rahm S.-B., Nordlind K. Psoriasis and alcohol // New Zealand Medical Journal. Dove Press, 1990. Vol. 103, № 889. P. 228.
35. How cigarettes and alcohol affect psoriasis | National Psoriasis Foundation [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psoriasis.org/advance/how-cigarettes-and-alcohol-affect-psoriasis> (Дата обращения: 08.06.2020).

Узнайте больше о псориазе на сайте psoriaz.life

Psoriaz.life — информационно-образовательный портал для пациентов с псориазом. Материалы на Psoriaz.life содержат полезную и актуальную информацию о заболевании, основанную на последних научных исследованиях в области терапии псориаза.



Материал создан при поддержке ЗАО «БИОКАД».

ЗАО «БИОКАД» Россия, 198515, г. Санкт-Петербург,
Петродворцовый р-н, пос. Стрельна, ул. Связи, д. 34, лит. А.