*Тезисы доклада*

**Полиморбидность в медицине**

*Зиганшин Олег Раисович, д.м.н. (Южно-Уральский государственный медицинский университет)*

В последнее десятилетие в здравоохранении отмечается значительное возрастание междисциплинарного подхода в ведении пациентов с хроническими заболеваниями. Если взять общие достижения медицинской науки, то они колоссальны. Благодаря созданным современным препаратам, на сегодняшний день, медицина может справиться практически с любой проблемой человеческого организма.

В 2014 году Всемирная организация здравоохранения назвала псориаз одним из серьезнейших заболеваний, а в сопроводительном отчете ВОЗ за 2016 год подчеркивается необходимость лучшего понимания данной патологии. Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи и поражает 2-4% населения нашей планеты.

Несмотря на длительный период изучения, этиология псориаза до сих пор неизвестна. Заболевание возникает в результате сложных взаимодействий между генетическими, иммунологическими факторами и факторами внешней среды. Псориаз считают Т-клеточно-опосредованным заболеванием, при котором происходит активация клеточного иммунитета в коже с последующими гиперпродукцией и дисбалансом ключевых про- и противовоспалительных цитокинов таких, как фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α), интерлейкины (ИЛ)-12, ИЛ-23, ИЛ-17, ИЛ-1, ИЛ-1ß, ИЛ-6 и хемокинов.

Изучение иммунопатогенеза псориаза позволило выявить ключевую ось активации цитокинов: регуляторный цитокин ИЛ-23 и эффекторные цитокины – ИЛ-17А и фактор некроза опухоли, они же являются основными в развитии ПсА. Именно данные сигнальные пути стали точками приложения таргетной генно-инженерной биологической терапии.

Различные клинические проявления псориаза обусловлены как преимущественными путями иммунопатогенеза, так и коморбидной патологией.

Основной фенотип псориаза – это вульгарный псориаз, а, например, инверсный и экссудативный преимущественно встречаются у пациентов с метаболическим синдромом, эндокринной патологией.

Риски развития ПсА включают коморбидную патологию (метаболический синдром, увеит, гиперхолестеринемия, гиперурикемия, депрессия, заболевания щитовидной железы), ожирение, курение, травма, поражение ногтевых пластин, длительность предшествующего псориаза (>25 лет), наличие ПсА у родственников, развитие неспецифических мышечно-скелетных симптомов.

В клинической практике важно разделять риски развития ПсА и предикторы развития. Первые определяют вероятность, тогда как вторые по сути уже отражают преклиническую стадию ПсА.

Была проведена оценка рисков развития спондилита у пациентов с псориазом кожи. Риски развития спондилита выше в: 4 раза при болях в пятке при ходьбе, 4 раза при боли в шее, 19 раза при скованности в шее, 15 раз при боли в позвоночнике, 35 раз при скованности в позвоночнике, 112 раз при наличии боли в покое, 13 раз при наличие ночной боли.

Псориаз также связан с некоторыми тяжелыми коморбидными заболеваниями, которые могут вносить вклад в снижение ожидаемой продолжительности жизни.

К этим коморбидным заболеваниям относятся: метаболический синдром (включая диабет, дислипидемию и ожирение), сердечно-сосудистые заболевания (включая инфаркт миокарда, заболевание периферических артерий, заболевание периферических сосудов, хроническое обструктивное заболевание легких, гипертензию и атеросклероз), заболевания желудочно-кишечного тракта (включая болезнь Крона, язвенный колит), болезни почек, жировую болезнь печени, а также психические нарушения (депрессию, тревожность и суицидальность).

На основании этих данных псориаз рассматривается в свете системности воспалительного процесса, при этом иммунопатогенез псориаза и коморбидной патологии имеют общие пути.

При нашем участии были проведены экспертные советы с целью разработки стратегии ведения пациентов с псориазом. Лечение больных псориазом в соответствие с концепцией достижения конечных целей – это как можно более раннее начало терапии и строгое соблюдение клинических рекомендаций, которые основываются на использовании методов с высокой доказательной базой, это необходимо для предотвращения утяжеления бремени псориаза – соматического, психологического и социального.