

## НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ РЕТИНОИДАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

**Н. А. Слесаренко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук; **А. Л. Бакулев** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук; **А. А. Шабогина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, врач-дерматовенеролог клиники кожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук; **А. Н. Платонова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент, кандидат медицинских наук; **С. Р. Утц** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **М. В. Маркина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, врач-дерматовенеролог клиники кожных и венерических болезней; **Ю. М. Штода** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, аспирант.

### SIDE EFFECTS OF SYSTEMIC RETINOID THERAPY IN PATIENTS WITH SEVERE PSORIASIS

**N. A. Slesarenko** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **A. L. Bakulev** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **A. A. Shabogina** — Saratov State Medical University, doctor — dermatovenerologist of clinic of skin and venereal diseases, Candidate of Medical Science; **A. N. Platonova** — Saratov State Medical University, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant of Professor, Candidate of Medical Science; **S. R. Utz** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **M. V. Markina** — Saratov State Medical University, doctor — dermatovenerologist of clinic of skin and venereal diseases; **U. M. Shtoda** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Post-graduate.

Дата поступления — 14.09.2013 г.

Дата принятий в печать — 17.10.2013 г.

**Слесаренко Н. А., Бакулев А. Л., Шабогина А. А., Платонова А. Н., Утц С. Р., Маркина М. В., Штода Ю. М.** Нежелательные эффекты системной терапии ретиноидами у пациентов с тяжелыми формами // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 3. С. 549–552.

**Цель:** определить характер и частоту возникновения побочных эффектов, отмечаемых на фоне терапии ацитретином больных тяжелыми формами псориаза. **Материал и методы.** Обследованы 20 пациентов с генерализованным пустулезным псориазом. В связи с неэффективностью проводимой стандартной терапии дополнительно в план лечения всем пациентам был включен системный ретиноид ацитретин (Неотигазон) в дозе 0,3–0,5 мг/кг в сутки. Первую контрольную группу составили пациенты с псориазом, получающие стандартную терапию без применения системных ретиноидов. Вторую контрольную группу составили пациенты, принимающие ацитретин по поводу кератоза. **Результаты.** У 18 больных основной группы отмечалось развитие побочных явлений, таких, как сухость кожи и слизистых, повышенная ломкость ногтей. У 14 пациентов основной группы и 3 пациентов второй контрольной группы по результатам общего анализа мочи и дополнительных исследований был выявлен повышенный уровень эритроцитов и развитие гематурии. **Заключение.** В результате проведенного исследования установлено, что у 17 больных отмечалось развитие гематурии, которая может быть расценена как побочный эффект терапии ацитретином.

**Ключевые слова:** псориаз, ацитретин, побочные эффекты, гематурия.

**Slesarenko N. A., Bakulev A. L., Shabogina A. A., Platonova A. N., Utz S. R., Markina M. V., Shtoda U. M.** Side effects of systemic retinoid therapy in patients with severe psoriasis // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 3. P. 549–552.

**The aim:** to determine the nature and frequency of side effects observed on acitretin therapy of patients with severe forms of psoriasis. **Materials and methods.** The study included 20 patients with generalized pustular psoriasis. Due to the inefficiency of the ongoing standard therapy, in addition to the plan of treatment, all patients were included systemic retinoid — acitretin (neotigazon) at a dose of 0,3–0,5 mg/kg per day. I control group consisted of patients with psoriasis receiving standard therapy without the use of systemic retinoids. II control group consisted of patients taking acitretin about keratosis. **Results.** In 18 patients of the main group noted the development of side effects, such as xerosis and nail fragility. In 14 patients of the main group and 3 patients of the II control group the results of urinalysis tests and Nechiporenko sample were detected by elevated levels of red blood cells and the development of hematuria. **Conclusion.** The study found that 17 patients had development of hematuria, which can be considered regarded as a side effect of acitretin therapy.

**Key words:** psoriasis, acitretin, side effects, hematuria.

**Введение.** Псориаз — хроническое воспалительное кожное заболевание с выраженной генетической основой, для которого характерны комплексные изменения роста и дифференцировки эпидермиса, многочисленные биохимические, иммунологические и сосудистые аномалии, а также пока еще недостаточно изученная связь с функцией нервной системы. Основная роль в возникновении дерматоза принадлежит генетическим и средовым факторам [1, 2].

В патогенезе псориаза имеют место нейроэндокринные и обменные нарушения. В то же время исследованиями последних лет установлена значимая

патогенетическая роль иммунного воспаления [2, 3]. Ведущая роль принадлежит генетически обусловленному нарушению кератинизации, вызванному гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки кератиноцитов [4–13]. При псориазе выявлены нарушения практически всех звеньев иммунной регуляции кожи, приводящие к выделению активированными кератиноцитами, лимфоцитами, макрофагами и резидентными клетками дермы различных медиаторов иммунного ответа и воспаления: полиаминов, протеаз, цитокинов. Они стимулируют пролиферацию неполноценных кератиноцитов и развитие воспалительных изменений в коже, включающих в себя инфильтрацию дермы и эпидермиса полиморфнонуклеарными и мононуклеарными лейкоцитами [4, 13].

**Ответственный автор** — Штода Юлия Максимовна

Адрес: г. Саратов, ул. Чапаева, 79, кв. 3.

Тел.: +79372668604

E-mail: sarderma@rambler.ru

Сложный патогенез развития псориаза обуславливает многообразие терапевтических подходов. Имеется широкий спектр местных и системных лекарственных препаратов для лечения данного дерматоза. Большинство терапевтических схем являются иммуномодулирующими. При выборе терапевтического режима важно сопоставить степень распространенности и тяжести псориаза с тем, как сам пациент воспринимает свое заболевание. В связи с этим необходимо отметить, что в недавнем исследовании было установлено, что 40% пациентов были разочарованы неэффективностью получаемого лечения, а 32% пациентов считали свое лечение недостаточно агрессивным [5]. Поскольку псориаз является хроническим заболеванием, необходимо помнить о безопасности во время длительного лечения. В большинстве терапевтических схем длительность лечения ограничена с учетом кумулятивной токсичности, а в некоторых примерах эффективность лечения может со временем снижаться (тахифилаксия). Некоторые препараты, например кальципотриол, метотрексат и ацитретин, считаются подходящими для длительного применения. Такие методы лечения длительно сохраняют эффективность и имеют низкий потенциал кумулятивной токсичности. И наоборот, местные кортикостероиды, дитранол, деготь, фотохимиотерапия и циклоспорин не показаны для непрерывного применения, для их использования предлагаются комбинированные или ротационные схемы [6, 7]. Однако у пациентов со стабильным хроническим бляшечным псориазом, которые хорошо реагируют на местную терапию, изменений в схеме лечения может не потребоваться. При зудящем псориазе следует с осторожностью применять потенциально раздражающие виды лечения, например дитранол, аналоги витамина D3 и фотохимиотерапию. В таких случаях более подходящими будут режимы с сильным противовоспалительным действием, например топические кортикостероиды [7].

Пациентам с эритродермическим и пустулезным псориазом лучше не назначать лечение раздражающими средствами, препаратами первого выбора являются ацитретин, метотрексат или короткий курс циклоспорина [8].

Открытие ретиноидов в 1930-х годах стало знаковым событием в истории дерматологии. К ретиноидам относятся как встречающиеся в природе молекулы, так и синтетические соединения, которые обладают специфическим биологическим действием, напоминая действие витамина А, или связываются с ядерными рецепторами для ретиноидов, возбуждая таким образом транскрипционную активность чувствительных к ретиноевой кислоте генов, что приводит к специфическим биологическим реакциям [9, 10].

Ацитретин (Неотигазон) — дерматотропный препарат, метаболит этретината, заменил этретинат в 1998 г. Ацитретин связывается с ядерными рецепторами кератиноцитов и влияет на клеточный метаболизм, эпидермальную дифференцировку и апоптоз. Ацитретин с успехом используется при лечении каплевидного и пустулезного псориаза и может применяться у детей с 6 месяцев. Ацитретин также эффективен при псориазе ладоней и подошв и является препаратом выбора при генерализованном пустулезном псориазе. Он может применяться в качестве поддерживающей монотерапии или в сочетании с другими методами лечения, например с ПУВА-терапией (Ре-ПУВА-терапия). Доза ацитретина

составляет 0,3–0,5 мг/кг в сутки [14]. Выраженность побочных эффектов зависит от длительности применения и от дозировки препарата. При возникновении хейлита, ксероза, ломкости ногтей, шелушения ладоней и подошв, носового кровотечения, выпадения волос или блефароконъюнктивита доза ацитретина должна быть уменьшена. Такие серьезные побочные эффекты, как помутнение роговицы, отек диска зрительного нерва, катаракта и аномалии сетчатки, встречаются очень редко и они, как правило, обратимы. Боль в спине, миалгии, артралгии (редко), повышение креатинфосфокиназы могут быть связаны с ранним началом применения ретиноида и чаще возникают у физически активных пациентов. Механизм возникновения неизвестен, но эти эффекты временные и не требуют прекращения приема препарата [11]. Терапия ацитретином может быть связана с нарушением функции печени, особенно при приеме высоких доз. Следует отметить, что ацитретин является единственным системным препаратом для терапии псориаза, не обладающим иммуносупрессивным действием, поэтому может применяться у пациентов с сопутствующими заболеваниями, такими, как ВИЧ-инфекция и гепатиты, при надлежащем контроле за функцией печени [12].

**Цель:** определить характер и частоту возникновения побочных эффектов, отмечаемых на фоне терапии ацитретином больных тяжелыми формами псориаза.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 20 пациентов от 25 до 48 лет, 12 женщин (60%) и 8 мужчин (40%), с диагнозом «Генерализованный пустулезный псориаз типа Цумбуша, фаза прогрессирования». Индекс PASI у всех больных варьировал от 32,4 до 51,2. Все пациенты получали стандартную терапию, включающую гепатопротекторы, антибактериальные препараты, дезинтоксикационные средства, наружно — анилиновые красители, однако на этом фоне не отмечалось выраженной положительной динамики, в связи с чем всем пациентам было решено добавить в проводимую терапию системные ретиноиды (ацитретин) в дозе 0,3–0,5 мг/кг в сутки. Ни одна из женщин основной группы не принимала пероральные контрацептивные препараты на момент назначения ацитретина. Также в исследование были включены 13 больных, 7 женщин и 4 мужчин в возрасте от 23 до 57 лет (средний возраст  $45 \pm 3$  года), составившие первую контрольную группу с диагнозом «Псориаз вульгарный, фаза прогрессирования», получающие стандартную терапию без применения ароматических ретиноидов. Вторую контрольную группу составили 4 пациента (женщины, средний возраст 35 лет  $\pm 2$  года) с диагнозом «Болезнь Дарье» и 6 пациентов (4 мужчин и 2 женщины, средний возраст  $46 \pm 2$  года) с диагнозом «Красный отрубевидный волосистой лишей Девержи», получающие системный ретиноид ацитретин в дозе 20 мг в сутки и 0,5–0,75 мг/кг в сутки соответственно, в комбинации с наружными кератолитическими средствами и эмолентами. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью персональной ЭВМ.

**Результаты.** В основной группе больных уже на 2-й неделе приема ацитретина отмечался выраженный положительный эффект: отсутствие появления свежих элементов, уменьшение инфильтрации и размеров очагов, побледнение эритемы, снижение индекса PASI приблизительно на 10 баллов. На фоне приема препарата 18 пациентов (90%) отметили возникновение побочных эффектов, таких, как сухость

кожи и слизистых оболочек, повышенная ломкость ногтей, в связи с чем им было рекомендовано применение смягчающих и увлажняющих средств. Аналогичные побочные эффекты отмечались у 3 пациентов второй контрольной группы с диагнозом «Болезнь Дарье» и у 4 пациентов с диагнозом «Красный отрубевидный волосяной лишай Девержи». В общем и биохимическом анализах крови отклонения показателей от нормы у больных всех исследуемых групп не было. У 14 пациентов (70%) основной группы, у 2 пациентов с диагнозом «Красный отрубевидный волосяной лишай Девержи» и у 1 пациента с диагнозом «Болезнь Дарье» второй контрольной группы в общем анализе мочи определялись эритроциты до 15–20 в поле зрения. В связи с этим данным пациентам было решено провести пробу Нечипоренко, по результатам которой было отмечено повышение количества эритроцитов до 90 000 в 1 мл мочи. Данным больным были проведены УЗИ почек, консультация уролога с цистоскопией, на которой у 12 пациентов основной группы в мочевом пузыре были обнаружены единичные эрозивные элементы, у пациентов второй контрольной группы патологии выявлено не было. При цитологическом и гистологическом исследовании данных за паранеопластический процесс нет. В первой контрольной группе улучшение патологического процесса на коже наступило на 2–3-й неделе стандартного лечения. Показатели общего и биохимического анализов крови были в пределах нормы. В общем анализе мочи у всех пациентов данной группы появления эритроцитов не отмечалось.

**Обсуждение.** Ретиноидом первого выбора для системного лечения псориаза является ацитретин. Ацитретин эффективен в той же степени, что и этретинат, и может применяться в тех же комбинированных схемах. Лучшие результаты достигаются при пустулезном псориазе ладоней и подошв и при генерализованном псориазе (Цумбуша) [9].

После завершения лечения не всегда наблюдается эффект рикошета, а если он развивается, повторное назначение лекарства приводит к благоприятному ответу. Примерно у 20% пациентов терапия ретиноидами не дает эффекта. В таких случаях может потребоваться комбинация ацитретина с другими антипсориазическими препаратами (глюкокортикоидами, местными производными витамина D, дитранолом, ультрафиолетом В или фотохимиотерапией) [5, 9].

Наиболее серьезным побочным действием ретиноидов является тератогенность. У многих пациентов, получающих ретиноиды, развивается сухость губ, кожи и слизистых оболочек. У большинства больных, принимавших участие в нашем исследовании, было отмечено развитие гематурии. По данным литературы, почечная токсичность не является характерным следствием приема ретиноидов. Однако с учетом отдельных сообщений об обратимых нарушениях функции почек в ходе терапии этретинатом рекомендуется контролировать функцию почек [9].

**Заключение.** В результате проведенного исследования установлено, что у 18 пациентов (90%) с генерализованным пустулезным псориазом и у 7 пациентов второй контрольной группы с заболеваниями, обусловленными нарушением ороговения на фоне приема ацитретина, было отмечено развитие побочных явлений, таких, как сухость кожи и слизистых, повышенная ломкость ногтей. У 14 пациентов (70%) основной группы и у 3 пациентов второй контрольной группы было отмечено развитие гематурии. В

доступной отечественной и зарубежной литературе мы не встретили данных о развитии такого побочного эффекта на фоне приема ароматических ретиноидов. Учитывая, что у пациентов первой контрольной группы, получающих стандартную терапию псориаза без применения системных ретиноидов, появления эритроцитов в общем анализе мочи не наблюдалось, развитие гематурии у пациентов, получающих ацитретин, может быть расценено как возможный побочный эффект терапии системными ретиноидами. На основании изложенного можно всем пациентам, требующим лечения системными ретиноидами, рекомендовать обследование мочеполовой системы с целью исключения патологии, которая способна приводить к развитию гематурии.

У пациентов с генерализованным пустулезным псориазом (основная группа) развитие сухости кожи и слизистых, повышенной ломкости ногтей отмечалось в 90% случаев, а развитие гематурии в 70% случаев ( $p < 0,05$ ). У пациентов второй контрольной группы с диагнозом: «Болезнь Дарье» развитие сухости кожи и слизистых, повышенной ломкости ногтей отмечалось в 75% случаев ( $p < 0,05$ ), а развитие гематурии в 25% ( $p > 0,05$ ). Развитие сухости кожи и слизистых, повышенной ломкости ногтей у пациентов с диагнозом: «Красный волосяной лишай Девержи» наблюдалось в 67% случаев ( $p < 0,05$ ), а развитие гематурии в 33% случаев ( $p > 0,05$ ).

**Конфликт интересов** отсутствует.

#### Библиографический список

1. John Berth-Jones. Psoriasis // *Medicine*. 2013. Vol. 46, № 6. P. 334–340.
2. Кубанова А.А., Катунина О.Р. Иммуноморфология и морфогенез очагов пораженной кожи при псориазе // *Вестн. дерматол.* 2010. № 1. С. 70–79.
3. Immunopathogenesis of psoriasis / R. Sabat, S. Philipp [et al.] // *Experimental Dermatology*. 2007. Vol. 16, № 10. P. 779–798.
4. Хамаганова И.В., Шекрота А.Г., Никифорова Г.Д., Колибрина А.М. Применение гастроинтестинальных препаратов в комплексной терапии псориаза // *Рос. мед. журн.* 2005. № 5. С. 240.
5. Гуджонсон Дж., Элдер Дж. Псориаз // *Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. М., 2012. Т. 1. С. 180–207.*
6. Review of treatment options for psoriasis in pregnant or lactating women: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation / Yoon-Soo Cindy Bae, Abby S. Van Voorhess, Sylvia Hsu [et al.] // *J.Am. Acad. Dermatol.* 2012. № 67. P. 459–477.
7. Yogeeta Agrawal, Kailash C. Petkar, Krutika K. Sawant. Development, evaluation and clinical studies of Acitretin loaded nanostructured lipid carriers for topical treatment of psoriasis // *International Journal of Pharmaceutics*. 2010. № 401. P. 93–102.
8. Bahner J.D., Cao L.Y., Korman N.J. Biologics in the management of psoriasis // *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2009. № 2. P. 111–128.
9. Валгуст А., Куэнзли С. Ретиноиды // *Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. М., 2013. Т. 3. С. 2379–2384.*
10. Канг С., Вуррес Дж. Местные ретиноиды. // *Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. М., 2013. Т. 3. С. 2296–2303.*
11. Ann L. Marqueling, Kelly M. Cordoro. Systemic Treatments for Severe Pediatric Psoriasis // *Dermatol. Clin.* 2013. № 3. P. 267–288.
12. Kai Li, April W. Armstrong. A Review of Health Outcomes in Patients with Psoriasis // *Dermatol. Clin.* 2012. № 30. P. 61–72.
13. Zsuzsanna Bata-Csorgo, Marta Szell. The psoriatic keratinocytes // *Expert Rev. Dermatol.* 2012. Vol. 7, № 5. P. 473–481.

14. European S3 — Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris / D. Pathirana [et al.] // JEADV. 2009. Vol. 23 (suppl. 2). P. 5–70.

### Translit

1. John Berth-Jones. Psoriasis // *Medicine*. 2013. Vol. 46, № 6. P. 334–340.

2. Kubanova A.A., Katunina O.R. Immunomorfologija i morfogenez ochagov porazhennoj kozhi pri psoriaze // *Vestn. dermatol.* 2010. № 1. S. 70–79.

3. Immunopathogenesis of psoriasis / R. Sabat, S. Philipp [et al.] // *Experimental Dermatology*. 2007. Vol. 16, № 10. R. 779–798.

4. Hamaganova I.V., Shekrota A.G., Nikiforova G.D., Kolibri-na A.M. Primenenie gastrointestinalnyh preparatov v kompleksnoj terapii psoriaza // *Ros. med. zhurn.* 2005. № 5. S. 240.

5. Gudzhonson Dzh., Jelder Dzh. Psoriaz // *Dermatologija Ficpatrika v klinicheskoj praktike: v 3 t. M., 2012. T. 1. S. 180–207.*

6. Review of treatment options for psoriasis in pregnant or lactating women: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation / Yoon-Soo Cindy Bae, Abby S. Van Voorhess, Sylvia Hsu [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2012. № 67. P. 459–477.

7. Yogeeta Agrawal, Kailash C. Petkar, Krutika K. Sawant. Development, evaluation and clinical studies of Acitretin loaded nanostructured lipid carriers for topical treatment of psoriasis // *International Journal of Pharmaceutics*. 2010. № 401. R. 93–102.

8. Bahner J.D., Cao L.Y., Korman N.J. Biologics in the management of psoriasis // *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2009. № 2. P. 111–128.

9. Valgust A., Kujenzli S. Retinoidy // *Dermatologija Ficpatrika v klinicheskoj praktike: v 3 t. M., 2013. T. 3. S. 2379–2384.*

10. Kang S., Vurges Dzh. Mestnye retinoidy. // *Dermatologija Ficpatrika v klinicheskoj praktike: v 3 t. M., 2013. T. 3. S. 2296–2303.*

11. Ann L. Marqueling, Kelly M. Cordoro. Systemic Treatments for Severe Pediatric Psoriasis // *Dermatol. Clin.* 2013. № 3. R. 267–288.

12. Kai Li, April W. Armstrong. A Review of Health Outcomes in Patients with Psoriasis // *Dermatol. Clin.* 2012. № 30. P. 61–72.

13. Zsuzsanna Bata-Csorgo, Marta Szell. The psoriatic keratinocytes // *Expert Rev. Dermatol.* 2012. Vol. 7, № 5. P. 473–481.

14. European S3 — Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris / D. Pathirana [et al.] // JEADV. 2009. Vol. 23 (suppl. 2). P. 5–70.

УДК 616.517: [616.98:578.828.6–06:616.517] -08:612.821:612.019 (045)

Оригинальная статья

## ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ПСОРИАЗОМ

**А.В. Моррисон** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, доцент, кандидат медицинских наук; **С. Р. Утц** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **А.В. Давыдова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, аспирант; **В.Б. Гришина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, студентка 6 курса; **А.Н. Платонова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент, кандидат медицинских наук; **Ю.М. Штода** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, аспирант.

## THE CHARACTERISTICS OF PERSONALITY PROFILE OF PATIENTS WITH HIV-ASSOCIATED PSORIASIS

**A. V. Morrison** — Saratov State Medical University, Department of Skin and Venereal Diseases, Docent, Candidate of Medical Science; **S. R. Utz** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **A. V. Davydova** — Saratov State Medical University, Department of Skin and Venereal Diseases, Post-graduate; **V. B. Grishina** — Saratov State Medical University, Department of Skin and Venereal Diseases, 6th year student; **A. N. Platonova** — Saratov State Medical University, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant of Professor, Candidate of Medical Science; **U. M. Shtoda** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Post-graduate.

Дата поступления — 14.09.2013 г.

Дата принятий в печать — 17.10.2013 г.

**Моррисон А.В., Утц С.Р., Давыдова А.В., Гришина В.Б., Платонова А.Н., Штода Ю.М.** Особенности личностного профиля больных с ВИЧ-ассоциированным псориазом // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2013. Т. 9, № 3. С. 552–556.

**Цель:** охарактеризовать личностный профиль, провести сравнительную оценку психосоматических изменений больных псориазом и больных с ВИЧ-ассоциированным псориазом. **Материал и методы.** В исследовании участвовали 27 пациентов, находившиеся на стационарном лечении в ККБ СГМУ им. В.И. Разумовского в возрасте 18–65 лет с псориазом на фоне ВИЧ-инфекции, изолированным псориазом и коморбидными психическими расстройствами, а также пациенты без кожной патологии, составившие контрольную группу. Обследование всех пациентов проводили с помощью клинико-дерматологического метода, дополненного психометрическими методиками (госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS)). **Результаты.** Анализ психологического статуса больных псориазом продемонстрировал высокую частоту у данных пациентов психических расстройств. **Заключение.** На фоне сопутствующей ВИЧ-инфекции психосоматические расстройства у пациентов с псориазом приобретают более тяжелую и развернутую симптоматику.

**Ключевые слова:** псориаз, ВИЧ-инфекция, тревожно-депрессивные расстройства.

**Morrison A. V., Utz S. R., Davydova A. V., Grishina V. B., Platonova A. N., Shtoda U. M.** The characteristics of personality profile of patients with HIV-associated psoriasis // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2013. Vol. 9, № 3. P. 552–556.

**The goal:** to give a characteristic of the personality profile, a comparative evaluation of psychosomatic changes in patients with psoriasis and HIV-associated psoriasis. **Materials and methods.** The study involved 27 patients aged