

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Молочков В.А., Бадюкин В.В., Альбанова В.И., Волнухин В.А. *Псориаз и псориазоподобный артрит*. М.: КМК; 2007. [Molochkov V.A., Badokin V.V., Albanova V.I., Volnukhin V.A. *Psoriasis and psoriasis arthritis*. Moscow: KMK; 2007]. (in Russian)
2. Gupta R., Debbaneh M.G., Liao W. Genetic epidemiology of psoriasis. *Curr. Dermatol. Rep.* 2014; 3(1): 61–78.
3. Kim J., Krueger J.G. The immunopathogenesis of psoriasis. *Dermatol. Clin.* 2015; 33(1): 13–23. doi: 10.1016/j.det.2014.09.002
4. Shiga T., Sato K., Kataoka S., Sano S. TNF inhibitors directly target Th17 cells via attenuation of autonomous TNF/TNFR2 signaling in psoriasis. *J. Dermatol. Sci.* 2015; 77(1): 79–81. doi: 10.1016/j.jdermsci.2014.11.008.
5. Ghadially R., Reed J.T., Elias P.M. Stratum corneum structure and function correlates with phenotype in psoriasis. *J. Invest. Dermatol.* 1996; 107(4): 558–64.
6. Capon F., Semprini S., Chimenti S., Fabrizi G., Zambruno G., Murgia S., et al. Fine mapping of the PSORS4 psoriasis susceptibility region on chromosome 1q21. *J. Invest. Dermatol.* 2001; 116(5): 728–30.
7. Zenz R., Eferl R., Kenner L., Florin L., Hummerich L., Mehic D., et al. Psoriasis-like skin disease and arthritis caused by inducible epidermal deletion of Jun proteins. *Nature*. 2005; 437(7057): 369–75.
8. Lew B.L., Cho Y., Kim J., Sim W.Y., Kim N.I. Ceramides and cell signaling molecules in psoriatic epidermis: reduced levels of ceramides, PKC- α , and JNK. *J. Korean Med. Sci.* 2006; 21(1): 95–9.
9. Motta S., Monti M., Sesana S., Caputo R., Carelli S., Ghidoni R. Ceramide composition of the psoriatic scale. *Biochim. Biophys. Acta.* 1993; 1182(2): 147–51.
10. Kivelevitch D.N., Hebel K.R., Patel M., Menter A. Emerging topical treatments for psoriasis. *Expert. Opin. Emerg. Drugs.* 2013; 18(4): 523–32. doi: 10.1517/14728214.2013.861418.
11. Хлебникова А.Н. Роль протективных средств в терапии хронических дерматозов. *Российский аллергологический журнал*. 2014; 3: 47–52. [Khlebnikova A.N. The role of protective means in the treatment of chronic dermatoses. *Rossiyskiy allergologicheskiy zhurnal*. 2014; 3: 47–52]. (in Russian)
12. Короткий Н.Г., Таганов А.В., Тихомиров А.А. *Современная наружная терапия дерматозов (с элементами физиотерапии)*. Тверь: Губернская медицина; 2001.
13. Соколовский Е.В., Монахов К.Н., Домбровская Д.К. Возможность контроля состояния кожи больных хроническими заболеваниями кожи с помощью наружных средств. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2011; 3: 133–8.
14. [Sokolovskiy E.V., Monakhov K.N., Dombrovskaya D.K. Skin condition control in patients with chronic skin diseases using dermatic products. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2011; 3: 133–8]. (in Russian)
15. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В., ред. *Руководство по дерматокосметологии*. СПб.: Фолиант; 2008.
16. [Araviyskaya E.R., Sokolovskiy E.V., eds. *Manual of dermatokosmetology*. St. Petersburg: Foliant; 2008]. (in Russian)
17. Снарская Е.С., Кряжева С.С. Инновационная липосомальная линия Айсиды и ее место в дерматокосметологической практике. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2011; 3: 8–12.
18. [Snarskaya E.S., Kryazheva S.S. Innovative liposomal preparations "Aycida" and their use in dermatocosmetology. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2011; 3: 8–12]. (in Russian)
19. Хобейш М.М., Монахов К.Н., Соколовский Е.В. Современные средства базового ухода в комплексном лечении псориаза. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012; 4: 45–8.
20. [Khobeish M.M., Monakhov K.N., Sokolovskiy E.V. Modern means of basic care in treatment of psoriasis. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2012; 4: 45–8]. (in Russian)
21. Ключарева С.В. *Результаты сравнительного исследования косметической линии Айсиды и стандартных схем терапии у пациентов с чувствительной кожей и хроническими дерматозами*. М.: Витакеа; 2010.
22. [Klyuchareva S.V. *The results of a comparative study of the cosmetic line of lysida and standard therapy regimens in patients with sensitive skin and chronic dermatoses*. Moscow: Vitakea; 2010]. (in Russian)
23. Волошин Р.Н., Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю. Оценка эффективности препаратов серии Айсиды в комплексной терапии псориаза волосистой части головы. [Voloshin R.N., Tlish M.M., Kuznetsova T.G., Naatizh Zh. Yu. Evaluation of effectiveness of drugs series Isida in the treatment of scalp psoriasis]. (in Russian)

Available at: <http://www.aicida.ru/specialists/treatment-for-scalp-psoriasis/>

Поступила 24.02.15

Received 24.02.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.517-06:616.5-003.871]-036.1

Псориаз у больного ихтиозом

Тлиш М.М., Катханова О.А., Наатыж Ж.Ю., Поповская Е.Б., Сычева Н.Л.

ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет, 350063, Краснодар

Представлен клинический случай сочетания у одного пациента распространенного вульгарного псориаза, пустулезного псориаза Барбера и вульгарного ихтиоза, расцениваемый как синтропия, что является одной из форм полиморбидности. Выявлены особенности клинического течения этих заболеваний в виде отсутствия псориазических элементов в местах локализации ихтиозиформных высыпаний на коже. Проведено комплексное обследование больного с включением гистологического исследования биоптатов кожи. Данный случай представляет теоретический и практический интерес в связи с отсутствием описания подобного сочетания в литературе за последние 5 лет и может свидетельствовать об общности этиологии и патогенеза различных форм псориаза с ихтиозом и их взаимовлиянии друг на друга.

Ключевые слова: полиморбидность; синтропия; распространенный вульгарный псориаз; пустулезный псориаз Барбера; вульгарный ихтиоз.

Для цитирования: Тлиш М.М., Катханова О.А., Наатыж Ж.Ю., Поповская Е.Б., Сычева Н.Л. Псориаз у больного ихтиозом. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18(2): 34–39.

PSORIASIS IN A PATIENT WITH ICHTHYOSIS

Tlish M.M., Katkhanova O.A., Naatyzh Zh.Yu., Popovskaya E.B., Sycheva N.L.

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

A clinical case is presented: a combination of disseminated psoriasis vulgaris, Barber's pustular psoriasis, and ichthyosis vulgaris in the same patient. This combination is regarded as syntropy – a form of polymorbidity. Specific features of clinical course of these diseases consist in the absence of psoriatic elements in sites of ichthyosiform efflorescence on the skin. Complex examination of the patient included histological studies of skin biopsy specimens. This case is theoretically and practically interesting, as no combination of this kind has been reported over the recent 5 years. This case may indicate the common etiology and pathogenesis of various forms of psoriasis with ichthyosis and their mutual effects on each other.

Key words: *polymorbidity; syntropy; disseminated psoriasis vulgaris; Barber's pustular psoriasis; ichthyosis vulgaris.*

Citation: Tlish M.M., Katkhanova O.A., Naatyzh Zh.Yu., Popovskaya E.B., Sycheva N.L. Psoriasis in a patient with ichthyosis. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2015; 18(2): 34–39. (in Russ.)

Полиморбидность в дерматологии является распространенным, актуальным, но недостаточно изученным явлением. Данное состояние обусловлено множеством патологических процессов, которые могут квалифицироваться как нозологические формы, синдромы, клинико-диагностические признаки и симптомы [1, 2].

В настоящее время общепринятая терминология этого понятия отсутствует, а в литературе встречаются следующие синонимы: коморбидность, мультиморбидность, мультикаузальный диагноз [1, 2]. Распространенность полиморбидности у больных молодого возраста составляет до 69%, среднего возраста – до 93%, старшей возрастной группы – до 98% [1].

Полиморбидность – неоднородное состояние. Выделяют три формы взаимовлияния заболеваний друг на друга: синтропия («взаимное притяжение») – сочетание двух и более патологических состояний с общими этиопатогенетическими механизмами; дистропия («взаимное отталкивание») – невозможность сочетания болезней; нейтропия («нейтральное состояние», хронологическая коморбидность) – случайное сочетание болезней [1, 2].

В практике дерматолога чаще стали встречаться несколько заболеваний кожи у одного пациента. Описаны случаи сочетания синдрома Литтла–Ласюэра, бляшечной склеродермии, инверсных акне и болезни Шамберга, красной волчанки и красного плоского лишая, ихтиоза и красной волчанки, атопического дерматита и витилиго и др. [3, 4].

Полиморбидность современного пациента, переплетение жалоб, стертость клинической картины делают процесс диагностики поисковым, творческим, при котором оптимальное решение не всегда находится в сфере стандартных путей.

В нашей работе пойдет речь о сочетании распространенного вульгарного псориаза, пустулезного псориаза Барбера и вульгарного ихтиоза.

Ихтиозы – распространенная форма кератозов, относящихся к группе генодерматозов с герментативными мутациями, которая составляет 80–95% от всех форм наследственных дерматозов [5]. Проявляется заболевание обычно на 3-м месяце жизни или несколько позже (до 2–3 лет). Клинические проявления заболевания достаточно ти-

пичны и характеризуются в основном тремя основными компонентами: шелушением, фолликулярным гиперкератозом, гиперлинеарным рисунком ладоней. Экспрессивность вульгарного ихтиоза может быть различной: от едва заметного шелушения до выраженных поражений с крупными плотно прикрепленными чешуйками.

У большинства больных ихтиозом регистрируется диффузное поражение кожи на боковых поверхностях туловища и разгибательных поверхностях конечностей в виде фолликулярных папул, с роговой чешуйкой на поверхности, цвет которых варьирует от белого до серовато-коричневого. Наблюдаются онихорексис и трахионихии [5]. При гистологическом исследовании в эпидермисе отмечается ретенционный гиперкератоз, отсутствие или истончение зернистого слоя. Также характерно нарушение экспрессии профилагрина. Надо отметить, что выраженность клинических проявлений находится в прямой пропорциональной зависимости от этих изменений [5, 6].

Псориаз – хронический дерматоз преимущественно с генетической детерминантой иммунопатологических реакций, проявляющихся доброкачественной гиперпролиферацией эпителиоцитов, нарушением их дифференциации и кератинизации [4, 7–9]. Распространенность псориаза в Российской Федерации сохраняется на высоком уровне [10]. В структуре кожной патологии удельный вес данного заболевания равен 5%, в дерматологических стационарах больные с подобным диагнозом составляют до 22% [7].

Многочисленные исследования подтверждают значимость генетического компонента в генезе псориаза, однако характер наследования и генетические механизмы неоднозначны [9, 11]. Предполагается аутосомно-доминантный тип наследования с редуцируемой пенетрантностью наследственной передачи заболевания в локусе HLA-CW6 [4, 9, 11]. Одним из основных патогенетических механизмов заболевания являются нарушения иммунной системы, преимущественно ее Т-звена. При этом наблюдается дисбаланс субпопуляций Т-лимфоцитов в сторону преобладания Т-хелперов, которые способны стимулировать пролиферацию клеток эпидермиса.

Основными патологическими процессами в коже при псориазе являются изменения в эпидермисе (нарушение пролиферации и дифференцировки эпителиоцитов) и воспалительная реакция в дерме. Не решен вопрос о первичной значимости тех или иных изменений. Считается, что эпидермальные нарушения все же являются приоритетными. Предполагают наличие генетического дефекта в эпителиоцитах, приводящего к их гиперпролиферации с последующей воспалительной реакцией в дерме [6, 12].

Гистологически при данной патологии выявляют ретенционный гиперкератоз (с истончением или полным отсутствием зернистого слоя), обусловленный дефектом

Сведения об авторах:

Тлиш Марина Моссовна, доктор мед. наук, профессор;
Катханова Ольга Алиевна, доктор мед. наук, профессор;
Наатыж Жанна Юрьевна, кандидат мед. наук, ассистент;
Поповская Елена Борисовна, ассистент (el_popovskay@mail.ru);
Сычева Наталья Леонидовна, кандидат мед. наук, ассистент.

Corresponding author:

Popovskaya Elena, assistant (el_popovskay@mail.ru).



Рис. 1. Больной С. Клинические проявления при поступлении в стационар.

а, б – распространенного вульгарного псориаза; в, г – пустулезного псориаза Барбера; д, е – вульгарного ихтиоза.

синтеза филагрина. Нарушен процесс отторжения клеток, что может быть связано с цементирующим действием гликозаминогликанов [6].

В источниках литературы за последние 5 лет подобное нозологическое сочетание (псориаз и ихтиоз) не упоминалось, поэтому представляет теоретический и практический интерес изучение случая одновременного наличия у больного данных дерматозов, что может свидетельствовать об общности их этиологии и патогенеза.

Приводим описание клинического наблюдения.

Под нашим наблюдением с апреля 2014 г. в стационарном отделении Клинического кожно-венерологического диспансера находился пациент С., 53 года. Вульгарным ихтиозом болен с рождения. Наследственный анамнез отягощен (вульгарным ихтиозом болел дедушка по отцовской линии). Первые псориазные высыпания возникли в 1988 г. на туловище после перенесенного стресса. Обратился к дерматологу в поликлинику по

месту жительства, где был поставлен диагноз распространенного вульгарного псориаза. Пациент отметил, что данная патология встречалась также и у родственников по материнской линии. После проведенного лечения препаратами, которые больной затруднился назвать, отмечалось улучшение состояния кожных покровов. В последующие годы процесс носил хронический рецидивирующий характер и обострялся несколько раз в год независимо от сезона. Последнее обострение возникло в январе 2014 г. на фоне психоэмоционального напряжения. Лечился амбулаторно по месту жительства без улучшения. Процесс распространился на верхние и нижние конечности, появились пустулы на ладонях и подошвах. В связи с неэффективностью проводимой терапии 01.04.14 обратился к дерматологу в ГБУЗ ККВД Минздрава Краснодарского края и был госпитализирован с предварительным диагнозом пустулезного псориаза Барбера; вульгарного ихтиоза.

При осмотре кожный патологический процесс имел распространенный симметричный характер. На коже волосистой части головы по всей ее окружности наблюдались милиарные,

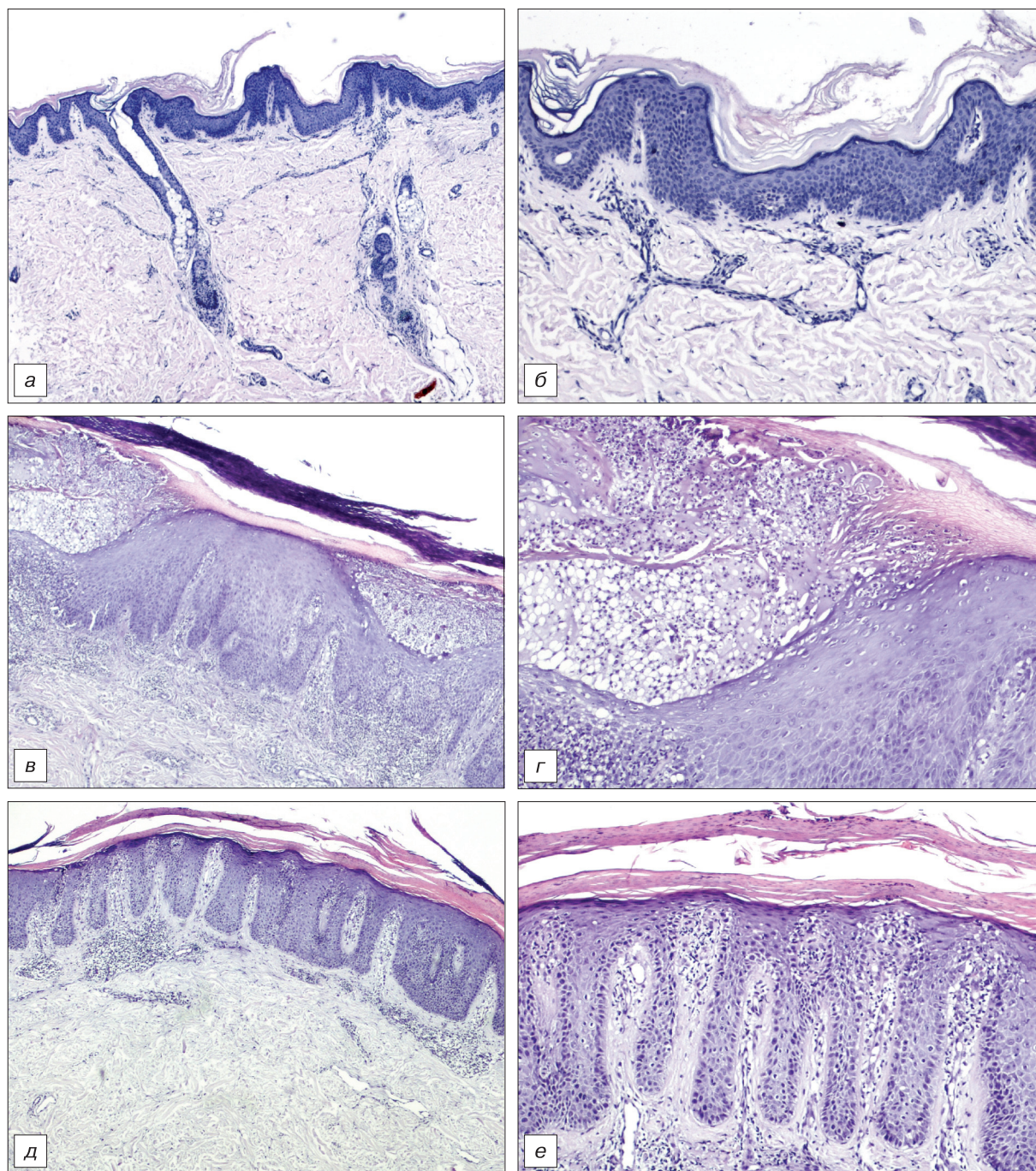


Рис. 2. Морфологические проявления ихтиоза и псориаза у больного С. Окраска гематоксилином и эозином.

a – вульгарный ихтиоз; гиперкератоз; фолликулярный гиперкератоз; умеренно выраженный акантоз; в дерме скудные периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты; ув. 40; *б* – вульгарный ихтиоз; гиперкератоз; умеренно выраженный акантоз; в дерме скудные периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты; ув. 100; *в* – пустулезный псориаз Барбера; спонгиозные пустулы в акантотически утолщенном эпидермисе; ув. 40; *г* – пустулезный псориаз Барбера; в акантотически утолщенном эпидермисе спонгиозная пустула, заполненная нейтрофилами; ув. 100; *д* – псориаз; гиперкератоз; паракератоз; псориазиформный акантоз; в верхних отделах дермы диффузная инфильтрация; ув. 40; *е* – псориаз; гиперкератоз с участками паракератоза; псориазиформный акантоз; в отчетном сосочковом слое извитые и расширенные капилляры; в верхних отделах дермы диффузная гистиолимфоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофилов; ув. 100.

нумулярные розово-красные папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками. На коже туловища (в области мечевидного отростка и поясничной области), верхних и нижних конечностей (разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов) визуализировались милиарные, нумулярные папулы и бляшки розово-красного цвета с серебристо-белыми чешуйками, расположенными по всей поверхности (рис. 1, *a, б*). В области ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп имелись эритематозно-сквамозные бляшки диаметром до 5 см, умеренно инфильтрированные, на поверхности которых располагались множественные пустулы (рис. 1, *в, г*). Наблюдались деформации ногтевых пластинок на кистях и стопах по типу

«коготь птицы», изменение окраски и наличие желтовато-бурого пятна под ногтем по типу «масляного пятна».

Кожа туловища (в области груди и спины), верхних и нижних конечностей (на передней и задней поверхности плеч, предплечий, бедер, голеней) сухая, шершавая на ощупь, покрыта наслоениями чешуек серо-черного цвета (рис. 1, *д, е*).

Субъективно больного беспокоил незначительный периодический зуд.

Лабораторные исследования: общий анализ крови и общий анализ мочи в пределах нормы. Биохимический анализ крови: холестерин 6,82 ммоль/л, аспартатаминотрансфераза 87,2 ЕД/л, аланинаминотрансфераза 77,1 ЕД/л. Консультация терапевта:



Рис. 3. Больной С. Клинические проявления на фоне лечения.

а, б – распространенного вульгарного псориаза; в, г – пустулезного псориаза Барбера; д, е – вульгарного ихтиоза.

псориазический артрит с поражением межфаланговых суставов стоп и кистей, коленных суставов; функциональная недостаточность суставов 2-й степени.

Проведена диагностическая биопсия.

Биоптат с кожи правого предплечья. Выраженный гиперкератоз. Умеренный фолликулярный гиперкератоз. Волосные фолликулы расширены. Неравномерный умеренно выраженный акантоз. В верхних отделах дермы скудные периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. Сальные железы атрофичные. Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных может соответствовать ихтиозу (рис. 2, а, б).

Биоптат с кожи подошвенной поверхности правой стопы. Гиперкератоз. В эпидермисе спонгиозоформные пустулы, покрытые роговым слоем с паракератотическими ядрами, заполненные нейтрофилами. Умеренно выраженный акантоз с псориазиформным типом гиперплазии эпидермиса. Экзоцитоз нейтрофилов. Сосочки дермы отечны, капилляры извиты и расширены. Под пустулами и периваскулярно умеренно выраженные гистиолимфоцитарные инфильтраты с нейтрофилами. Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных может соответствовать пустулезному псориазу Барбера (рис. 2, в, г).

Биоптат с кожи спины. Гиперкератоз с участками паракера-

тоза. Выраженный акантоз с псориазиформным типом гиперплазии эпидермиса и истончением супрапапиллярных отделов. Микроабсцессы Мунро в роговом слое. Гиперактивность базального слоя эпидермиса. Сосочки дермы отечны, капилляры извиты и расширены, экстравазаты. В верхних отделах дермы периваскулярные и диффузные умеренно выраженные гистиолимфоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов. Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных соответствует псориазу (рис. 2, д, е).

На основании клинической картины и данных гистологического исследования поставлен окончательный диагноз: вульгарный ихтиоз; псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, внесезонная форма; пустулезный псориаз Барбера.

Больному проведено комплексное лечение: инфузионная терапия, нестероидные противовоспалительные средства, гепатопротекторы, ретиноиды; наружная терапия с применением топических кортикостероидов.

На фоне лечения у пациента отмечена положительная динамика кожного процесса: яркость островоспалительной реакции угасла, содержимое пустул подсохло в корочки, папулы и бляшки уплостились, инфильтрация практически не определялась (рис. 3, а–е).

Влияние полиморбидной патологии на клинические проявления дерматозов, их диагностику, прогноз и лечение индивидуально и многогранно. Описанное наблюдение представляет клинический интерес, так как касается двух распространенных в практике врача-дерматовенеролога нозологий: псориаза и ихтиоза, и расценивается нами как синтропия. Оба этих состояния генетически детерминированы. Представленный случай демонстрирует вариант отягощенного семейного анамнеза. В двух поколениях по линии отца наследуется ихтиоз, а по материнской – псориаз.

Описанные нозологии сопровождаются нарушением пролиферации и дифференцировки клеток эпидермиса. Проведенные в последнее время иммуногистохимические, ультраструктурные, генетические исследования с использованием физического картирования и linkage-анализа показали, что при всех формах ихтиоза страдают процессы терминальной клеточной дифференцировки и ороговения эпидермиса. Это обусловлено либо мутациями, либо нарушениями экспрессии генов, кодирующих различные типы кератина, а также другими маркерами дифференцировки – структурными протеинами клеточной оболочки (лорикрин, инволюктин), промежуточным филаментассоциированным протеином профилагрином, ферментами кератинизации (трансглутаминаза) [1–6]. У больных вульгарным ихтиозом отмечается снижение или отсутствие экспрессии профилагрина, способствующего формированию постоянных дисульфидных мостиков между филаментами.

Патология нарушения барьерной функции кожи может быть запущена и иммунными процессами, как при псориазе, и являться вторичной по отношению к основному заболеванию.

Изучение генетических дефектов при различных дерматозах позволит идентифицировать фенотип кожных нарушений при возникновении мутаций в генах белков корнеоцитов, что в итоге улучшит диагностику и лечение заболеваний, связанных с нарушением пролиферации.

Таким образом, приведенный клинический случай представляет теоретический и практический интерес, так как может свидетельствовать об общности этиологии и патогенеза различных форм псориаза и ихтиоза, их взаимовлиянии.

ЛИТЕРАТУРА

- Fortin M., Bravo G., Hudon C., Vanasse A., Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann. Fam. Med.* 2005; 3(3): 223–8.
- Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J.F., Roos S., Knottnerus J.A. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J. Clin. Epidemiol.* 1998; 51(5): 367–75.
- Тлиш М.М., Сычева Н.Л., Поповская Е.Б., Шевченко А.Г. Случай сочетанной патологии в дерматологической практике. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014; 1: 37–40.
- Катханова О.А., Катханов А.М., Рыжих О.В., Тлиш М.М. Сочетание линейного эпидермального веррукозного воспалительного невуса (ilven) с псориазом. *Клиническая дерматология и венерология*. 2008; 3: 28–31.
- Александрова А.К. Вульгарный ихтиоз: современный взгляд на

- проблему. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2007; 2: 13–7.
- Калитеевский П.Ф. *Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов*. М.: Миклош; 1993.
- Знаменская Л.Ф., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В., Минеева А.А. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012; 5: 20–9.
- Катханова О.А. Оптимизация регенеративных процессов в эпидермисе больных псориазом детей при восстановительном лечении в здравницах российского причерноморья. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2008; 3: 40–2.
- Якубович А.И., Салдамаева Л.С. Влияние комплексной терапии на динамику суставного синдрома у больных псориазом на фоне нарушений липидного обмена. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2014; 4: 54–7.
- Минеева А.А., Кожушная О.С., Знаменская Л.Ф., Чикин В.В., Фриго Н.В. Результаты изучения генетических факторов predisposing к псориазу среди населения Российской Федерации. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2013; 5: 78–90.
- Корхмазова С.А., Голубцов В.И., Катханова О.А. Молекулярно-генетическое исследование псориаза на основе анализа ассоциаций с микросателлитными маркерами. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2006; 12: 10–2.
- Баткаев Э.А., Чистякова И.А., Шахова А.С. Современные подходы к терапии псориаза. *Вестник последилового медицинского образования*. 2012; 2: 15–22.

Поступила 17.12.14

REFERENCES

- Fortin M., Bravo G., Hudon C., Vanasse A., Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann. Fam. Med.* 2005; 3(3): 223–8.
- Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J.F., Roos S., Knottnerus J.A. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J. Clin. Epidemiol.* 1998; 51(5): 367–75.
- Tlish M.M., Sycheva N.L., Popovskaya E.B., Shevchenko A.G. The case of comorbidity in dermatological practice. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2014; 1: 37–40. (in Russian)
- Katkhanova O.A., Katkhanov A.M., Ryzhikh O.V., Tlish M.M. The combination of linear verrucous epidermal nevus inflammatory (ilven) with psoriasis. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2008; 3: 28–31. (in Russian)
- Alexandrova A.K. Ichthyosis vulgaris: a modern view on the problem. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2007; 2: 13–17. (in Russian)
- Kaliteevskiy P.F. *Macroscopic differential diagnosis of pathological processes*. Moscow: Miklosh; 1993. (in Russian)
- Znamenskaya L.F., Melekhina L.E., Bogdanova E.V., Mineeva A.A. Incidence and prevalence of psoriasis in the Russian Federation. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2012; 5: 20–9. (in Russian)
- Katkhanova O. A. Optimization of regenerative processes in the epidermis of psoriasis patients at regenerative treatment of children in the Russian Black Sea Coast resorts. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury*. 2008; 3: 40–2. (in Russian)
- Yakubovich A.I., Saldamayeva L.S. Effect of combined therapy on the dynamics of the articular syndrome in patients with psoriasis on the background of the lipid metabolism. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2014; 4: 54–7. (in Russian)
- Mineeva A.A., Kozhushnaya O.S., Znamenskaya L.F., Chikin V.V., Frigo N. V. The results of the study of genetic factors predisposing to psoriasis in the population of the Russian Federation. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2013; 5: 78–90. (in Russian)
- Korkhmazova S.A., Golubzov V.I., Kathanova O.A. Molecular genetic study of psoriasis based on the analysis of associations with microsatellite markers. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2006; 12: 10–2. (in Russian)
- Batkayev E.A., Chistyakova I.A., Shakhova A.S. Modern approaches to the treatment of psoriasis. *Vestnik poslediplomnogo meditsinskogo obrazovaniya*. 2012; 2: 15–22. (in Russian)

Received 17.12.14