НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Б.У. Назарова
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730103

Псориаз — хронический иммуноопосредованный дерматоз, которым страдает 2–3% населения мира. Сегодня его рассматривают как системное заболевание, часто сочетающееся с кардиометаболической патологией. Метаболический синдром (абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, артериальная гипертензия, дислипидемия) выявляется у больных псориазом значительно чаще, чем в общей популяции. Это сочетание утяжеляет течение дерматоза, повышает риск сердечно-сосудистых осложнений, ограничивает выбор системной терапии и снижает её эффективность. Нейроэндокринные нарушения рассматриваются как одно из связующих звеньев между двумя заболеваниями. Их изучение важно для понимания общих механизмов патогенеза и для разработки персонализированных подходов к ведению этих пациентов.

Целью исследования являлось изучение особенностей нейроэндокринных нарушений у больных псориазом, ассоциированным с метаболическим синдромом, и определение их роли в развитии и прогрессировании заболевания.

Псориаз и метаболический синдром объединяет хроническое системное воспаление. Провоспалительные цитокины, характерные для псориаза — ФНО-α, ИЛ-6, ИЛ-17 — нарушают передачу инсулинового сигнала и способствуют развитию инсулинорезистентности. В свою очередь, висцеральная жировая ткань является активным эндокринным органом. При ожирении в ней повышается продукция лептина, резистина и провоспалительных цитокинов и снижается синтез противовоспалительного адипонектина. Такой дисбаланс адипокинов поддерживает активность Th1- и Th17-лимфоцитов и усиливает воспаление в коже.

Существенную роль играют и нарушения гормональной регуляции. Дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси при хроническом стрессе может сопровождаться изменением секреции кортизола. Это способствует накоплению висцерального жира, гипергликемии и артериальной гипертензии, но при этом не обеспечивает достаточного противовоспалительного эффекта. Гиперинсулинемия и повышение уровня инсулиноподобного фактора роста-1 стимулируют пролиферацию кератиноцитов. Обсуждается также значение нарушений секреции пролактина и мелатонина, изменений функции щитовидной железы и дефицита витамина D, который обладает иммуномодулирующим действием. Активация симпатической нервной системы, характерная для метаболического синдрома, дополнительно поддерживает воспалительный процесс. Эти взаимосвязи имеют прямое клиническое значение. У пациентов с сочетанием псориаза и метаболического синдрома заболевание протекает тяжелее, а ответ на терапию часто бывает менее выраженным. Некоторые системные препараты, в частности циклоспорин и метотрексат, требуют особой осторожности из-за влияния на артериальное давление, липидный обмен и печень. Поэтому таким пациентам целесообразно проводить скрининг метаболических и гормональных показателей: окружности талии, индекса массы тела, артериального давления, липидного профиля, глюкозы и инсулина с расчётом индекса HOMA-IR, а при необходимости — кортизола, лептина, адипонектина и витамина D.

Коррекция массы тела и метаболических нарушений может улучшать течение псориаза и повышать эффективность лечения.

Таким образом, нейроэндокринные нарушения являются важным звеном, связывающим псориаз и метаболический синдром. Их своевременное выявление и коррекция позволяют оптимизировать выбор терапии и улучшить прогноз у этой категории больных.