



Современная терапия псориаза

03.03.2010

Авторы: **В.Ю. Дядькин, Р.М. Абдрахманов**, кафедра дерматовенерологии Казанского государственного медицинского университета

Псориаз – мультифакторное заболевание, в развитии которого важное значение имеют наследственная предрасположенность, нарушения функции иммунной, эндокринной, нервной систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды и др. Псориазом страдает до 2% всего населения земного шара.

Начинается псориаз в любом возрасте, иногда в грудном и даже у новорожденных. Обычный (вульгарный) псориаз характеризуется наличием мономорфной сыпи в виде папул диаметром от 1–3 мм до 2–3 см, покрытых рыхло сидящими серебристо-белыми чешуйками. В результате периферического роста элементы могут сливаться в бляшки различных размеров и очертаний, иногда занимающие обширные участки кожи. В течение псориаза выделяют три стадии: прогрессирующую, стационарную и регрессирующую. С ремиссиями в несколько месяцев или лет заболевание тянется до конца жизни, обостряясь чаще в осенне-зимний период (зимняя форма псориаза), реже в весенне-летний (летняя форма). Помимо типичной классической формы псориаза различают его атипичные разновидности: экссудативный; пятнистый; себорейный; застарелый; бородавчатый; раздраженный; интертригинозный.

Наиболее тяжёлые формы – артропатический псориаз, пустулёзный и псориазная эритродермия – могут развиваться с самого начала болезни или на поздних этапах вследствие влияния неблагоприятных факторов или нерационального лечения. При артропатическом псориазе поражены мелкие суставы кистей и стоп, но возможно и поражение других или всех суставов. Иногда суставные явления предшествуют высыпаниям на коже. Пустулёзный псориаз проявляется поверхностными гнойничковыми элементами типа импетиго, располагающимися на поверхности папул или окружающей кожи. Выделяют генерализованную форму (Цумбуша) и ограниченную с поражением ладоней и подошв (Барбера). При псориазной эритродермии в патологический процесс вовлекается весь кожный покров, развиваются симптомы интоксикации.

Несмотря на значительное число исследований и появление новых лекарственных средств, проблема эффективной и рациональной терапии больных псориазом остается одной из наиболее актуальных в современной дерматологии. При назначении соответствующих лечебных мероприятий должны быть учтены стадия (прогрессивная, стационарная, регрессивная), форма (вульгарная, экссудативная, артропатическая, пустулезная, эритродермическая) и тип (летний, зимний) заболевания. Лечение псориаза

состоит из общей, местной терапии и физиотерапии, в случае необходимости проводят курортное лечение.

Общая терапия псориаза всегда должна быть комплексной. Прежде чем начать лечение больного псориазом, его следует тщательно обследовать с целью выявления фоновых заболеваний и определения состояния липидного обмена, установить роль стресса в возникновении и провоцировании рецидивов псориаза. Следует учесть генетическую предрасположенность к возникновению псориаза, наличие у больных нарушений микроциркуляции в коже. Выявленную патологию следует по возможности корригировать, что уже само по себе дает положительный терапевтический эффект.

Для лечения псориаза среднего и легкого течения при прогрессировании заболевания назначаются дезинтоксикационные средства: **реамберин** или **изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия** внутривенно капельно 1–4 раза в неделю № 3–5. Также в этой стадии используются гипосенсибилизирующие средства – **тиосульфата натрия** или **глюконата кальция**. В стационарно-регрессирующей стадии заболевания применяются витамины. Пиридоксин 5% по 2 мл в/м ежедневно или через день № 15, **тиамин 6%** по 2 мл в/м ежедневно или через день № 15, **цианокобаламин** по 500 мкг в/м через день № 15. **Аскорбиновую кислоту** назначают внутрь в течение 20–30 дней. При легкой форме псориаза и выраженных нарушениях жирового обмена целесообразно назначать никотиновую кислоту, теоникол или трентал. **Витамин А** целесообразно назначать (внутримышечно или внутрь) по 100 000 МЕ препарата в сутки. Антигистаминные средства при наличии выраженного зуда в качестве симптоматических средств.

Цитостатические препараты и иммунодепрессанты назначаются в случаях тяжелого распространенного, резистентного в случаях упорного течения псориаза и наличии противопоказаний к другим методам лечения. Назначение метотрексата показано при эритродермическом и пустулезном псориазе, псориазическом артрите, рефрактерное, другим методам лечения. **Метотрексат** назначается по следующим методикам: один раз в неделю внутрь в дозе 0,01–0,02 (10–20 мг) на один прием; или по 0,0025–0,0075 (2,5–7,5 мг) на три приема через 12 часов в течение суток; внутримышечно по 0,025 (25 мг) один раз в неделю, не более 6–7 инъекций; курсами по 0,0025 (2,5 мг) 2–3 раза в день, курс по 5–7 дней с 3–5 дневными перерывами. После достижения терапевтического эффекта возможна поддерживающая терапия в минимальной эффективной дозе (не более 22,5 мг/нед.).

Циклоспорин А используют для лечения тяжелых форм псориаза и/или в случаях неэффективности или невозможности проведения других методов системной терапии. Начальная доза составляет 2,5–3 мг/кг в сутки в 2 приема (утром и вечером). Если после 4 нед. лечения улучшения не отмечается, дозу можно увеличить до 5 мг/кг в сутки при отсутствии клинически значимых отклонений лабораторных показателей.

Ацитретин — синтетический ароматический аналог ретиноевой кислоты. Используется для лечения тяжелых форм псориаза, в том числе псориазической эритродермии, локализованного или генерализованного пустулезного псориаза, а также при наличии множественных (или больших по размеру) бляшек с выраженной инфильтрацией при отсутствии эффекта от других методов лечения. Препарат рекомендуется применять 1–2 раза в сутки во время еды или с молоком. Начальная доза ацитретина составляет 0,3–0,5 мг/кг массы тела в сутки; длительность приема – 6–8 нед. Оптимальную необходимую дозу препарата подбирают с учетом достигнутого результата. Продолжительность курса лечения и доза ацитретина зависят от тяжести заболевания и переносимости препарата.

Основу лекарственной терапии псориатического артрита (ПА) составляют симптом-модифицирующие и болезнь-модифицирующие препараты. К средствам симптоматического действия в основном относятся **нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)** и **глюкокортикостероиды (ГКС)**. Системная и локальная терапия ГКС довольно широко применяется при этом заболевании. Прямым показанием к системному применению этих препаратов является, прежде всего, злокачественная форма ПА, при которой ответ на такую терапию во многом определяет дальнейший исход заболевания. Доза преднизолона при этом должна быть не менее 30-40 мг/сут. ГКС обрывают гектическую лихорадку, существенно снижают активность воспалительного процесса в опорно-двигательном аппарате. При ПА широко проводится и локальная терапия ГКС. Показанием к внутрисуставному введению кеналога или дипроспана является упорный синовит в ограниченном числе пораженных суставов с высокой местной активностью.

Источник: "Ремедиум Приволжье" № 1, 2010 год