

А.В. Веретельник, канд. мед. наук, доцент,
Н.Ю. Резниченко, д-р мед. наук, доцент
КУ «Запорожский областной кожно-венерологический
клинический диспансер» ЗОС



Д-р мед. наук, доцент
Н.Ю. Резниченко

Современные подходы к лечению различных форм псориаза (обзор литературных данных)

Псориаз (чешуйчатый лишай) — один из наиболее распространенных хронических дерматозов, который представляет собой актуальную медико-социальную проблему, приводящую к значительному снижению качества жизни, трудоспособности и инвалидизации больных, создающую сложности в создании семьи и ухудшающую отношения в семье. Псориаз — хроническая болезнь с частыми рецидивами, которая поражает кожу, опорно-двигательный аппарат, внутренние органы. Его распространенность достаточно высока и составляет, по данным различных авторов, от 0,1–3 до 2–10% в общей популяции (В.И. Степаненко, 2012; Р.Л. Степаненко, 2013; О.В. Буянова, 2009). В последнее время отмечается увеличение частоты случаев тяжелых форм псориаза: псориазический артрит, псориазическая эритродермия, эксудативный и пустулезный псориаз, которые отличаются резистентностью к проводимой терапии.

В настоящее время в литературе преобладает мнение о псориазе как о системном процессе, который распространен среди различных рас во всем мире (М.О. Дудченко, 2012). Все чаще встречается термин «псориазическая болезнь», который наиболее точно отображает процесс, происходящий в организме больного. Так, в этот процесс вовлекается не только кожа, но присутствуют изменения во внутренних органах, обмене веществ, системные иммунные сдвиги, патология суставов (О.О. Сизон, О.Ю. Туркевич, 2009;

А.Д. Дюдюн, 2012; Ю.В. Андрашко, 2013). В своих работах авторы уделяют внимание и отводят важную роль системным повреждениям при псориазической болезни, к которым относят неспецифический реактивный гепатит, цирроз печени, полиаденит, амилоидоз внутренних органов, кожи и суставов, диффузный гломерулонефрит, поражение глаз, неспецифический уретрит, кардит и другие заболевания сердца.

Лечение псориаза должно быть комплексным, индивидуальным и решать все основные задачи, поставленные перед врачом:

- снижение частоты обострений и вовлечения новых суставов в воспалительный процесс;
- уменьшение интенсивности боли и воспалительных явлений;
- улучшение качества жизни;
- предотвращение инвалидизации больного;
- замедление прогрессирования патологического процесса.

Для подбора наиболее эффективной и адекватной терапии больным псориазом нужно учитывать множество факторов, которые условно можно подразделить на две основные группы — объективные и субъективные. **К объективным факторам**, которые следует учитывать при выборе методов лечения, необходимо отнести следующие:

- клинические формы псориаза;
- степень активности (стадия заболевания);

- распространенность поражения;
- соматический статус пациента.

К **субъективным факторам** относят: возраст, пол, род занятий, особенности психики, интеллект, мотивацию, семейное и социальное положение пациента. Эффективность терапии, безусловно, будет зависеть от осведомленности больного о природе псориаза, устранения основных возможных провоцирующих факторов.

Самой большой терапевтической проблемой являются тяжелые атипичные формы псориаза – артропатический псориаз, псориазическая эритродермия и пустулезный псориаз (рис. 1). Для правильного выбора метода лечения псориаза необходимо использовать символическую терапевтическую «лестницу», в основе которой находятся смягчающие средства для наружного применения (Е.В. Соколовский, 1999). Чем выше вверх, тем сложнее и ответственнее терапия и тем выше риск побочных действий. Чем тяжелее формы псориаза, тем выше следует подниматься для выбора метода лечения (см. таблицу).



Рис. 1. Пациентка С., 53 года. Пустулезный псориаз (здесь и далее – фото предоставлены автором)

Терапевтическая «лестница» для лечения псориаза (Е.В. Соколовский, 1999)

Системная медикаментозная супрессивная терапия	ГКС Циклоспорин А Метотрексат Ретиноиды Витамин D ₃
Фотохимиотерапия	Ре-ПУВА-терапия (ретиноиды + ПУВА) ПУВА-терапия (системная и местная)
Фототерапия	Комбинированная терапия с УФ-Б-излучением (режим Гокермана, Инграма) УФ-Б излучение (селективная фототерапия)
Системная медикаментозная несупрессивная терапия	Корректирующая наружная микроциркуляция
Наружная терапия Гидроксиантроны (антралин, дитранол, цигнолин и др.) Разрешающие средства (деготь, нафталан и др.) Средства с синтетическими аналогами витамина D ₃ (кальципотриол, такальцитол) Синтетические ретиноиды для наружного применения (газаротен) ГКС-составы для наружного применения: моно-ГКС-составы; составы, сочетающие ГКС и кератопластические средства, антибиотики, деготь и др. Средства, содержащие активированный цинк-пиритионат Смягчающие средства	

Лечение хронического бляшечного псориаза (типичной формы; рис. 2) включает:

- лечебный режим;
- эмоленты;
- базисное лечение.

При легком течении применяется топическая терапия (глюкокортикостероиды (ГКС), ингибиторы кальциневрина, витамин D₃ и его аналоги, препараты дегтя, фиксированные комбинации и другие средства).

Среднетяжелое течение требует применения следующих методов:

- топические средства;
- дополнительное санаторно-курортное лечение;
- дополнительная психотерапия;
- социальная терапия и реабилитация.

При тяжелом течении применяется:

- системная терапия:
 - биологическая терапия (адалимумаб, инфликсимаб, устекинумаб);
 - метотрексат;
 - циклоспорин;
 - ретиноиды;
 - фототерапия;
- топическая терапия.

Лечение псориаза начинается с соблюдения режима дня, диеты, ухода за кожей, использования эмолентов, средств ухода за волосами и кожей волосистой части головы (рис. 3). Диетотерапия включает стол № 15, но по показаниям может быть использован стол № 5, № 6 (Л.М. Ковалева, 2010).

Основными средствами ухода за кожей больных псориазом являются эмоленты, они способствуют восстановлению и защите базального слоя эпидермиса, поддерживают гидролипидный баланс, предупреждают трансэпидермальную потерю воды. В состав эмолентов могут входить репаратанты, кератолитические и противозудные компоненты. Средства



Рис. 2. Пациент Н., 77 лет. Бляшечная форма псориаза



Рис. 3. Пациентка К., 35 лет. Псориаз волосистой части головы

по уходу за волосами и волосистой частью головы включают: шампуни, аэрозоли, водорастворимые лосьоны, пены, гели, содержащие смягчающие и кондиционирующие компоненты, салициловую кислоту, деготь, молочную кислоту, мочевины, пиритион цинк, многоатомные спирты и другие противовоспалительные и антисептические средства.

Топическая терапия в лечении больных псориазом включает в себя (Л.Д. Калюжна, О.І. Літус, О.О. Ошивалова та співавт., 2013):

- топические средства с кератолитическим и кератопластическим эффектом;
- препараты, содержащие мочевины, салициловую кислоту (концентрация от 3 до 10%);
- топические ГКС – обладают противовоспалительным, противозудным, антиаллергическим и антипролиферативным действием;
- топические ингибиторы кальциневрина – угнетают активность кальциневриновой фосфатазы;
- витамин D₃ и его аналоги – угнетают синтез противовоспалительных цитокинов;
- топические ретиноиды (тазаротен);
- фиксированные комбинации топических средств (производные витамина D₃ и топические ГКС, топические ГКС и кератолитики – салициловая кислота или мочевины);
- камменноугольный деготь – обеспечивает противовоспалительное и антисептическое действие, устраняет зуд;
- гидроксикортикостероиды (дитранол, антралин) – обладают противовоспалительным, антипролиферативным, антиоксидантным действием.

Системная терапия включает в себя (Л.Д. Калюжна, О.І. Літус, О.О. Ошивалова та співавт., 2013):

- метотрексат – является антагонистом фолиевой кислоты, осуществляет конкурентное ингибирование фолат-редуктазы. Обладает антипролиферативным, иммуномодулирующим действием. Назначается при тяжелых формах псориаза – артропатическом и бляшечном;
- циклоспорин – сильнодействующий иммунодепрессант, блокирует ряд цитокинов (назначается для лечения пациентов с артропатическим псориазом, бляшечным псориазом и другими резистентными формами псориаза);
- этанерцепт – является антагонистом ФНО- α , связывает свободный ФНО и блокирует

действие. Рекомендован в лечении псориаза и псориатического артрита;

- инфликсимаб – селективный иммуносупрессант, представляет собой гибридные мышино-человеческие моноклональные антитела, связывает растворимые формы ФНО. Рекомендован в лечении среднетяжелых и тяжелых форм бляшечного и артропатического псориаза;
- адалимумаб – селективный иммуносупрессант, рекомбинантное человеческое моноклональное антитело, нейтрализует биологические эффекты ФНО. Используют в лечении среднетяжелого и тяжелого бляшечного псориаза, артропатического псориаза;
- нестероидные противовоспалительные препараты – уменьшают воспаление путем неспецифического угнетения энзимов ЦОГ-1 и ЦОГ-2;
- лефлуномид – иммуносупрессивный препарат, угнетающий дигидроорататдегидрогеназу;
- системные ГКС – не рекомендуются для широкого использования при вульгарном и артропатическом псориазе. Их используют обычно непродолжительным курсом, для устранения острого состояния при псориатической эритродермии, распространенном экссудативном или пустулезном псориазе;
- ретиноиды – регулируют процессы регенерации, дифференцировки и ороговения клеток кожи, обладают противовоспалительным, иммуномодулирующим действием.

В лечении псориаза традиционно используют седативные средства и транквилизаторы. Их применяют у больных при наличии невротических реакций в прогрессирующей стадии псориаза. Рекомендованы бромиды, феназепам, сибазон, фенобарбитал, настойка валерианы, пустырника, адаптол, седасен. К средствам седативной терапии относят также магния сульфат, обладающий гипотензивным, желчегонным, тонизирующим действием. Магния сульфат является природным антистрессовым фактором и необходим для нормального обмена нейромедиаторов – дофамина, серотонина, норадреналина, гамма-аминомасляной кислоты (Г.М. Беляев, 2010).

В прогрессирующей стадии псориаза часто используют 30% раствор тиосульфата натрия, реосорбилакт, реамбирин, препараты кальция. Натрия тиосульфат оказывает противовоспалительный, детоксицирующий, десенсибилизирующий эффект. Препарат используют для внутривенного введения по 10 мл, на курс – 10–15 инъекций. В прогрессирующей стадии также назначают антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, диазолин, тавегил, фенкарол).

В лечении псориаза традиционно применяют витаминотерапию, которая показана в стационарной и регрессирующей стадиях псориаза. Используют витамины группы В (В₁, В₂, РР, В₅, В₆, В₉, В₁₂), витамины А, Е, С (Г.И. Мавров, 2009).

Витамин В₁ (тиамин) необходим для нормального функционирования сердечной мышцы, нервной системы, скелетных мышц, органов желудочно-кишечного тракта. Он является коферментом в строительстве важных для организма человека ферментов, катализирующих основные этапы обмена веществ, в частности углеводного обмена, что

является важным в процессах энергетического обмена (В. Г. Ребров, О. Л. Громова, 2008). Кроме того, тиамин обладает десенсибилизирующим и детоксикационным свойством, уменьшает ощущение зуда и боли.

Витамин В₂ (рибофлавин) необходим для поддержания нормальных свойств кожи и слизистых оболочек ротовой полости и гениталий, обеспечивает нормальное функционирование кроветворных органов. Участвует в синтезе АТФ, которая в последующем служит энергетическим фактором в реализации различных физиологических функций.

Витамин РР (ниацин, никотиновая кислота) вместе с тиамином и рибофлавином принимает участие в процессах биологического окисления и энергетического обмена; участвует в поддержании нормальных свойств кожи, функционирования нервной и пищеварительной систем, а также обладает седативным эффектом, детоксикационными и противовоспалительными свойствами.

Витамин В₅ (пантотеновая кислота) выступает в качестве кофермента в метаболических процессах. Пантотеновая кислота входит в состав кофермента А. Кроме того, витамин В₅ входит в состав кофермента ацилпереносного белка синтетазы жирных кислот. Производным витамина В₅ является декспантенол (пантенол). В организме человека пантенол легко превращается в пантотеновую кислоту, поэтому их активность аналогичная (С. Н. Дорогозов и соавт., 2005). Пантенол имеет выраженный противовоспалительный, иммуномодулирующий эффект, нейротропные свойства, нормализует липидный обмен (стимулирует ферментные системы, расщепляющие липиды в крови), уменьшает зуд, ускоряет заживление ран, эрозий, язв. Нормализует функционирование коры надпочечников и стимулирует синтез кортизола, являясь альтернативой нестероидным противовоспалительным средствам. Гиполипидные и липотропные свойства используют при наличии метаболического синдрома (в том числе и ожирения, сопутствующего псориазу).

Витамин В₆ (пиридоксин) имеет широкий спектр биологического действия. Коферментные формы витамина В₆ принимают участие в регуляции биосинтеза гормонов щитовидной железы, гема и биогенных аминов.

Витамин В₁₂ (кобаламин) необходим для нормального кроветворения и функционирования нервной системы. Он принимает участие в строительстве ферментов нуклеиновых кислот, обмене жирных кислот и незаменимой аминокислоты метионина, обладает противозудным свойством, повышает сопротивляемость организма инфекционным агентам. Участвует в синтезе витамина А и отложении его в коже.

Витамин В₉ (фолиевая кислота) необходим для нормального кроветворения и строительства ферментов, которые катализируют синтез нуклеиновых кислот и участвуют в превращении метионина. Особое значение фолиевой кислоты проявляется в синтезе белка и нуклеиновых кислот (А. G. Ma et al., 2008).

Витамин Н (биотин) обладает способностью стимулировать рост дрожжей и бактерий. Он жизненно необходим для нормального роста и развития клеток, играет важную роль во всех видах обмена

веществ – углеводном, белковом, жировом. Биотин обладает инсулиноподобным действием, принимает участие в процессах глюкогенеза, что способствует стабилизации уровня сахара в крови. Способствует снижению содержания общего холестерина и бета-липопротеидов, уровня пировиноградной кислоты, предупреждает ацидоз. Нормализует состояние нервной системы, улучшает трофику тканей, стимулирует репаративные процессы, предупреждает старение. Устраняет мелкие морщины, сухость, шелушение кожи, предупреждает поседение, выпадение, ломкость волос, устраняет ломкость ногтей, ускоряет рост волос и ногтей.

Витамин С (аскорбиновая кислота) участвует в регулировании окислительно-восстановительных процессов, углеводном обмене, свертывании крови, регенерации тканей, образовании активных форм витамина D и стероидных гормонов, обмене холестерина, поддержании функции нервной системы. Участвует в синтезе коллагена, улучшает усвоение железа и принимает участие в метаболизме витаминов (токоферола, рибофлавина, никотиновой и фолиевой кислот), обмене холестерина и синтезе в коре надпочечников (О. М. Лукьянова, 2003). Также обладает детоксикационными, гипосенсибилизирующими и противовоспалительными свойствами. Стимулирует фагоцитоз, образование антител, таким образом повышая сопротивляемость организма инфекциям.

Витамин А (ретинол) является активным антиоксидантом, который в синергизме с витамином Е обеспечивает функциональную стабильность клеточных мембран и блокаду процессов перекисного окисления мембранных липидов. Обеспечивает функциональную целостность эпителиальных клеток, таким образом влияя на барьерную функцию кожи и слизистых оболочек.

Комбинация витаминов А, С и цинка стимулирует синтез антител, увеличивает активность Т-киллеров, сокращает продолжительность воспалительного процесса (В. Г. Ребров, О. А. Громова, 2008).

Витамин А принимает участие в синтезе ГКС и половых гормонов, играет важную роль в регенерации, устранении сухости и шелушения кожи.

Витамин Е является универсальным протектором клеточных мембран от окислительного повреждения. Токоферол является не только антиоксидантом, но и антигипоксантом, что выражается не только в стабилизации митохондриальных мембран, но и стабилизации потребления кислорода клетками.

Широкое распространение в лечении псориаза получили препараты гепатопротекторного действия. К ним относятся лекарственные средства, которые повышают функциональную способность клеток печени, увеличивают дезинтоксикационную способность и способствуют выведению биологически активных продуктов метаболизма, сохранению и восстановлению структуры и функции гепатобилиарной системы (А. Д. Дюдун и соавт., 2012). В лечении псориаза используют такие гепатопротекторы, как карсил форте, силимарин, метионин, гепавал, эссенциале, гепабене, глутоксим, глутаргин, антраль, а при наличии сопутствующей патологии желчевыводящих

путей (дискинезий, холециститов) рекомендованы хофитол, лив-52, сирепар, бетаин (И.И. Мавров, 2009; А.Д. Дюдюн и соавт., 2012; О.О. Ошивалова, 2012).

Тяжелое течение (распространенный псориаз в прогрессирующей стадии, эритродермия, экссудативная форма, пустулезный псориаз Цумбуша, ладонно-подошвенный псориаз) требует следующего терапевтического плана:

- диета № 15;
- седативные средства (настойки пустырника, валерианы, раствор натрия бромид);
- антистрессорные адаптогены (глицисед и др.);
- транквилизаторы и ноотропные препараты (адаптол);
- дезинтоксикационные средства (реамбирин);
- антигистаминные средства (АГП; гистафен, фенкарол);
- гипосенсибилизирующие средства (кальция глюконат, магния сульфат);
- при выраженном зуде с нарушением сна – антигистаминные препараты с седативным эффектом;
- препараты, улучшающие микроциркуляцию и гемодинамику (никотиновая кислота, ксантинола никотинат);
- витамины (А, Е, С, группы В);
- иммуносупрессанты (циклоспорин);
- цитостатики (нежелательно назначать до 16 лет);
- в особо тяжелых случаях – селективные иммуносупрессорные препараты, являющиеся рекомбинантными моноклональными антителами;
- физиотерапевтическое лечение (фотохимиотерапия (ПУВА-терапия), реПУВА-терапия (ПУВА-терапия), УФО, электросон, фонофорез с ГКС-мазями сильной потенции в комбинации с кератолитическими компонентами).

Учитывая нейрогенную теорию возникновения псориаза и его частые обострения после нервных стрессов, появляется насущная необходимость в использовании успокаивающих средств. Чрезвычайно важное значение в лечении псориаза имеет применение транквилизаторов и ноотропных препаратов. Их назначение зачастую ограничивается побочными действиями в виде снотворного эффекта. Однако в настоящее время в арсенале дерматовенеролога и терапевта имеются современные транквилизаторы с отличной переносимостью, не обладающие неблагоприятными побочными действиями. Таким уникальным средством, сочетающим в себе транквилизирующий и ноотропный эффект, является Адаптол.

Адаптол обладает умеренной транквилизирующей (анксиолитической) активностью, устраняет или ослабляет чувство беспокойства, тревоги, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражение. Препарат не обладает снотворным эффектом, однако улучшает сон при его нарушении. Успокаивающий эффект препарата не сопровождается нарушением координации движений и миорелаксацией. Адаптол не снижает умственную и двигательную активность, поэтому его можно применять в течение рабочего дня или учебы; не вызывает чувства приподнятого настроения, ощущения эйфории. Таким образом, Адаптол является дневным транквилизатором. Такие

свойства делают препарат наиболее оптимальным успокаивающим средством для применения в дерматологии не только для лечения псориаза, но и других дерматозов (атопический дерматит, экзема, красный плоский лишай, себорейный дерматит и т. д.).

Более того, Адаптол оказывает ноотропное действие, улучшает когнитивные функции, повышает внимание и умственную работоспособность, не стимулируя симптоматику продуктивных психопатологических расстройств (патологическую эмоциональную активность). Благодаря таким уникальным свойствам Адаптол является наиболее эффективным и в то же время безопасным ноотропным средством для лечения хронических дерматологических заболеваний (в том числе оказывая незаменимое терапевтическое действие при хронической холинергической и психогенной крапивнице).

К преимуществам применения Адаптола в дерматологической практике относится его дополнительное антиоксидантное и мембраностабилизирующее действие, что чрезвычайно важно в лечении не только псориаза, но и целого ряда острых и хронических аллергодерматозов.

Действующее вещество препарата Адаптол – мексикар – по химической структуре является близким к естественным метаболитам организма: его молекула состоит из двух метилированных фрагментов мочевины, входящих в состав бициклической структуры, поэтому препарат хорошо переносится, не токсичен, крайне редко вызывает побочные действия. При псориазе у взрослых применяется перорально в дозе 300–500 мг 2–3 раза в сутки. Детям в возрасте от 10 лет Адаптол назначают в дозе 300 мг 1–2 раза в сутки. Длительность курса лечения – от 10 дней до 2–3 мес.

Лечение псориаза включает в себя применение АГП, наиболее эффективными из которых являются хинуклидины: сехифенадин (препарат Гистафен) и хифенадин (препарат Фенкарол). Хинуклидиновые производные (Фенкарол, Гистафен) – это единственная группа препаратов с доказанной способностью активизировать диаминооксидазу, которая расщепляет до 30% эндогенного гистамина, приводя к уменьшению его содержания в тканях. Благодаря этому препараты оказывают дополнительную противоаллергическую активность и эффективны у больных, устойчивых к другим АГП. Фенкарол и Гистафен блокируют не только гистаминовые (H1), но и серотониновые рецепторы (5-HT1), что в комбинации с активацией диаминооксидазы обеспечивает десенсибилизирующий, противовоспалительный, противозудный и антиэкссудативный эффекты. Гистафен влияет на иммунологическую реактивность организма, уменьшая количество антителообразующих и розеткообразующих клеток в селезенке, костном мозге, лимфатических узлах, а также снижает повышенную концентрацию иммуноглобулинов классов А и G.

К преимуществам Гистафена и Фенкарола относится их низкая липофильность, благодаря чему они плохо проникают через гематоэнцефалический барьер и не оказывают существенного снотворного и угнетающего действия на центральную нервную систему. Кроме того, препараты не обладают

М-холинолитическим действием, соответственно, не вызывают сухости слизистых оболочек полости рта, носа, горла, бронхов, расстройств мочеиспускания и гипотензии. Даже при длительном применении хинуклидины не вызывают развития тахифилаксии. Фенкарол и Гистафен не оказывают влияния на биохимические показатели крови и мочи (в том числе на концентрацию глюкозы и холестерина в крови), на уровень артериального давления, показатели ЭКГ, не увеличивают латентный период условного рефлекса и не влияют на показатели ЭЭГ.

Фенкарол может применяться как у взрослых, так и у детей с 3-летнего возраста и помимо псориаза с успехом оказывает свое действие в случаях аллергических заболеваний различной этиологии и интенсивности. Гистафен обладает максимально выраженным противозудным эффектом, который заметен не только при псориазе и алергодерматозах, но и в случаях хронической крапивницы и сенильного зуда.

Наружное лечение подразумевает рассасывающую терапию: мази с нафталаном 5–10% или дегтем 5–10%, при тяжелом течении – медицинский солидол, линимент нафталановой нефти или кальципотриол под окклюзионную повязку. При резистентных формах и застарелых псориатических бляшках используют топические ГКС с салициловой кислотой под окклюзионную повязку. Для лечения высыпаний в области волосистой части головы используют кремы и лосьоны с ГКС и кератолитическими средствами. Для мытья головы используют шампунь с дегтем, пиритионатом цинка. Продолжительность лечения составляет от 30 до 45 дней при тяжелом течении, а при среднем и легком – от 20 до 30 дней.

Лечение одной из наиболее тяжелых форм псориаза – **псориатического артрита** – представляет собой определенные трудности. Рентгенологические изменения, которые наблюдаются у этой категории больных (О.О. Сизон, 2012): деструктивные изменения концевых фаланг, иногда до полного разрушения; околоуставный остеопороз; сужение межсуставных щелей; остеофиты; кистозные просветления костной ткани; эрозии костей (рис. 4).

Лечебная программа включает в себя:

- нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, пироксикам, диклофенак);
- цитостатики (от 16 лет);
- иммуносупрессанты (циклоsporин);
- в особо тяжелых случаях – селективные иммуносупрессорные препараты, которые являются рекомбинантными моноклональными антителами (инфликсимаб, эфализумаб); они не назначаются вместе с циклоsporином и метотрексатом;
- ГКС (преднизолон, дексаметазон, бетаметазон);
- препараты, улучшающие метаболизм костной ткани (кальцитонин, витамин D3, его активные метаболиты – кальцитриол, альфа-кальцидол). Лечение следует проводить под рентгенологическим контролем с определением содержания кальция и фосфора в крови и моче;
- корректоры метаболизма хрящевой ткани (алфлутоп, мукосат, румалон, глюкозаминогликаны, хондроитинсульфат).

Наружное лечение подразумевает применение следующих средств:

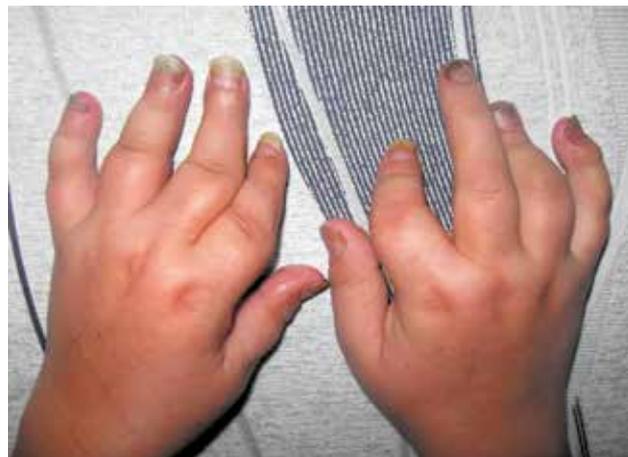


Рис. 4. Пациентка Л., 34 года.
Артропатический псориаз, псориаз ногтей

- нестероидные противовоспалительные препараты, содержащие диклофенак, индометацин, ибупрофен;
- хондропротекторы для наружного применения: мази и кремы, содержащие хондроитинсульфат и глюкозаминогликаны.

Физиотерапия:

- низкочастотное лазерное облучение;
- фонофорез с гидрокортизоном и средствами наружного использования, которые содержат хондроитинсульфат и глюкозаминогликаны;
- аппликация озокерита;
- диадинамические токи;
- электрофорез с литием и новокаином;
- УФО;
- ПУВА-терапия.

Продолжительность лечения артропатического псориаза составляет от 30 до 45 дней.

Благоприятную роль в лечении псориаза играет санаторно-курортное лечение, которое проводится в Строгановке, Одессе, Хмельнике. Основными методами курортотерапии в комплексном лечении являются гемо-аэро-талассотерапия, солнечные ванны, купание в море (Л.М. Ковалева, 2010). Во время проведения санаторно-курортного лечения используются (Л.М. Ковалева, 2010):

- двигательный режим (лечебная физкультура, утренняя гимнастика, дозированная ходьба);
- минеральные воды малой и средней минерализации;

- пелоидо- или теплотерапия (аппликации, окутывание лечебными грязями, нафталаном, озокеритом, парафином);
- бальнеотерапия (сероводородные, хлоридо-натриевые, газо-грязевые, углекисло-серные, водяные, йодо-бромистые, щелочные, крохмальные, хвойные, скипидарные ванны);
- аппаратная физиотерапия;
- рефлексотерапия;
- психотерапия;
- фитотерапия.

Продолжительность санаторно-курортного лечения составляет 18–21–24 дня. Противопоказанием является прогрессирующая стадия псориаза.

Дополнительными методами лечения больных псориазом является психотерапия и социальная адаптация, фитотерапия.

Список литературы

1. Беляев Г. М. Современное представление о патогенезе псориазической артропатии и лечении этих больных / Г. М. Беляев // Дерматология та венерология. – 2012. – № 2 (56). – С. 7–26.
2. Болотня Л. А. Корекція метаболічних порушень у хворих на псориаз / Л. А. Болотня, О. І. Саріан // Журн. дерматовенерології та косметології ім. М. О. Торсуєва. – 2014. – № 1/2. – С. 131.
3. Болотня Л. А. Использование дерматокосметических средств «Dusgrey» в лечении псориаза волосистой части головы / Л. А. Болотня // Дерматология та венерология. – 2013. – № 4. – С. 62–68.
4. Глухенький Б. Т., Глухенькая А. Б., Голяс Ж. С. и др. «Форкал мазь» – новый препарат для наружного лечения псориаза // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. – № 2. – С. 28–30.
5. Дудченко М. О. Особливості змін шкіри в осіб, які зловживають сонячним та штучним опроміненням / М. О. Дудченко, К. В. Васильєва // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2013. – № 1–4. – С. 241–243.
6. Дюдюк А. Д. Интегральная роль урогенитальных инфекций у розвитку артропатичного псориазу / А. Д. Дюдюк, Н. М. Колева, Л. Х. Алі // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2014. – № 1 (52). – С. 27–34.

7. Дюдюк А. Д., Федотов В. П., Полион Н. Н. Комплексное лечение больных псориазом с применением препарата Карсил Форте // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2009. – № 1–2 (12). – С. 245–250.
8. Калюжна Л. Д. Гепатопротектори в комплексній терапії при хронічних дерматозах / Л. Д. Калюжна // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2011. – № 2 (41). – С. 65–67.
9. Калюжна Л. Д., Літус О. І., Ошвалова О. О. та ін. Особливості клінічного перебігу та удосконалення діагностики і лікування псориазу: методичні рекомендації. – К.: Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2013. – 64 с.
10. Кутасевич Я. Ф., Маштакова І. О. Оптимізація зовнішньої терапії псориазу з урахуванням клінічної стадії та ступеня тяжкості (методичні рекомендації). – К., 2010. – 20 с.
11. Кутасевич Я. Ф., Маштакова І. А. Рациональный выбор топического стероида // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – № 1 (44). – С. 55–58.
12. Мавров Г. И. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных обычным псориазом / Г. И. Мавров, Е. И. Саріан // Дерматология та венерология. – 2012. – № 3. – С. 58–64.
13. Мавров И. И. Этюды к диагностике и лечению в дерматологии и венерологии / И. И. Мавров, В. А. Савоськина, Г. А. Дунаева – К.: Доктор-Медиа, 2009. – 432 с.
14. Наказ МОЗ України від 08.05.2009 р. № 312 «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України» (додаток: протоколи надання медичної допомоги).
15. Олійник І. О. Значення алгоритму обстеження на шляху до ранньої діагностики псориазичного артриту / І. О. Олійник // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2008. – № 1–2 (11). – С. 88–92.
16. Резніченко Н. Ю. Діагностика, лікування та профілактика псориазичної хвороби у чоловіків у віковому аспекті / Н. Ю. Резніченко. – Запоріжжя: Просвіта, 2014. – 308 с.
17. Резніченко Н. Ю. Значення вітамінопрофілактики для попередження виникнення дерматологічної патології та збереження здоров'я населення / Н. Ю. Резніченко // Журн. дерматовенерології та косметології ім. М. О. Торсуєва. – 2013. – № 1–2. – С. 75–80.
18. Резніченко Н. Ю. Корекція порушень мікроциркуляції шкіри у чоловіків зрілого віку із псориазом / Н. Ю. Резніченко // Кровообіг та гемостаз. – 2013. – № 3–4. – С. 74–77.
19. Резніченко Н. Ю. Зміни метаболізму у чоловіків зрілого віку, хворих на псориаз / Н. Ю. Резніченко // Журн. клінічних та експерим. мед. досліджень. – 2013. – № 3. – С. 322–327.
20. Резніченко Н. Ю. Досвід лікування хворих на псориаз із використанням аутогенних тренінгів як ефективного методу психокорекції / Н. Ю. Резніченко // Медична психологія. – 2014. – Т. 9, № 1 (33). – С. 99–102.
21. Сизон О. О. Дискусійні питання артропатичного псориазу як суглобового синдрому псориазичної хвороби / О. О. Сизон, В. І. Степаненко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2012. – № 1 (44). – С. 25–35.
22. Сизон О. О. Роль стрес-системи у розвитку артропатичного псориазу / О. О. Сизон, В. І. Степаненко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2013. – № 1 (48). – С. 33–43.
23. Степаненко В. І., Ішейкін К. Є., Рижко П. П., Кайдашев І. П. Імуносупресивна терапія при atopічному дерматиті (Огляд сучасних літературних даних та обґрунтування перспективних напрямків подальших досліджень) // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – № 1. – С. 19–22.
24. Степаненко Р. Л. Патогенетична роль імунних факторів у формуванні запального процесу при псориазі // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2013. – № 4 (51). – С. 84–92.
25. Федотов В. П., Дюдюк А. Д., Шаленная Н. С. Эффективность препарата Панавир в терапии больных псориазической болезнью // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2010. – № 1–2. – С. 198–201.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ РІЗНИХ ФОРМ ПСОРИАЗУ (огляд літературних даних)

О. В. Веретельник, Н. Ю. Резніченко

Резюме

У статті наведений огляд літературних даних, що стосуються лікування різних форм псориазу. Розглянуті сучасні підходи до системної терапії псориазу, його топічного лікування, можливостей фізіотерапевтичних методик і санаторно-курортного лікування.

Ключові слова: псориаз, клінічні форми, лікування.

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF VARIOUS FORMS OF PSORIASIS (literature review)

A. V. Veretelnyk, N. Yu. Reznichenko

Abstract

The article presents an overview of the literature data on the treatment of various forms of psoriasis. Modern approaches to systemic therapy of psoriasis, its topical treatment, the possibilities of physiotherapy techniques and sanatorium-and-spa treatment are considered.

Key words: psoriasis, clinical forms, treatment.