

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Кильдебекова Эльза Ринатовна

ординатор кафедры дерматовенерологии, Башкирский Государственный Медицинский Университет, РФ, г. Уфа

Аннотация. В связи с ростом заболеваемости псориазом за последние три десятилетия, взаимосвязи данного заболевания с коморбидными состояниями, необходима выработка правильной тактики лечения данного заболевания. В статье рассматриваются методы лечения псориаза, способные улучшить качество жизни больных.

Ключевые слова: псориаз, ПУВА-терапия, СФТ, узкополосная УФБ-терапия.

Псориаз (psoriasis) – хронический рецидивирующий дерматоз, в основе которого лежит наследственная природа и характеризуется появлением на коже папулосквамозных поражений, повышенной пролиферацией кератиноцитов, иммуновоспалительными явлениями в дерме. Псориаз является одним из самых распространенных заболеваний, чаще всего регистрируется в странах с влажным и прохладным климатом. В общей статистике кожных заболеваний на долю псориаза приходится 15%; в России на 2021 год распространенность составила 243,7 случаев на 100000 населения, заболеваемость 59,3 на 100000. Распространенность заболевания среди мужчин чаще в 1,5 раза.

Псориаз – мультифакториальное заболевание, имеющее генетическую предрасположенность. Псориаз 1 типа связан с системой HLA-антигенов. Если болен один из родителей, риск развития патологии составляет 8% у ребенка, при наличии болезни и у отца и у матери – 41%. За развитие заболевания отвечают HLA-B13, HLA-B17, HLA-Bw57, HLA-Cw6. Пик заболевания приходится на ранний возраст и характеризуется тяжелым течением с частыми рецидивами. Псориаз 2 типа манифестирует во взрослом возрасте, протекает легче, течение болезни доброкачественное, встречается одинаково у мужчин и женщин. Заболевание не ассоциировано с системой HLA-антигенов,

Факторы, способствующие развитию псориаза: внешние (механические и химические повреждения кожи, климатические факторы, дерматозы) и внутренние: стрептококковые инфекции, прием лекарственных препаратов (бета-блокаторы, НПВП, ИФН), алкоголя. Огромное значение для развития псориаза имеет психоэмоциональные стрессы.

Следует отметить огромную корреляцию псориаза и метаболического синдрома (инсулинорезистентность, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия). Это связано с тем, что при псориазе в организме в повышенном количестве образуются провоспалительные маркеры в каскаде воспалительных реакций, которые способствуют развитию метаболического синдрома. За развитие как псориаза, так и метаболического синдрома отвечают одни и те же генетические локусы (PSORS2-4, CDKAL1 и ApoE4). В основе обоих заболеваний лежит хроническое воспаление. Псориаз на фоне метаболического синдрома протекает более тяжело и носит экссудативный характер.

Патогенез псориаза следующий: происходит презентация антигена дендритными клетками, стимуляция Т-клеток с последующей выработкой ими ИЛ-12 и ИЛ-23. Т-лимфоциты

дифференцируются на Th-1 и Th-17, которые отвечают за экспрессию генов, принимающих участие в синтезе и последующем выбросе интерлейкинов (ИЛ-2, ФНО-α, ИЛ-21, ИЛ-22, ИЛ-17α). ИЛ-17α индуцируют активацию и гиперпролиферацию кератиноцитов. При псориазе сокращается срок жизни кератиноцитов до нескольких дней (в норме он составляет 28-30 дней), в результате чего клетки не успевают полностью созреть и отшелушиться. Таким образом формируются характерные бляшки, для которых характерна триада симптомов: феномен «стеаринового пятна», феномен «терминальной пленки», феномен «кровавой росы».

Для течения псориаза характерны 3 стадии:

1. Прогрессирующая – активное появление новых элементов в виде папул неоднородного цвета (центр окрашен в ярко-красный цвет и гиперемическая кайма по периферии – зона роста); появление новых элементов в ответ на механическое повреждение (так называемая положительная реакция Кебнера).
2. Стационарная стадия – останавливается рост папул, высыпания приобретают синюшный цвет, отрицательная реакция Кебнера, шелушение занимает всю поверхность.
3. Регрессирующая стадия – постепенное разрешение элементов от центра к периферии, кожа становится нормального цвета, формируется псевдоатрофический венчик Воронова.

Клиника псориаза весьма разнообразна и включает несколько форм: обыкновенный (вульгарный, бляшечный), пустулезный, каплевидный, себорейный, экссудативный, генерализованный псориаз Цумбуш, пустулезный псориаз ладоней и подошв Барбера, акродерматит стойкий гнойный, псориатическая эритродермия, инверсный псориаз, псориатический артрит.

Наличие многообразных клинических форм требует дифференциальной диагностики заболеваний. Лечение должно быть комплексным и включать общую и местную терапию, а также применение физиотерапевтических методов. В первую очередь пациент должен пересмотреть образ жизни, стиль питания (отказаться от жирной и острой пищи, алкоголя, отказаться от легкоусвояемых углеводов), уход за кожей должен быть щадящим, отказаться от использования жестких мочалок, растираний полотенцем. Препараты, применяемые для системной терапии: цитостатики, ретиноиды, циклоспорин А. Для лечения тяжелой формы псориаза применяют моноклональные антитела, блокирующие каскад воспалительных реакций (адалимумаб, инфликсимаб, устекинумаб и др.).

В протоколе наружного лечения псориаза применяют препараты, способствующие размягчению гипертрофированного рогового слоя эпидермиса (кератолитики), и противовоспалительные препараты. Эти препараты используют в прогрессирующую стадию заболевания. Во второй стадии болезни - препараты с дегтем, серой, ихтиолом, нафталином. Использование местных глюкокортикостероидов и кальципотриола оправдано на всех этапах заболевания.

На сегодняшний день помимо медикаментозного лечения с успехом применяют физиотерапевтическое лечение. Замечено, что солнечный свет улучшает состояние больных. Светотерапия на основе солнечного спектра А и В применяются широко в дерматологии, но особенно эффективна при псориазе.

ПУВА терапия – один из методов физиотерапевтического лечения, который основан на использовании длинноволнового излучения и фотосенсибилизатора. В качестве фотосенсибилизатора применяется оксорален ультра, аммифуриин. Курс состоит из 15-25 процедур. Пациент принимает препарат внутрь, после чего помещается в специальную установку, генерирующей УФ- излучение с длиной волны 400 нм и плотностью до 13 мВт/см². Метод основан на активации фотосенсибилизатора под действием УФ-излучения, который оказывает тормозящее действие на ДНК клеток. Свободные радикалы, которые образовались в результате действия ультрафиолетового излучения на нуклеиновые кислоты, вступают в связь с фотосенсибилизатором, что приводит к остановке репликации ДНК. В результате приостанавливается повышенная кератинизация. ПУВА-терапия может применяться на любой стадии псориаза. К побочным эффектам помимо гиперпигментации, фотоповреждения

кожи, повреждения хрусталика относят диспепсические явления (тошнота, рвота), понижение артериального давления.

Метод селективной фототерапии (СФТ) – еще один метод лечения псориаза. В отличие от ПУВА-терапии, при данном методе не используется фотосенсибилизатор, что является более комфортным для пациент, так как применение последнего может вызвать диспепсические расстройства (тошнота, рвота, боли в эпигастрии), а также головокружение. Курс состоит из 20-30 процедур, терапевтическая эффективность составляет до 90%.

Узковоловая УФБ-терапия с пиком эмиссии при длине волны 311 нм не только не уступает по эффективности ПУВА-терапии, но и помогает достичь более быстрой ремиссии, чем при применении СФТ.

Фототерапия УФБ-лучами узкого спектра 308 нм с помощью эксимерного лазера, как еще один метод лечения псориаза, был открыт в 1907 году. Для этого метода суммарная доза излучения для избавления от бляшек в 6 раз ниже, чем при применении селективной фототерапии, что несомненно делает метод более прогрессивным.

Недостатком всех этих методов служит гиперпигментация кожи, появление сухости, кожный зуд, фототоксичность, повреждение хрусталика в результате связывания аминокислот протеина с продуктами, образующимися под действием ультрафиолетового облучения. Пациенты регулярно должны проходить обследование у офтальмолога. Кроме того, ультрафиолетовое облучения повышает риск возникновения злокачественных новообразований.

С учетом выше сказанного, подбор терапии для больных псориазом должен проходить с учетом стадии заболевания, клинической формы, площади поражения, наличия особенных состояний (беременность, лактация), наличия аллергии, коморбидных состояний. При правильной тактике ведения больного можно значительно улучшить качество жизни пациента.

Список литературы:

1. Аликбаев Т.З., Фролова Е.В., Гулордава М.Д. и др. Современные представления о патогенезе, клинике и течении тяжелого псориаза. Проблемы медицинской микологии. 2021; 23 (4): 9-16. [Alikbaev T.Z., Frolova E.V., Gulordava M.D. Modern ideas about the pathogenesis, clinic and treatment of severe psoriasis. Problems in Medical Mycology. 2021; 23 (4): 9-16. (In Russ)]. doi: 10.24412/1999-6780-2021-4-9-16
2. Кубанов А.А., Бакулев А.Л., Карамова А.Э. и др. Клинические рекомендации: Псориаз. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2022: 7. [Kubanov A.A., Bakulev A.L., Karamova A.E., et al. Clinical recommendations: Psoriasis. All-Russian public organization "Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists". 2022: 7 (In Russ)].
3. Salomon J., Matusiak L., Nowicka-Suszk D., et al. Chitinase-3-Like Protein 1 (YKL-40) Is a New Biomarker of Inflammation in Psoriasis. Mediators Inflamm. 2017; 2017: 9538451. doi: 10.1155/2017/9538451.PMID: 28932021
4. Круглова Л.С., Бакулев А.Л., Коротаева Т.В. и др. Псориаз. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. [Kruglova L.S., Bakulev A.L., Korotaeva T.V., etc. Psoriasis. M.: GEOTAR-Media, 2022. (In Russ)]. ISBN 978-5-9704-7105-0