

Лечение псориаза: объединяя красоту и здоровье

Псориаз зачастую называют «болезнью здоровых людей», подразумевая отсутствие достоверных знаний о причинах возникновения и всех звеньях патогенеза этого заболевания. Между тем псориазическое поражение кожи значительно ухудшает качество жизни пациента, негативно влияет на психологическое и психическое состояние, провоцируя развитие тревожно-депрессивных расстройств. Доказано, что наличие псориаза увеличивает риск развития сахарного диабета в 1,5 раза, артериальной гипертензии и сердечной недостаточности – в 2 раза, тяжелой формы инфаркта миокарда – в 7 раз (Rapp, 1999). Эффективное лечение псориаза зачастую является сложной задачей для дерматологов, ревматологов и врачей общей практики.

25-26 марта в рамках I Международного конгресса Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов прозвучали доклады авторитетных мировых специалистов в области лечения псориаза, которые представили наиболее прогрессивные методы лечения различных форм псориаза.

Петр Аренбергер (Чехия) рассказал о современных возможностях ведения пациентов с псориазом.



– Псориаз – это тяжелое, значительно ухудшающее качество жизни и снижающее трудоспособность пациентов заболевание. Лечение псориаза заключается в эффективном увлажнении пораженной кожи, устранении гиперкератоза, уменьшении гиперпролиферации, облегчении зуда, предотвращении осложнений и улучшении качества жизни больных. Большинство клиницистов предпочитают последовательный подход в лечении пациентов с псориазом. На первом этапе назначают топические препараты – местные кортикостероиды, ретиноиды, салициловую кислоту, иммуномодуляторы, увлажняющие средства, аналоги витамина D₃. Целесообразно рекомендовать солнечные ванны. Такая тактика лечения подходит при легкой форме течения псориаза. На втором этапе в схему лечения включают фототерапию, на третьем – назначают препараты системной терапии. У пациентов с тяжелым и очень тяжелым течением заболевания целесообразно применять иммунобиологические методы терапии.

Следует понимать, что лечение псориаза во всех странах мира остается крайне затратным в связи с необходимостью одновременного использования нескольких методов лечения, обеспечения поддерживающей терапии вне рецидивов, а также с учетом длительности лечения (пожизненно). Так, в США стоимость лечения кортикостероидами может составлять от 500 до 2 тыс. долларов в год; фототерапии – в среднем 1850 долларов; лечения метотрексатом – 1500-2100 долларов, циклоспорином – 4800 долларов; биологической терапии – 10-15 тыс. долларов.

Метотрексат рассматривается как один из основных препаратов для лечения пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением

псориаза, а также в случаях легкого течения при отсутствии ответа на терапию топическими кортикостероидами.

Механизм действия метотрексата заключается преимущественно в воздействии на пролиферацию Т-лимфоцитов, а также в подавлении активности ИЛ-1 и продукции ИЛ-6. Преимуществом препарата являются быстрое наступление эффекта и относительно невысокая стоимость лечения. Однако следует помнить, что метотрексат имеет ряд противопоказаний, поэтому на протяжении лечения необходимо проводить ряд обязательных исследований. Иммунобиологические методы лечения разработаны с учетом патогенеза заболевания. Среди них выделяют применение ингибиторов Т-лимфоцитов, антагонистов фактора некроза опухоли α (TNFα) и ингибиторов других провоспалительных цитокинов.

Заведующий кафедрой кожных и венерических заболеваний с курсами ВИЧ-инфекций, патоморфологии и фтизиатрии Ужгородского национального университета, член Европейской академии дерматовенерологии, доктор медицинских наук, профессор Юрий Владимирович Андрашко поделился мнением о выборе метода лечения псориаза.



– К основным методам лечения псориаза относят базисный уход за кожей, применение топических кортикостероидов, кератолитиков, ингибиторов кальциневрина, аналогов витамина D₃, фототерапии, системных цитостатиков (метотрексат), иммунобиологической терапии.

Выбор метода лечения псориаза зависит от нескольких факторов. В первую очередь это тяжесть и форма течения заболевания, индекс PASI, качество жизни, возраст пациента, наличие сопутствующей патологии, риск возникновения побочных реакций, а также финансовые возможности больного. Кроме того, необходимо проводить тщательный анализ эффективности назначенной терапии и ее коррекцию при недостаточном эффекте. Следует избегать назначений с недоказанной, сомнительной эффективностью при каждой конкретной форме заболевания.

Наиболее часто используемым и эффективным методом лечения псориаза остается фототерапия, однако клиницисты часто поднимают вопрос о ее достаточности. Так, следует помнить, что если в индексе PASI превалирует гиперкератоз, это создает определенные сложности для достижения выраженных результатов при помощи фототерапии; таким пациентам нужна предварительная кератолитическая терапия для устранения корки на эпидермисе. В случае бляшечного псориаза ограниченной формы, помимо фототерапии, достаточным бывает назначения топических кортикостероидов и кератолитиков. В случае среднетяжелого и тяжелого течения заболевания дополнительно применяется метотрексат; также может подниматься вопрос о целесообразности назначения иммунобиологической терапии.

У пациентов с инверсным псориазом наиболее эффективной считается схема с использованием ингибиторов кальциневрина и фототерапии. Не следует забывать и о возможностях бальнеотерапии, правильное применение которой может способствовать достижению более длительной ремиссии у пациента и значительно потенцировать действие основной терапии.

В интервью нашему корреспонденту профессор Ю.В. Андрашко также рассказал об использовании инъекционной формы метотрексата в составе комплексной терапии псориаза.

– Метотрексат в схеме лечения псориаза используется уже почти 40 лет. Таким образом, на сегодняшний день уже накоплен достаточный практический опыт применения этого препарата в различных формах и дозировках. Стартовая терапия метотрексатом позволяет быстро улучшить течение заболевания и затем продолжить лечение с использованием фототерапии, а также поддерживающих препаратов.

По нашим наблюдениям, пациентам со среднетяжелой формой заболевания может быть достаточно 4-8 инъекций по 7,5-10 мг в нед. Следует особо подчеркнуть, что около 10% пациентов страдают тяжелой формой псориаза, и в этом случае им требуется длительная терапия метотрексатом, доза которого должна быть подобрана индивидуально. Мы отдаем предпочтение парентеральной форме метотрексата. Сегодня в Украине инъекционная форма метотрексата представлена препаратом Методжект. По сравнению с пероральным метотрексатом Методжект позволяет значительно быстрее достичь эффекта, а значит, и продолжить лечение с использованием других методов, а также улучшить качество жизни пациента и его общее самочувствие. Важно, что парентеральное введение позволяет уменьшить негативное воздействие на органы желудочно-кишечного тракта.

Следует отметить удобство применения препарата Методжект в связи с широким выбором дозировок, позволяющим проводить титрование дозы, а также отсутствием необходимости частого введения препарата.

Достаточно сложной патологией, ассоциированной с псориазическим поражением крупных и мелких суставов, является псориазический артрит (ПА). О возможностях лечения этого заболевания с помощью метотрексата в рамках ревматологического симпозиума «Обоснование и клиническое применение новых технологий в ревматологии» рассказала аспирант отдела некоронарогенных болезней сердца и клинической ревматологии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины Виктория Васильевна Качур.

– Псориазический артрит – это хроническое прогрессирующее системное заболевание, ассоциированное с псориазом, с преимущественной локализацией процесса в тканях опорно-двигательного аппарата, развитием эрозивного артрита, множественных энтезитов, остеолиза, спондилоартрита и сакроилеита.

По характеру течения различают вульгарный (ограниченный или распространенный), экссудативный и атипичный ПА; по стадии течения – прогрессирующий, стационарный и регрессирующий.

Лечение ПА сопряжено с рядом трудностей в связи с необходимостью учитывать характер и стадию лечения, а также сопутствующую патологию. В отделе некоронарогенных болезней сердца и клинической ревматологии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины нами было проведено исследование, целью которого было оценить эффективность и безопасность использования препарата Методжект у больных ПА.

В исследовании участвовали 40 пациентов с ПА – 22 (55%) женщины и 18 (45%) мужчин в возрасте от 21 до 43 лет. Средний возраст группы составлял 35,9±15,0 лет, длительность заболевания – от 2 до 15 лет (в среднем – 6,7 года). Методжект назначали по схеме: 10 мг 1 р/нед в течение 6 мес.

Оценка активности ПА включала подсчет количества болезненных и воспаленных суставов, оценку боли, активности ПА пациентом и врачом по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и шкале Likert; функциональный статус больных определяли с помощью опросника HAQ. Степень поражения кожи оценивали с помощью шкалы зуда, общей оценки активности

псориаза по 5-балльной шкале Likert и индексу PASI. По индексу PASI активность ПА определяли у больных, площадь поражения кожи которых составляла не менее 3%. Влияние поражения кожи на качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника DLQI. Также проводили лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, определение С-реактивного белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, креатинина, мочевины. Основным критерием эффективности терапии был ответ по критериям PsARC.

К концу наблюдения отмечена положительная динамика исследуемых показателей, включая общее самочувствие больных. Отмечено снижение интенсивности боли и уменьшение проявлений артрита по ВАШ на 20 и 16,2% соответственно. По шкале Likert показатели уменьшились на 40%. Согласно критериям PsARC у 62% пациентов отмечалась положительная динамика течения заболевания. Лабораторные показатели оставались в пределах физиологических норм. За период наблюдения ни один пациент не был исключен из исследования по причине развития побочных эффектов. Пациенты отметили безболезненность подкожного применения и удобство специальной конструкции шприцев для самостоятельного введения. Таким образом, лечение с использованием Методжекта характеризовалось высокой эффективностью и безопасностью у исследуемой группы пациентов с ПА независимо от стадии и тяжести течения заболевания.

Автор и руководитель представленного исследования – ведущий специалист Украинского ревматологического центра ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Галина Александровна Проценко – отметила целесообразность применения Методжекта в качестве базисной терапии ПА.



– Клинический опыт показал, что назначение Методжекта в качестве базисной терапии пациентам с ПА требует индивидуального подхода: при высокой активности заболевания рекомендуемая (оптимальная) доза препарата составляет 20-25 мг/нед, а при средней активности – 10-15 мг/нед с последующим переходом на поддерживающую дозу 7,5 мг/нед. Базисная терапия должна быть длительной и непрерывной (эффект наступает через 4-6 мес от начала лечения); продолжительность поддерживающей терапии может составлять несколько лет.

Вовремя начатое лечение в адекватных дозах позволяет не только достичь длительной ремиссии (снизить активность суставного синдрома), но и значительно уменьшить кожные проявления заболевания вплоть до полного их исчезновения. Следует отметить, что таких значимых результатов в улучшении состояния кожи пациентов с ПА удалось достичь только с применением Методжекта в отличие от других форм метотрексата. Таким образом, Методжект продемонстрировал высокую эффективность в достижении стойкой ремиссии у пациентов с ПА, включая суставные и кожные проявления заболевания.



Подготовила
Татьяна Канцидайло-Спринсян