

Ю.В. Андрашко¹, Т.И. Чечерская²

¹Ужгородский национальный университет

²Медицинский центр «Асклепий», Ужгород

Оптимальные комбинации аппаратных и медикаментозных методов лечения ладонно-подошвенных форм псориаза

В статье дается определение псориаза, описана эпидемиология, риски, связанные с наличием у пациента данного заболевания. Авторы остановились на классификации псориаза и дали характеристику наиболее распространенным формам.

Одной из распространенных форм псориаза является ладонно-подошвенный.

Целью стала разработка наиболее эффективной комбинации медикаментозных (мазь гидрокортизона 17-бутирата) и аппаратных (фототерапия пb 311 нм) методов лечения ладонно-подошвенной формы псориаза.

Наиболее эффективной методикой терапии ладонно-подошвенного псориаза, по мнению авторов, явилась 6-недельная терапия посредством ежедневного чередования наружной терапии мазью гидрокортизона 17-бутирата и фототерапии пb 311 нм.

Ключевые слова

Псориаз, фототерапия, топические стероиды, мазь гидрокортизона 17-бутирата.

Псориаз — хроническое заболевание кожи, которое также может поражать суставы, ногти. От псориаза страдает около 4 % населения земного шара. Псориаз наблюдается у людей в любом возрасте — с момента рождения и до глубокой старости, 70 % пациентов заболевают в возрасте 15–35 лет. На сегодняшний день псориаз относят к аутоиммунным болезням с генетической предрасположенностью [10].

Псориаз — системный процесс, связанный с повышенным риском развития других серьезных хронических и/или потенциально опасных для жизни состояний, таких как: сердечно-сосудистые заболевания, диабет, инсульт и онкологические заболевания [5]. Общеизвестны факторы, способствующие появлению или ухудшению течения болезни, например, алкоголь, курение, неправильное питание, стрессы, инфекции, некоторые медикаменты (литий, β-адреноблокаторы, антималярийные препараты и др.), солнечные ожоги [6]. Людей с псориазом отличает более высокий уровень депрессии и тревоги. Пациенты с тяжелой и стойкой формой псориаза умирают в среднем на четыре года раньше людей, не страдающих от этого недуга. Почти

10 % опрошенных больных псориазом хотят умереть [7]. Существует ряд вариантов классификаций псориаза. Одной из наиболее современных и оригинальных классификаций, на наш взгляд, является деление всех форм псориаза на пустулезные и непустулезные [3].

1. Непустулезный псориаз:

- обыкновенный, или вульгарный, простой псориаз (хронический стабильный псориаз, бляшечный, каплевидный псориаз);
- псориагическая эритродермия (эритродермический псориаз).

2. Пустулезный псориаз:

- генерализованный пустулезный псориаз (пустулезный псориаз фон Цумбуша);
- пальмоплантарный псориаз (хронический персистирующий пальмоплантарный пустулез, пустулезный псориаз Барбера, пустулезный псориаз конечностей);
- аннулярный пустулезный псориаз, или аннулярный пустулез;
- хронический персистирующий акродерматит (ладонно-подошвенный псориаз, псориаз ладоней и подошв);
- герпетическое псориагическое импетиго.

Ряд авторов выделяют дополнительные формы или типы псориаза [4]:

1. Лекарственно-индуцированный псориаз.
2. Псориаз сгибательных поверхностей и кожных складок, или инверсный псориаз.
3. Псориаз Напкина.
4. Себорейноподобный (себореиформный) псориаз.

Одной из довольно распространенных и трудно поддаваемых лечению форм является пальмоплантарный псориаз, встречается примерно у 25 % больных. Это заболевание часто является причиной серьезных психологических и физических проблем, поводом для значительного снижения качества жизни [9]. Ладонно-подошвенная форма как правило резистентна к традиционным методам лечения [8]. Также для нее характерны частые рецидивы, что обусловлено особенностью строения кожи ладоней и подошв, постоянным раздражением и травматизацией очагов.

Выделяют три основные клинические формы ладонно-подошвенного псориаза:

1. Типичная папулезно-бляшечная.
2. Так называемая роговая, или псориатические мозоли.
3. Везикуло-пустулезная.

Наиболее часто для лечения ладонно-подошвенного псориаза применяются топические препараты или их комбинации. На современном этапе одним из наиболее эффективных аппаратных методов лечения при этой форме заболевания является фототерапия nb UVB [1, 2].

Цель исследования — разработать наиболее эффективную комбинацию медикаментозных и аппаратных методов лечения ладонно-подошвенной формы псориаза, используя мазь гидрокортизона 17-бутирата и фототерапию nb UVB.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 20 больных ладонно-подошвенным псориазом в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 30–45 лет). Пациенты были распределены в две группы по 10 человек.

Основными показателями степени тяжести дерматоза были:

- гиперемия;
- инфильтрация;
- шелушение;
- зуд.

Результаты оценивали по шкале от 0 до 4 на 1-, 2-, 4-, 6-й неделях лечения.

В первой группе пациентов использована мазь гидрокортизона 17-бутирата в качестве монотерапии — 2 нед, после чего проводилась фототерапия nb 311 нм, 16 процедур (4 нед).



Рис. 1. Динамика уменьшения гиперемии в группах (средние значения)

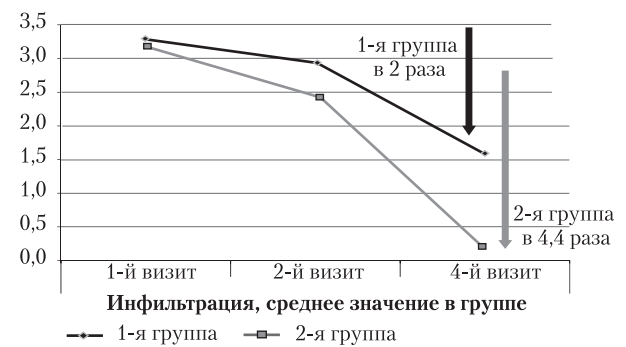


Рис. 2. Динамика уменьшения инфильтрации в группах (средние значения)

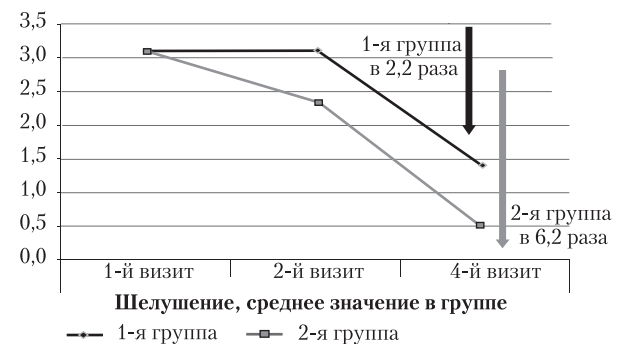


Рис. 3. Динамика уменьшения шелушения в группах (средние значения)



Рис. 4. Динамика уменьшения зуда в группах (средние значения)



Рис. 5. Пациентка второй группы (чередование мази гидрокортизона 17-бутирата и фототерапии), 1-й визит



Рис. 6. Пациентка второй группы (чередование мази гидрокортизона 17-бутирата и фототерапии), 2-й визит

Во второй группе последовательно чередовали (через день) мазь гидрокортизона 17-бутирата и фототерапию пв 311 нм, 16 процедур (6 нед).

Результаты и обсуждение

В исследовании зарегистрирован гораздо более выраженный и устойчивый результат у пациентов второй группы (рис. 1–4). При чередующейся комбинации топического стероида и фототерапии эффект наступал уже через несколько процедур (рис. 5–7) и полностью отсутствовал синдром отмены топических стероидов.

Выводы

Необходимым условием эффективного лечения пациентов с ладонно-подошвенным псориазом является комбинация оптимального топического стероида (гидрокортизона 17-бутират) и



Рис. 7. Пациентка второй группы (чередование мази гидрокортизона 17-бутирата и фототерапии), 4-й визит

фототерапии, что является более эффективным, нежели монотерапия одним из этих методов.

Список литературы

1. Андрашко Ю.В., Литвиненко Б.В. Современные подходы к этапной наружной терапии при псориазе // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2009.— № 1.— С. 16–19.
2. Андрашко Ю.В., Шаркань І.Й. Оптимізація методу вузькоспектральної УФБ-фототерапії шляхом використання відбивальної спектроскопії шкіри // Дерматол. та венерол.— 2010.— № 3.— С. 64.
3. Freedberg I.M. et al. Дерматология для врачей общей практики / Под ред. Фришпатрика. 6-е изд.— McGraw-Hill, 2003.
4. James W., Berger T., Elston D. Клиническая дерматология и кожные заболевания. 10-е изд.— 2005.
5. Kimball A.B., Gladman D., Gelfand J.M. et al. National Psoriasis Foundation. National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening // J. Am. Acad. Dermatol.— 2008.— Vol. 58 (6).— P. 1031–1042.
6. Krueger J.G., Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis // Ann. Rheum Dis.— 2005.— Vol. 64 (suppl. 2).— P. 30–36.
7. Kurd S.K., Troxel A.B., Crits-Christoph P., Gelfand J.M. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study // Arch. Dermatol.— 2010.— Vol. 146 (8).— P. 891–895.
8. Lucka T.C., Pathirana D., Sammain A. et al. Efficacy of systemic therapies for moderate-to-severe psoriasis: a systematic review and meta-analysis of long-term treatment // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.— 2012.— Vol. 26 (11).— P. 1331–1344.
9. Rapp S.R., Feldman S.R., Exum M.L. et al. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases // J. Am. Acad. Dermatol.— 1999.— Vol. 41 (3 Pt 1).— P. 401–407.
10. <http://ehealthmd.com/content/what-causes-psoriasis#axzz2jqz08Vcp>.

Ю.В. Андрашко¹, Т.І. Чечерська²

¹ Ужгородський національний університет

² Медичний центр «Асклепій», Ужгород

Оптимальні комбінації апаратних і медикаментозних методів лікування долонно-підшовних форм псоріазу

У статті подано визначення псоріазу, описано епідеміологію, ризики, пов'язані з наявністю в пацієнта цього захворювання. Автори зупинилися на класифікації псоріазу та дали характеристику найпоширеніших форм.

Однією з поширених форм псоріазу є долонно-підшовний.

Метою стало розроблення найбільш ефективної комбінації медикаментозних (мазь гідрокортизону 17-бутирату) та апаратних (фототерапія nb 311 нм) методів лікування долонно-підшовної форми псоріазу.

Найбільш ефективною методикою терапії долонно-підшовного псоріазу, на думку авторів, є 6-тижнева терапія зі щоденним чергуванням зовнішньої терапії маззю гідрокортизону 17-бутиратом і фототерапії nb 311 нм.

Ключові слова: псоріаз, фототерапія, топічні стероїди, мазь гідрокортизону 17-бутирату.

Yu.V. Andrashko¹, T.I. Checherskaya²

¹ Uzhgorod National University

² Medical Centre «Asclepius», Uzhgorod

The optimal combinations of instrumental and pharmacological methods of treatment for palmoplantar psoriasis

The article presents the definition of psoriasis, a description of epidemiology and risks associated with psoriasis. The authors focused their attention on the classification of psoriasis and characterized its most common forms.

Palmoplantar form of psoriasis is one of the most common ones.

The aim of this work was to design the most effective combination of topical (ointment of hydrocortisone 17-butyrate) and instrumental methods (phototherapy nb 311 nm) for palmoplantar psoriasis treatment.

The most effective method of palmoplantar psoriasis treatment, in the authors' opinion, is a 6-week therapy by everyday alteration of topical therapy with ointment of hydrocortisone 17-butyrate and phototherapy nb 311 nm.

Key words: psoriasis, phototherapy, topical steroids, ointment of hydrocortisone 17-butyrate. □

Дані про авторів:

Андрашко Юрій Володимирович, д. мед. н., проф., зав. кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсами ВІЛ-інфекції, патоморфології та фтизіатрії медичного факультету Ужгородського національного університету

Чечерська Тетяна Іванівна, лікар-дерматовенеролог, медичний центр «Асклепій»

88002, м. Ужгород, вул. Другетів, 97. Тел. (0312) 61-43-01