

ли возможность вмешиваться в патологические процессы, существенно изменяя их течение. Это характеризует ГК как ценные сильнодействующие препараты, которые нашли широкое применение в различных областях медицины и в частности в практике дерматолога при лечении тяжелых патологических состояний, требующих, нередко, длительного, а иногда и пожизненного их приема (истинная пузырчатка, рубцующий пемфигоид, тяжелые формы псориаза, саркоидоз). Однако, использование ГК ограничено из-за частого развития нежелательных эффектов, среди которых особое место принадлежит ГК-индуцированному остеопорозу и связанным с ним остеопоротическими переломами. ГК-индуцированный остеопороз возникает в результате увеличения обусловленной остеокластами костной резорбции и снижения формирования костной ткани остеобластами, что приводит к потере костной массы, наиболее выраженной в течение первых 6 – 12 мес постоянного приема ГК в дозе более 7,5 мг/сутки. Большинство пациентов, продолжительно принимающих ГК, имеет низкую минеральную плотность костной ткани, а каждый четвертый из них – остеопоротические переломы, преимущественно бедер, ребер, позвонков, нижних конечностей и стоп. Непосредственные механизмы отрицательного действия ГК включают: влияние на кальциевый гомеостаз, влияние на половые гормоны, угнетение формирования костной ткани и иные механизмы. В связи с важностью данной проблемы, в ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины» проводятся исследования, направленные на выявление доклинических форм ГК-индуцированного остеопороза и разработку методов его ранней профилактики и лечения. В свете этих исследований получены первые данные, отражающие состояние кальциевого гомеостаза у больных, принимающих ГК, согласно которым у них отмечается повышение уровня общего кальция в крови уже на ранних этапах лечения, что свидетельствует о нарушении ремоделирования костной ткани в сторону активации процессов резорбции. На следующем этапе исследований планируется проведение комплексного изучения состояния кальций-фосфорного обмена, процессов резорбции и ремоделирования костной ткани у больных тяжелыми дерматозами на фоне глюкокортикоидной терапии.

УДК 616.517-007.248-06-085

ПОМИЛКИ ПРИ ЛІКУВАННІ АРТРОПАТИЧНОГО ПСОРИАЗУ

О.О.Сизон, Т.В.Шмига

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Комплексна терапія артропатичного псоріазу (АП) – достатньо проблемне завдання, оскільки часто не приносить очікуваних результатів, що, здебільшого, пов'язують із невчасними постановкою діагнозу, розпізнаванням наявності атипичних чи поєднаних форм хвороби, особливо на ранніх стадіях. Застосування різної термінології для опису суглобового синдрому при псоріазі (псоріатична артропатія, псоріатичний артрит, артропатичний псоріаз, псоріатична остеоартропатія) теж в певній мірі унеможливує отримання правильної інформації щодо поширеності, динаміки перебігу та, відповідно, призначення адекватної терапії. Тому, у більшості випадків, розцінюються перші клінічні прояви у вигляді суб'єктивних скарг на болі та скутість в уражених суглобах без їх рентгенологічних змін, як симулювання хворого з метою отримання статусу непрацездатного. Крім цього, нестабільність економічної ситуації та пов'язана з нею низька купівельна спроможність пацієнтів по відношенню до методів терапії, як правило, теж веде до неповноцінної терапії АП, що в подальшому відображається на психіці хворого. У практиці часто зустрічаються випадки псоріазу з поєднаним легким перебігом шкірного процесу (PASI<10%) та вираженим деструктивним суглобовим синдромом у вигляді оліго-чи поліартриту. Тому, обсяг терапевтичних заходів при АП вимагає чіткого визначення фенотипічного перебігу шкірного та суглобового синдромів псоріазу (клініко-анатомічного варіанту, поширеності, стадії, типу, характеру перебігу, фази і ступеня функціональної активності запального процесу, наявності пошкоджень нігтьових пластинок, ін.), спектру вісцеральних проявів, триєрних факторів, анамнестичних даних, що мають значення в розвитку хвороби. Слід пам'ятати, що багато лікарських засобів не поєднуються в комплексній терапії і при одночасному призначенні можуть викликати загострення процесу або перехід у більш тяжку форму АП. Отже, загальна терапія АП повинна бути скерована на збереження якості життя пацієнта шляхом адекватного і ефективного лікування з метою зниження тимчасової та попередження стійкої втрати працездатності.