

УДК 616.517-007.248-036-08

**РЕКОМЕНДОВАНІ ЕТАПИ ЛІКУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОЇ
ФОРМИ АРТРОПАТИЧНОГО ПСОРІАЗУ**

О.О.Сизон, Т.В.Шмига

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Терапія хворих з резистентною формою артропатичного псоріазу (АП) значно складніша і потребує проведення агресивного, комбінованого лікування з використанням екстракорпоральних методів. Згідно результатів комплексного клініко-лабораторного обстеження, лікування та спостереження 78 хворих з АП протягом 2009-2011 рр. рекомендуємо по-кроковий алгоритм лікування його резистентних форм. Ми виділили наступні етапи терапії: *Крок I.* Дезінтоксикаційна терапія (ентеросгель, сорбекс, реосорбілакт). *Крок II.* Усунення домінуючих проявів супутніх уражень хворого, зменшення системних проявів псоріазу (інфекції різного роду, метаболічні синдроми, розвантаження суглобів, ін.) з використанням необхідних лікувально-корегуючих середників (антиоксидантів, антибіотиків, гепатопротекторів, еубіотиків, фітотерапії, ін.). *Крок III:* При неефективності до 2 місяців від початку хвороби застосування симптоммодифікуючих препаратів (при відсутності факторів ризику з боку шлунка та кишківника - стандартних доз нестероїдних протизапальних препаратів (диклофенак натрію (наклофен, вольтерен, диклоберл) – по 75 мг до 2 разів на добу) та при наявності факторів ризику з боку травного тракту -інгібіторів ЦОГ-2 (мелоксикам (моваліс) – по 7,5-15 мг/добу, німесулід (найз) – по 100 мг 2 рази на добу, етерококсиб (аркоксиа) - по 60-90 мг/добу) чи внутрісуглобового введення ГКСТ) *слід рекомендувати раніше* (не пізніше 3 місяців від початку захворювання) *та агресивне лікування* хворобомодифікуючими препаратами: сульфасалазин в дозі 2г/добу з переходом на 1 мг/добу; метотрексат - 7,5-10 мг/тиждень (із застосуванням фолієвої кислоти). Препаратами вибору можуть бути: азатіоприн (імуран) по 1-3 мг/кг; лефлуномід (арава) у дозі 100 мг/добу 3 дні, потім по 20 мг/добу впродовж 4-6 місяців. При неефективності рекомендованої терапії – біологічні препарати. *Крок 4.* Комбіноване застосування ХМП: метотрексат (7,5-10мг/тиждень) + лефлуномід (10-20 мг/день); метотрексат (7,5-10 мг/тиждень) + сульфасалазин (1-2 г/добу). *Крок 5.* Комбіноване застосування ХМП та імунобіологічних препаратів: метотрексат (10-15 мг/тиждень) + імунобіологічні препарати. *Крок 6.* Комбіноване застосування ХМП та екстракорпоральних методів, що мають імунокорегуючий вплив: ХМП + гемосорбція (видалення токсичних речовин) – проводять 3-5 сеансів з інтервалами 2-3 дні; ХМП + плазмаферез (видалення плазми з поверненням формених елементів крові та заміщення плазми донорською плазмою, альбуміном, кровозамінники рідинами) – курс лікування складає 10 процедур; ХМП + каскадна плазмофільтрація (послідовний розподіл плазми на дві фракції: одну фракцію, що вміщує альбумін, повертають разом з еритроцитами, а другу, що містить антитіла – видаляють). *Крок 7.* Комбіноване застосування ХМП та хірургічного лікування за показами. Сьогодні критеріями якості лікування АП вважається: нормалізація чи зниження параметрів активності захворювання; зменшення чи уповільнення рентгенологічного прогресування пошкодження опорно-рухового апарату; покращення якості життя пацієнта. Отже, на теренах України немає переконливих доказів про клініко-терапевтичні переваги будь-якого препарату (в тому числі й біологічних), який би достовірно уповільнював прогресування АП, що, в свою чергу, свідчить про паліативність сучасних підходів до лікування. Досить великий арсенал протипсоріатичних лікарських засобів дає змогу дерматологу вибирати найбільш ефективну терапію патологічного суглобового синдрому псоріазу з урахуванням патогенетичних аспектів, стадії, форми захворювання та ін.

УДК 616 - 056.43:616 - 084

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ
ДЕРМАТОЗАМИ И С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, РАБОТАЮЩИХ НА
ПРЕДПРИЯТИЯХ КОЖЕВЕННОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ**

Э.Н. Солошенко, Н.В. Кугаевская

ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины, Харьков