

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации Эл №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

Агапочкина Д.С., Филимонов Ю.А. Методы лечения псориаза // Академия педагогических идей «Новация». Серия: Студенческий научный вестник. – 2021. – №1 (январь). – АРТ 5-эл. – 0,3 п.л. - URL: <http://akademnova.ru/page/875550>

РУБРИКА: МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 616.517.8

Агапочкина Дарья Сергеевна,

Студентка 4 курса, лечебный факультет

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»,

г. Омск, Российская Федерация

e-mail: agapochkina_d@mail.ru

Филимонов Юрий Андреевич,

Студент 4 курса, лечебный факультет

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»,

г. Омск, Российская Федерация

e-mail: 7kreg7@gmail.com

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Аннотация: Данная статья представляет собой обзор возможных медикаментозных и немедикаментозных методов терапии псориаза, их достоинства и недостатки. В своей работе мы обобщили материал различных источников в целях определения наилучшего подхода терапии псориаза.

Ключевые слова: псориаз, лечение, системная терапия, физиотерапия, наружная терапия, диета, курортное лечение.

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации Эл №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

Agapochkina Daria Sergeevna,

4th year student, Faculty of Medicine

FSBEI of HE "Omsk State Medical University"

Omsk, Russian Federation

e-mail: agapochkina_d@mail.ru

Filimonov Yuri Andreyevich,

4th year student, Faculty of Medicine

FSBEI of HE "Omsk State Medical University"

Omsk, Russian Federation

e-mail: 7kreg7@gmail.com

METHODS OF TREATMENT OF PSORIASIS

Abstract: This article is a review of possible drug and non-drug methods of psoriasis therapy, their advantages and disadvantages. In our work, we have summarized the material from various sources in order to determine the best approach to psoriasis therapy.

Key words: psoriasis, treatment, systemic therapy, physiotherapy, external therapy, diet, spa treatment.

Псориаз – это хроническое рецидивирующее мультифакториальное аутоиммунное заболевание с генетической предрасположенностью, которое характеризуется гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, что обусловлено активацией Т-лимфоцитов и синтезом провоспалительных цитокинов.

Псориаз является одним из самых распространенных хронических тяжелых заболеваний кожи. По данным S.K. Kurd и J.M. Gelfand, псориазом страдают около 3,5% населения планеты. По данным Минздрава, в России в 2017 г. всего зарегистрировано 346 978 больных псориазом, что соответствует 236,4 случая на 100 тыс. населения [4]. Значимой причиной является наследственная предрасположенность. При наличии заболевания у одного из родителей риск развития псориаза у ребенка равен 8%, при наличии у обоих родителей – 41%. На сегодняшний день известно, что более 80 локусов связаны с риском псориаза [10].

Об актуальности изучения данной патологии говорят также высокий удельный вес псориаза в структуре дерматологической патологии (12-15%), учащение случаев инвалидизирующих форм заболевания, около 30% больных страдает среднетяжелой и тяжелой формами, 20% случаев с трудом поддается лечению, высокая стоимость современных и действенных методов терапии, а также сопряженность лечения с развитием побочных эффектов. Учитывая множественный характер этиологических факторов, патогенетических механизмов, а также всесторонние клинические проявления, вопрос подбора рациональной терапии очень важен. Лечащий врач должен знать основные методы лечения обострений и их профилактики, как медикаментозные, так и немедикаментозные. Это позволит пациенту не только получить квалифицированную медицинскую помощь, достичь ремиссии и повышения уровня качества жизни, но и минимизировать неблагоприятные эффекты различных методов лечения.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

Терапия псориаза направлена прежде всего на устранение воспаления, подавление пролиферации кератиноцитов и нормализацию их дифференцировки.

Поскольку заболевание на данный момент является неизлечимым, лечащий врач должен направить все усилия на предотвращение обострений псориаза, их своевременную диагностику и лечение. Необходимо персонализировать подход к лечению каждого отдельного больного вульгарным псориазом, а также оценивать степень выраженности каждого коморбидного состояния и его воздействия на течение заболевания и качество жизни пациента для того, чтобы осуществить правильный выбор противопсориазической терапии. Помимо учета степени тяжести псориазического процесса, стадии, коморбидных состояний, следует учитывать также и отношение к болезни самого пациента [3]. Очень важно объяснить пациенту, что заболевание хоть и является неизлечимым, но при должном комплаенсе в терапии данной патологии возможно достижение длительных ремиссий и повышение качества жизни.

ОБЩАЯ ТЕРАПИЯ

Общее лечение назначают только при поражении кожных покровов более чем на 20%.

При обычном течении псориаза в стадии прогрессирования применяют противовоспалительную и гипосенсибилизирующую терапию. В этих целях применяют топические формы глюкокортикостероидов и растворы для инъекций глюконата кальция 10% и тиосульфата натрия 30%, а также антигистаминные препараты.

Самыми современными препаратами при тяжелой распространенной форме псориаза являются генно-инженерные биологические препараты – инфликсимаб, адалимумаб, устекинумаб и другие.

Повышенная поляризация макрофагов M1 ассоциируется с более высокой тяжестью заболевания при псориазе, а также способствует его прогрессированию. Препараты этой группы блокируют ФНО-альфа, приводя

к понижению поляризации M1 через независимые пути STAT1 и IRF-1. По результатам исследования S. Lin с соавт., было установлено, что лечение ингибиторами фактора некроза опухоли альфа способствует снижению соотношения поляризации макрофагов M1/M2a, возвращению к исходному уровню в кожных очагах количества клеток M1 и M2, и, как следствие, приводило к снижению индекса PASI [11]. При хорошем эффекте терапии препаратами данной группы, имеются данные о серьезных побочных реакциях, ограничивающих прием этих лекарственных средств (повышенный риск инфицирования, потенциальное негативное воздействие на прогрессирование опухоли). Кроме того, биологические препараты применяются в условиях стационара, вследствие того, что поставляются они из-за рубежа и стоимость их довольно высока. Как следствие, биологические препараты недоступны большинству пациентов, особенно в регионах.

Еще одна группа препаратов, применяемых при среднетяжелом и тяжелом течении псориаза – иммуносупрессоры. Их действие основывается на связывании кальцинейрина, подавлении ядерных факторов в активированных Т-лимфоцитах, а также подавлении ранних этапов активации Т-лимфоцитов. Примером является циклоспорин. Отмечается его высокая эффективность, однако, вследствие множества побочных эффектов, его назначение требует дополнительных лабораторных и инструментальных тестов, а также консультаций специалистов.

Баев и др. показали, что длительное подкожное применение метотрексата у пациентов с тяжелыми формами псориаза развивается стабильный терапевтический эффект в ранние сроки, улучшая качество жизни. Эти данные говорят о том, что для пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами псориаза подкожное введение метотрексата достаточно безопасно в долгосрочной перспективе [1].

При тяжелых, торпидных формах, при устойчивом к проводимой терапии вульгарном псориазе назначаются цитостатики на длительный срок. Назначение метотрексата также требует тщательного обследования пациента с целью выявления ограничений применения. Больных уведомляют о возможных ранних проявлениях нежелательных эффектов и при обнаружении таковых проводят дополнительное обследование.

ФИЗИОТЕРАПИЯ

Фототерапия является важным моментом в терапии и реабилитации больных псориазом. Проводится с помощью ультрафиолетового излучения с разной длиной волны. Наиболее эффективно является фотохимиотерапия (ПУВА-терапия), которая основана на сочетанном воздействии УФ-излучения с длиной волны 320-400 нм и приеме фурукумаринов, являющихся фотосенсибилизаторами. В настоящее время, в связи с реорганизацией медицинских учреждений и закрытием физиотерапевтических отделений в них, роста стоимости специализированной аппаратуры, а также уменьшения доступных фотосенсибилизирующих препаратов распространенность этого метода сильно упала.

Доза фотосенсибилизирующих препаратов рассчитывается из нормы в 0.8 мг/кг массы тела. В пятилетнем исследовании, проводимом на базе больницы им. Короленко (Москва), выяснилось, что увеличение дозировки препарата почти в 2 раза (1.5 мг/кг массы тела), способствовало повышению эффективности ПУВА-терапии: регресс проявлений псориаза наступал быстрее на 75-90%, соответственно, уменьшалось количество процедур ФХТ и связанных с ней нежелательных влияний, при такой же переносимости и частоте нежелательных эффектов в результате применения повышенных доз Аммифурина среди пациентов обеих групп [2].

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ

В прогрессирующую стадию назначаются противовоспалительные препараты: традиционные (содержат низкие концентрации нафталанской нефти, березового дегтя и др.) и глюкокортикостероидные средства (бетаметазон, гидрокортизон, клобетазол и др.) с возможностью комбинирования с салициловой кислотой в низких концентрациях (2%), которая способствует увеличению эффективности такой терапии. Следует избегать раздражающих средств, так как они могут спровоцировать тяжелую форму болезни.

В стационарную и регрессивную стадии возможно применение дополнительно отшелушивающих и рассасывающих средств. С этой целью применяют препараты-аналоги витамина Д3 – кальцитриол и топические ретиноиды. Применение таких препаратов безвредно для пациентов в подавляющем большинстве случаев, за исключением редких ситуаций, когда они могут вызвать обострение псориаза.

В настоящее время фармакологическая промышленность не стоит на месте и идет поиск и разработка новых лекарственных средств. Так, по результатам исследования, проведенного С. Imura с соавт., было установлено, что S18-000003 (новый разрабатываемый препарат для лечения псориаза) при местном применении заметно ингибировал развитие псориазического воспаления кожи через подавление пути IL-17. В коже S18-000003 подавлял все подмножества IL-17-продуцирующих клеток. Примечательно, что ни снижение количества CD4+ и CD8+ Т-клеток, ни нарушение регуляции клеточного цикла не наблюдалось у мышей, получавших S18-000003, даже в высокой дозе [6]. Таким образом, данный препарат является потенциальным терапевтическим средством при псориазе с низким риском развития лимфомы тимуса.

Для лечения кожных проявлений также может быть использован талидомид, обладающий ингибирующим действием на фактор некроза опухоли альфа. Однако, препарат обладает сильной токсичностью, что ограничивает его применение. В недавнем исследовании, группа ученых синтезировала аналог талидомида, содержащий бензилхлоридную группу для изучения противовоспалительной активности против псориаза. Используя сначала модель кератиноцитов *in vitro*, было показано, что при применении этого препарата происходит большее ингибирование интерлейкина-1-бета, интерлейкина-6, интерлейкина-24, чем талидомидом, вызывая при этом незначительное раздражение на здоровой коже мышей. Также местное применение данного препарата снижает ИМQ-индуцированные красные чешуйчатые поражения, гиперплазию, микроабсцессы и экспрессию цитокинов в мышинной модели. Механистическое исследование говорит о том, что новый препарат подавлял продукцию цитокинов путем ингибирования фосфорилирования NF-κB и AP-1 путей воспаления через MAPK-пути. Исходя из вышесказанного можно сделать вывод, что бензилхлоридный препарат был бы весьма полезен для разработки нового терапевтического средства против псориаза [7].

КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ДИЕТА

Традиционно выделяют триаду рекомендаций в лечении псориаза: солнце, вода, деготь. Больным показаны солнечные ванны, морские купания, сероводородные и радоновые ванны, грязелечение в регрессирующей стадии.

Учитывая хронический и многофакториальный характер псориаза, его терапия требует системного подхода, основанного не только на адекватном медикаментозном лечении, но и назначении больным питания и добавок, дополняющих системную терапию. Такой метод поможет предотвратить

возникновение и развитие псориаза, уменьшить тяжесть течения, а также значительно улучшить качество жизни, уменьшив симптоматику заболевания.

Витамин Д не рекомендуется для профилактики и лечения псориаза взрослым при его нормальном уровне в организме. Однако при его дефиците назначаются пероральные добавки для профилактики сопутствующих заболеваний (в частности сердечно-сосудистых). Витамин Д может представлять собой ключевой модулятор иммунных и воспалительных механизмов, которые опосредуются индукцией регуляторных Т-клеток. А нарушение иммунологического гомеостаза и уменьшение воспалительного процесса у больных псориазом связано с низким уровнем витамина Д [9].

Эпидемиологические исследования показали, что люди, сидящие на диетах с высоким соотношением Омега-3/Омега-6 полиненасыщенных жирных кислот, имеют сниженную частоту рецидивов и тяжесть псориаза. Кроме того, имеются данные о том, что пищевые добавки, содержащие омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты, улучшают протекание различных воспалительных заболеваний, включая псориаз. Механизмы, благодаря которым омега-3 оказывают противовоспалительную функцию, следующие:

- 1) через конкуренцию с метаболическими путями омега-6 и последующим снижением омега-6 с провоспалительными свойствами;
- 2) через продукцию омега-3-производных метаболитов с противовоспалительными свойствами;
- 3) пертурбация липидных рафтов, которые оптимизируют кластеризацию сигнальных белков [8].

Пищевые добавки способствуют подавлению развития псориаза и уменьшению тяжести заболевания, а механизмы этого влияния постепенно исследуются, открываются новые варианты применения такого лечения

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации Эл №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

пациентов, открывая новые возможности в терапии. К тому же, в сравнении с препаратами вышеописанных групп, которые имеют огромное множество побочных эффектов (зачастую довольно опасных), диетарные факторы, направленные на терапию псориаза, показывают не только большую безопасность применения, но и меньшую экономическую стоимость. Помимо этого, изучение лечебного питания способствует изучению дополнительных патогенетических механизмов псориаза. Стоит отметить, что комбинация лечебного питания и медикаментозной терапии может значительно улучшить качество лечения.

Подводя итоги, отметим, что псориаз является хроническим рецидивирующим заболеванием с генетической предрасположенностью, которое значительно ухудшает качество жизни пациентов. Крайне важны вопросы не только своевременности и адекватности терапии, но и отношения пациента как к самой патологии, так и к процессу лечения.

Уже сегодня известно, какие гены ответственны за появление болезни. Разработка инновационных методов ранней диагностики псориаза для максимально возможного исключения неблагоприятных факторов возникновения и развития заболевания является весьма перспективным и важным направлением в вопросе изучения данной патологии.

Существование различных схем лечения говорит о многогранности и существенной глубине и сложности этиологии и патогенеза, что подразумевает и большое количество точек приложения в лечении псориаза. Разрабатываются и проходят клинические испытания новые препараты, методики лечения, рекомендации по профилактике рецидивов и удлинению ремиссий.

Кроме того, многочисленные связи псориаза с другими системными заболеваниями говорят о том, что лечащему врачу необходимо индивидуализировать подход к каждому пациенту и тщательно рассматривать вопрос соотношения польза/вред, подбирая метод лечения и конкретный препарат. Именно поэтому дерматологи должны активно сотрудничать с другими специалистами по вопросам терапии такого мультифакторного, системного, широко взаимосвязанного с патологией многих систем организма, заболевания как псориаз.

Список использованной литературы:

1. Баев А. И. Опыт применения метотрексата в терапии среднетяжелых форм псориаза / А. И. Баев, И. Ш. Дорофеева, З. И. Ашуева // Медицина (Алматы). – 2018. - № 11. – С. 78-82.
2. Баткаев Э. А. Применение физиотерапевтических методов при лечении больных псориазом / Э. А. Баткаев, И. А. Чистякова // РМЖ. – 2018. – № 8. – С. 102-103.
3. Олисова О. Ю. Ретроспективное изучение анамнестических данных больных вульгарным псориазом / О. Ю. Олисова, Л. Г. Гаранян // РМЖ. – 2018. – Т. 26, № 8. – С. 72-74.
4. Свечникова Е. В. Клинический случай: лечение пожилого пациента с распространенным вульгарным псориазом тяжелого течения генно-инженерным биологическим препаратом секукинумаб / Е. В. Свечникова, С. Е. Жуфина // РМЖ. – 2018. – Т. 26, № 8. – С. 113-118.
5. Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник. / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-медиа, 2020. – 688 с.
6. Apremilast mechanism of efficacy in systemic-naive patients with moderate plaque psoriasis: Pharmacodynamic results from the UNVEIL study / B. Strober [et al.] // J. Dermatol. Sci. – 2019. – Vol. 96, № 3. – P. 126-133.
7. Facile skin targeting of thalidomide analog containing benzyl chloride moiety alleviates experimental psoriasis via the suppression of MAPK/NF- κ B/AP-1 phosphorylation in keratinocytes / K.-W. Tang [et al.] // J. Dermatol. Sci. – 2020. – Vol. 99, № 2. – P. 90-99.

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации Эл №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

8. Honda T. Current understanding of the role of dietary lipids in the pathophysiology of psoriasis / T. Honda, K. Kabashima // J. Dermatol. Sci. – 2019. – Vol. 94, № 3. – P. 314-320.
9. Nutritional strategies for psoriasis: current scientific evidence in clinical trials / E. Zuccotti [et al.] // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. – 2018. - № 22. – P. 8537-8551.
10. Ogawa K. The current landscape of psoriasis genetics in 2020 / K. Ogawa, Y. Okada // J. Dermatol. Sci. – 2020. – Vol. 99, № 1. – P. 2-8.
11. Treatment with TNF- α inhibitor rectifies M1 macrophage polarization from blood CD14⁺ monocytes in patients with psoriasis independent of STAT1 and IRF-1 activation / S.-H. Lin [et al.] // J. Dermatol. Sci. – 2018. – Vol. 91, № 3. – P. 276-284.

Дата поступления в редакцию: 25.01.2021 г.

Опубликовано: 26.01.2021 г.

© Академия педагогических идей «Новация».

Серия «Студенческий научный вестник», электронный журнал, 2021

© Агапочкина Д.С., Филимонов Ю.А., 2021