

ОПЫТ ТЕРАПИИ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА

Л.Ш. ТОГОЕВА, М.Т. МИННИБАЕВ, Е.Н. ЛУКЬЯНОВА, И.М. КОРСУНСКАЯ

The experience of treatment for palmar and plantar psoriasis

L.S. TOGOEVA, M.T. MINNIBAEVA, E. LUKIYANOVA, I.M. KORSUNSKAYA

Об авторах:

Л.Ш. Тогоева — зав. ЖКО Городской клинической больницы № 14 им. В.Г. Короленко, к.м.н.

М.Т. Миннибаев — Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, с.н.с., к.м.н.

Е.Н. Лукьянова — Городская клиническая больница № 14 им. В.Г. Короленко, врач

И.М. Корсунская — зав. лабораторией генетических и физико-химических проблем дерматологии ЦТП ФХФ РАН, профессор

Приводятся результаты терапии больных ладонно-подошвенным псориазом топическими глюкокортикостероидами и увлажняющим средством.

Ключевые слова: ладонно-подошвенный псориаз, клиника, этапы терапии.

The results of therapy for palmar & plantar psoriasis with topic glucocorticosteroids and a moisturizing agent.

Key words: Palmar & plantar psoriasis, clinical picture, stages of therapy.

Поиски наиболее оптимальной терапии псориаза всегда остаются актуальной задачей дерматологии. Большую роль в терапии псориаза играет назначение топических препаратов, так как больных беспокоит прежде всего внешнее состояние кожных покровов. Местной терапии придается большое значение, особенно в период регресса и ремиссии, когда не проводится активная системная терапия.

Решение о назначении наружных препаратов принимается в зависимости от локализации процесса и стадии псориаза.

Ладонно-подошвенная форма псориаза, особенно в случаях изолированного течения, часто отличается торпидностью к проводимой терапии.

Различают несколько разновидностей псориаза данной локализации:

1. Псориаз пустулезный Барбера, ограничивающийся поражением кожи ладоней и подошв.

Возникновению пустулезного псориаза способствуют инфекции, стрессовые воздействия, прием антималярийных препаратов, β -блокаторов, препаратов лития, фенилбутазона, антибиотиков, гормональные нарушения, быстрая отмена кортикостероидов, нерациональная наружная терапия. Некоторые авторы указывают на роль в развитии пустулезного псориаза стафилококковой инфекции, недостаточности Т-системы иммунитета и функции печени.

Существенным фактором, провоцирующим развитие пустулезного псориаза, является гормональный дисбаланс. Об этом свидетельствуют описания случаев возникновения генерализованного пустулезного псориаза в процессе лечения кортикостероидными препаратами или после их отмены, а также после применения больших доз прогестерона или при сахарном диабете. Генерализованный пустулезный псориаз чаще встречается в возрасте 40—60 лет, развиваясь через 1—2 года после начала обычного псориаза. Однако это не является правилом, так как описаны случаи возникновения его через 7—10 лет после начала обычного псориаза. Основное — это не длительность существования процесса, а характер и интенсивность воздействия неблагоприятных факторов [1—3].

2. Вульгарный псориаз с изолированным поражением ладоней и подошв, проявляющийся несколькими вариантами элементов. В одних случаях они представлены небольшими изолированными округлыми бляшками насыщенного ярко-красного цвета, углубленными или возвышающимися над поверхностью кожи, покрытыми плотными, желтыми, трудно соскабливаемыми чешуйками. В других случаях высыпания являются диффузными за счет периферического роста, поверхность кожи выглядит бугристой с обильными «мозолистыми» отложениями и покрыта болезненными трещинами грязно-серого цвета [1, 5].

В прогрессирующей стадии назначают средства, обладающие противовоспалительными, антипролиферативными и умеренными кератолитическими

свойствами, чаще всего — кортикостероидные препараты [3—6].

В основе противовоспалительного эффекта кортикостероидов лежит механизм взаимодействия гормонорецепторного комплекса, который, проникая в ядро клетки-мишени кожи (кератиноциты, фибробласты, лейкоциты), увеличивает экспрессию генов, кодирующих пептиды, называемые липокортинами, ингибирующими активность фосфолипазы и тем самым снижающими образование медиаторов воспаления (простагландинов, лейкотриенов) из фосфолипидов. Глюкокортикоиды тормозят синтез глюкозаминогликонов, коллагена и эластина, вызывают исчезновение в эпидермисе клеток Лангерганса, в дерме — тучных клеток, а также уменьшают сосудистую проницаемость. Антипролиферативное действие местных кортикостероидов связано с торможением синтеза нуклеиновых кислот (прежде всего ДНК) в клетках базального слоя эпидермиса, фибробластах дермы и торможением пролиферации Т-лимфоцитов. Потребность в безопасном и высокоэффективном кортикостероидном препарате привела к разработке мометазона фууроата (МФ) — нефторированного кортикостероида. Безопасность применения МФ в форме мази и крема была продемонстрирована несколькими исследованиями, в ходе которых побочные эффекты системного характера не наблюдались. В прогрессирующей стадии псориаза назначают глюкокортикостероидные препараты средней и сильной силы действия (Пауэркорт, Момат) в течение 7—10 дней, по 1—2 аппликации в день, в форме крема или мази.

При обострении псориаза топическую терапию целесообразно начинать с более сильных кортикостероидов, а затем переходить на препараты средней силы. Таким качествам отвечают клобетазол (Пауэркорт) и мометазон (Момат).

Пауэркорт (клобетазола пропионат) — глюкокортикостероид для местного применения. Он предупреждает краевое скопление нейтрофилов, уменьшает воспалительную экссудацию и продукцию лимфокинов, тормозит миграцию макрофагов, снижает интенсивность процессов инфильтрации и грануляции, дает местный противовоспалительный, противоаллергический и антиэкссудативный эффекты. Показано, что эффективность и безопасность применения данного препарата выше, чем у фторированных глюкокортикостероидов [7, 8].

В стационарной стадии псориаза используются средства наружного применения, оказывающие кератолитическое действие. Данным свойством обладают кремы, мази, содержащие 2—5% салициловой кислоты, 5% молочной кислоты. Мази с салициловой кислотой размягчают чешуйки на поверхности псориатических бляшек, способствуют их отшелушиванию и ускоряют раз-

решение высыпаний. Салициловая кислота легко проникает в кожу и усиливает способность других лекарственных веществ, в частности кортикостероидов, поступать внутрь кожи через измененный, утолщенный роговой слой. Очаги поражения смазывают 1—2 раза в день в течение 10—20 дней. Нанесение салициловой кислоты, особенно на обширные участки тела в большой концентрации (> 2%), противопоказано при нарушении функции почек, беременности, в детском возрасте, при понижении свертываемости крови, геморрагическом диатезе.

Комбинированные препараты кортикостероидов и салициловой кислоты оказывают более выраженное терапевтическое действие при псориазе, чем каждый препарат в отдельности.

Хорошо зарекомендовали себя для наружного лечения прогрессирующих форм псориаза комбинированные препараты, в состав которых входит кортикостероидный препарат и салициловая кислота (Момат С и др.).

В состав Момата С входит нефторированный кортикостероид третьего поколения мометазон фууроат, а также 0,1% и 5% салициловая кислота. Такое сочетание позволяет этому препарату давать более выраженный эффект.

Салициловая кислота оказывает кератолитическое действие на уровне рогового слоя эпидермиса, а проникающий в более глубокие слои кожи кортикостероид дает двойной эффект, подавляя синтез провоспалительных цитокинов и снижая проницаемость сосудистой стенки в поверхностных сосудах дермы. Таким образом препарат воздействует на несколько звеньев патогенеза псориаза. Момат С является препаратом выбора среди других топических средств, применяемых в терапии псориаза.

В регрессирующей стадии для лечения кожных высыпаний применяют кератолитические (рассасывающие) мази.

В качестве смягчающего средства можно использовать мазь Эловера, в состав которой входят витамин Е, сок алоэ вера и смягчающие вещества. Применение мази Эловера в стадии регресса после отмены кортикостероидных и кератолитических топических препаратов, а также в период ремиссии для ухода за кожей в области дежурных бляшек позволяет увеличить безрецидивный период за счет улучшения состояния кожи. Клинически улучшение представлено снижением шелушения и сухости, смягчением и увеличением эластичности тканей в очагах поражения, а также быстрым регрессом высыпаний, оставшихся после отмены топических стероидов и кератолитиков.

Необходимо отметить, что все описанные выше препараты необходимо назначать с учетом формы псориаза, а в период ремиссии использовать препараты лечебной косметики, увлажняющие и смягча-

ющие кожу средства, особенно в местах дежурных бляшек.

Таким образом, современная топическая терапия псориаза может включать кортикостероидные препараты, салициловую кислоту, мочевины, ретиноидные препараты, а основным правилом их назначения является клиническая стадия процесса и этапность назначения.

Под нашим наблюдением находились 19 пациентов с вульгарным псориазом с изолированным поражением ладоней и подошв и 3 пациента с пустулезным псориазом (тип Барбера), в том числе 7 мужчин и 15 женщин в возрасте от 21 года до 57 лет.

Все пациенты получали системно дезинтоксикационную терапию, гепатопротекторы, местно кортикостероиды: Пауэркорт 7—14 дней, затем Момат С или Момат в зависимости от клинических проявлений и в качестве смягчающего средства крем Эловера. К 10-му дню терапии у большинства пациентов был отмечен регресс клинических проявлений (рис. 1), к 20-му дню у части пациентов (у 12) высыпания полностью регрессировали, у остальных больных разрешились к 28—34-му дню (рис. 2).

В дальнейшем всем пациентам рекомендовали использование крема Эловера для ухода за кожей ладоней и подошв. При контрольном осмотре через 3 мес. после окончания терапии высыпания появи-

лись вновь только у 1 пациента, но в минимальном количестве по сравнению с предыдущими обострениями.

Больным псориазом независимо от стадии процесса показано назначение не раздражающих смягчающих средств, в виде индифферентных мазей или кремов. Жировые вещества издавна используются для питания и смягчения кожи, поскольку, проникая непосредственно в эпидермис, они придают роговому слою эластичность и мягкость, нанесение жира на кожу вследствие герметизации прекращает процесс перспирации, вызывает усиление микроциркуляции и вследствие этого интенсифицируется рассасывание инфильтрата, восстанавливаются тургор и эластичность. Субъективно у больных уменьшается чувство стягивания кожи, сухости, жжения. Больным псориазом рекомендуется использовать наружно вазелин, вазелиновое масло, кремы с глицерином, мочевиной, молочной кислотой. Как базовая наружная терапия смягчающие средства позволяют несколько снизить шелушение, восстановить эластичность пораженных участков кожи. Этапность назначения топических средств подразумевает назначение сильного кортикостероидного препарата на 7—14 дней (2 раза в сутки), затем переход на комбинированный препарат с салициловой кислотой или препарат про-

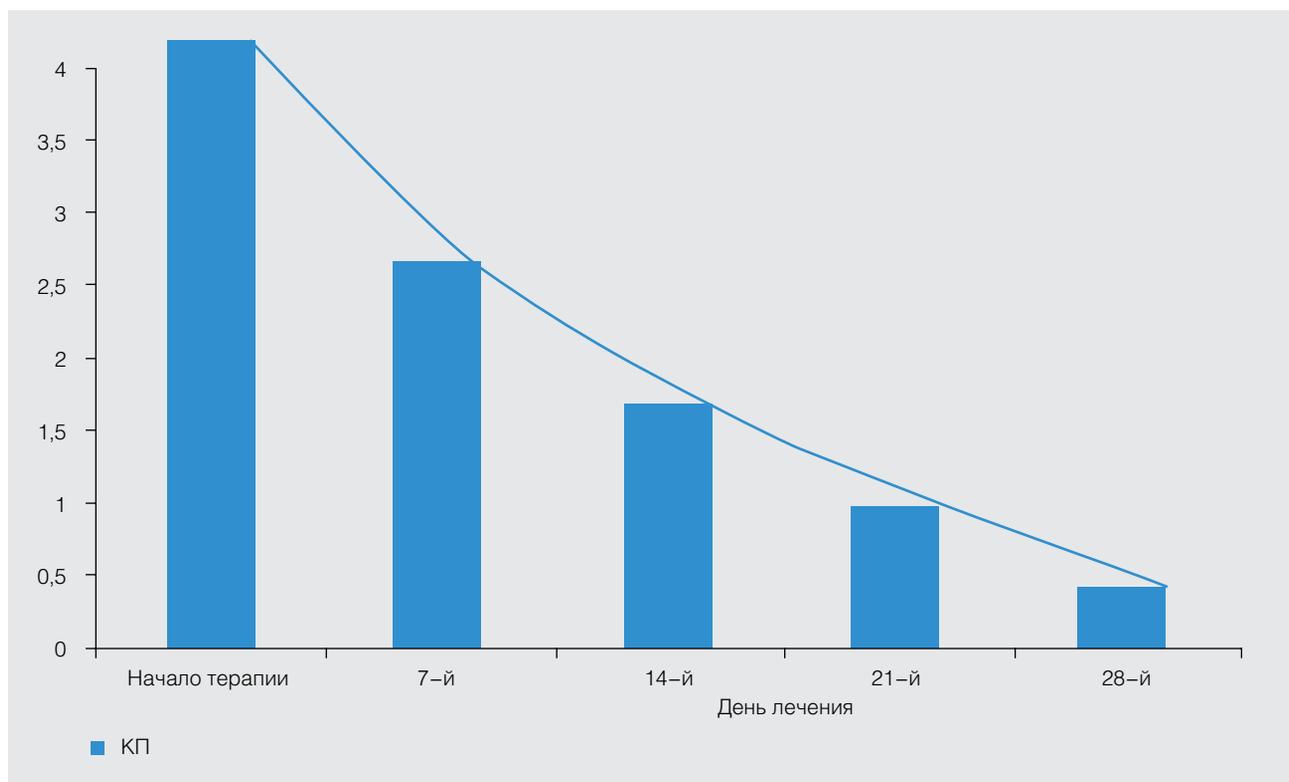


Рис. 1. Среднее значение выраженности клинических проявлений в динамике проведения терапии



Рис. 2. Поражение ладоней и подошв у больной с ладонно-подошвенным псориазом: а, в — до терапии; б, г — после терапии

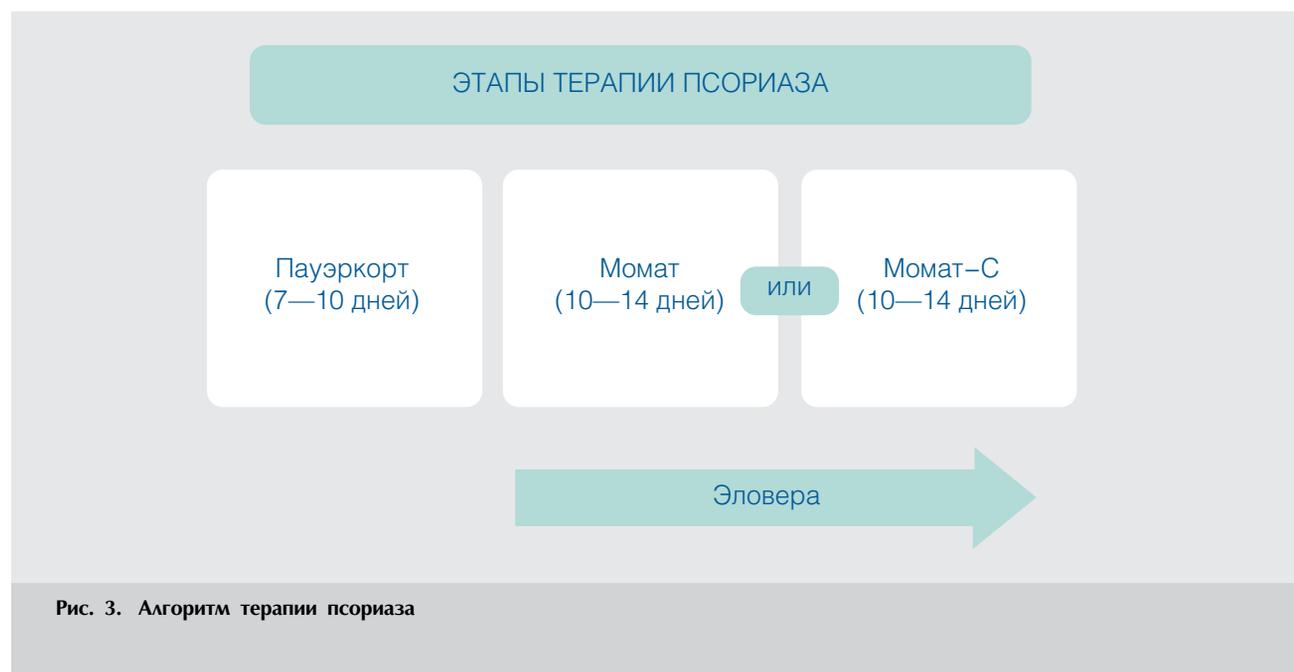


Рис. 3. Алгоритм терапии псориаза

лонгированного действия (1 раз в сутки) до разрешения клинических проявлений, с параллельным назначением увлажняющего средства на всем протяжении терапии (рис. 3). Такой подход обеспечивает необходимый уход за кожей пациента на разных стадиях развития заболевания, а в период ремиссии правильный уход позволяет значительно увеличить этот период.

Литература

1. Башлыкова Е. А., Матусевич С. Л. Опыт лечения ладонно-подошвенного псориаза. Тезисы XI Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов, 2010. Екатеринбург: 39—40.
2. Федоров С. М. Псориаз. Консилиум, 2001; 4 (3).
3. Кунгуров Н. В., Филимонкова Н. Н., Тузанкина И. А. Псориатическая болезнь. Изд. Уральского университета, 2002.
4. Короткий Н. Г. Современная наружная терапия дерматозов (с элементами физиотерапии). Тверь: Губернская медицина, 2001.
5. Третьякова Н. Н. Дифференциальная диагностика и принципы терапии ладонно-подошвенных форм псориаза. Клиническая дерматология и венерология. 2010; 5: 113—119.
6. Hengge U. R. et al. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. *J. Am Acad Dermatol* 2006; 54: 1—15.
7. Lee CS, Koo J. The efficacy of three class I topical synthetic corticosteroids, fluocinonide 0.1% cream, clobetasol 0.05% cream and halobetasol 0.05% cream: a Scholtz-Dumas bioassay comparison. *J Drugs Dermatol*. 2009 Aug; 8(8): 751—5.
8. Floden CH, Woodbridge P, Samman P, Kurwa AR. Comparison of the response of psoriasis, over a 6-month period, to clobetasol propionate and fluocinolone acetonide ointments. *Curr Med Res Opin*. 1975; 3 (6): 375—81.