

Алгоритм лікування псоріазу як психодерматологічної патології

У лютому відбувся онлайн-майстер-клас «Персоніфікація сучасної медицини. Важливі питання гендерних особливостей перебігу захворювань внутрішніх органів. Вплив психоемоційних та інших складових», організований кафедрою терапії, інфекційних хвороб і дерматовенерології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), а також ГО «Українська академія функціональної медицини та гастропсихології» (м. Київ).

Заслужений діяч науки і техніки України, професор кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології Національного університету охорони здоров'я України (НУОЗ) ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук Лідія Денисівна Калюжна, а також завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НУОЗ ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Галина Яківна Пилягіна виступили зі спільною доповіддю «Захворювання шкіри – не вирок. Дуєт дерматолога та психіатра».



Л.Д. Калюжна



Г.Я. Пилягіна

Лідія Денисівна розпочала свою доповідь, зазначивши, що сьогодні одне із провідних місць серед актуальних проблем дерматології займає псоріаз. Це хронічне неінфекційне захворювання, яке уражає осіб будь-якого віку та статі; може уражати шкіру, нігті, суглоби та пов'язано з великою коморбідністю. У 2014 р. Всесвітня організація охорони здоров'я визначила псоріаз як тяжке розповсюджене захворювання та видала резолюцію, яка означала всебічну підтримку в посиленні спрямованої боротьби (Michalek J.M. et al., 2017).

Останніми роками спостерігалось значне зростання захворюваності на псоріаз, у т. ч. серед осіб молодого віку. Так, наприклад, у 1970-1999 рр. у США в дітей віком <18 років вона складала 40,8 випадку на 100 тис., а в 2012 р. – 60 випадків на 100 тис.

Розрізняють 2 типи псоріазу: тип I розвивається здебільшого в осіб віком <40 років із позитивною сімейною історією та асоціацією із HLA-Cw6, -B13, -DR7; тип II спостерігається в осіб віком >40 років (спорадично) без HLA-асоціації.

У хворих на псоріаз частіше розвиваються кардіоваскулярні захворювання, діабет, метаболічний синдром, псоріатичний артрит, депресія. Водночас ці хворі зазнають соціальної ганьби та дискримінації. Довготривалий психологічний дистрес може спричинити депресію та тривогу.

При розробці алгоритму лікування псоріазу враховуються такі протипоказання, як тяжка гостра інфекція, гіперчутливість до активної речовини, вагітність та вигодовування, нетолерантність до галактози, дефіцит лактози, мальабсорбція. Також слід урахувати відносні протипоказання – інфекції, ниркова недостатність, злоякісні захворювання, надмірна маса тіла хворого, депресія (Nast A. et al., 2017).

Під час оцінки лікування псоріазу важливо зважати на кількість побічних / позитивних ефектів, а також на оцінку позитивного ефекту порівняно зі стандартами лікування, вартість ліків (Gutknecht M. et al., 2016).

Основою сучасного лікування псоріазу є топічна терапія, яка включає використання емолієнтів, кератолітиків, дьогтю, дитранолу, топічних кортикостероїдів, проралену з УФП А, при цьому завжди слід урахувати можливі ускладнення. Так, емолієнти можуть зумовлювати запалення та алергічний контактний дерматит (рідко). Топічна саліцилова кислота може бути абсорбована крізь шкіру та стати причиною системної токсичності (саліцилізм), особливо при фототерапії. Ускладнення використання топічних кортикостероїдів – стрії, атрофії.

До системної терапії псоріазу належить використання ретиноїдів (етретинат, ацитретин), метотрексату, азатіоприну, циклоспорину, тетрациклінів, нестероїдних протизапальних препаратів, амінохінолінових препаратів. Проте несприятливі ефекти

оральних ретиноїдів можуть зумовити зупинку лікування цими препаратами в 10-20% хворих, а в половини пацієнтів за їхнього використання спостерігається збільшення рівнів холестерину та тригліцеридів сироватки. Можливим ефектом метотрексату є гостра мієлосупресія, яка може бути причиною смерті. Використання азатіоприну може спричинити катастрофічну мієлосупресію, циклоспорину – гіпертензію та ниркову дисфункцію, а тетрациклінів – гастроінтестинальні відхилення.

Лікування першої лінії включає призначення топічних кортикостероїдів, аналогів вітаміну D, дьогтю, антраліну, інсоляції, саліцилової кислоти. Топічні препарати використовують 70% хворих на псоріаз; частіше за все – аналоги вітаміну D (63% хворих), топічні кортикостероїди (57%), саліцилову кислоту (17%), ретиноїди (4%) (Fouere S. et al., 2005).

У хворих на псоріаз формується хронічне автоімунне запалення, обумовлене активацією Т-хелперів типу 1 (Th1), які забезпечують гіперпродукцію циркулюювальних імунних комплексів і протизапальних цитокінів, концентрація котрих збільшена в крові, шкірі вогнищ, синовіальній рідині. Саме тому сьогодні при лікуванні псоріазу все частіше використовуються імунобіологічні препарати.

Згідно з рекомендаціями Британської асоціації дерматологів, критеріями відбору хворих для лікування інфліксимабом є тяжкі форми псоріазу, рефрактерність до системної терапії метотрексатом, циклоспорином, ПУВА-терапії. Побічні ефекти використання клітинних імуномодуляторів – анафілактоїдний шок, задуха, головний біль, приєднання вторинної інфекції, зміни гемограми, можливе провокування розвитку злоякісних новоутворень.

У лікуванні захворювань шкіри велике значення має адекватно підібрана зовнішня терапія, яка для більшості хворих на обмежену форму бляшкового псоріазу може бути основним методом лікування. До переваг зовнішньої терапії належать можливість безпосереднього впливу на осередок ураження, незначна системна дія, мінімізація побічних ефектів, динамічність лікування, можливість застосування препаратів різного механізму дії.

Сьогодні для зовнішнього лікування застосовують такі аналоги біологічно активної форми вітаміну D, як кальцитріол, кальципотріол, такальцитол.

Кальцитріол впливає на патогенетичні механізми виникнення псоріазу, специфічні рецептори епідермальних кератиноцитів. Це зумовлює нормалізацію швидкості мітозу в клітинах епітелію, гальмує процес проліферації і прискорює морфологічну диференціацію епітелію, що не ороговіє, зменшує зчеплення й прискорює відшарування рогових клітин, інгібує активність інтерлейкіну-1, знижує продукцію інтерлейкіну-2, чинить

антипроліферативну дію щодо Т-лімфоцитів, отже, діє на основні фактори імунної системи шкіри, що регулюють нормальну проліферацію клітин.

Ефективним засобом зовнішнього лікування хворих на псоріаз є мазь Форкал (по 30 г у тубі; 1 г мазі містить 3 мкг кальцитріолу). Показання до застосування мазі Форкал – бляшкоподібний псоріаз легкого та середнього ступеня тяжкості (місцеве лікування шкірних проявів) з ураженням до 35% площі поверхні тіла. Середня тривалість лікування складає ≈6 тиж.

Отже, мазь Форкал – новий негормональний препарат, який слід вважати засобом першого вибору для тривалої зовнішньої терапії у комплексному лікуванні псоріазу.

Під час ведення пацієнтів із псоріазом слід пам'ятати, що ця хвороба належить до групи психофізіологічних захворювань. Псоріаз може чинити негативний вплив на відчуття хворим свого образу, почуття власної гідності та емоційну стабільність. Депресивна симптоматика в хворих на псоріаз зустрічається частіше, ніж у контрольних групах. Спостерігається відчуття пригніченості, безнадійності, думки про смерть, погана концентрація уваги. У хворих на псоріаз збільшуються ризик депресії, тривожність та суїцидальність (Kurd S. et al., 2010). Саме тому багато досліджень свідчать про необхідність психологічної підтримки хворих.

Галина Яківна зауважила, що з кожним роком у світі збільшується кількість випадків психосоматичних захворювань, що зумовлює актуальність проблеми. Психосоматичними є захворювання, соматичні прояви яких (тілесні симптоми) та динаміка хворобливого процесу (декомпенсації → компенсації) обумовлені здебільшого впливом психоемоційних факторів, а також тоді, коли їх походження неможливо пояснити іншими причинами.

У сучасному розумінні психосоматична медицина розглядається як наука про взаємини психічних і соматичних процесів. Новітнім науковим напрямом, що базується на цілісному розумінні взаємозв'язку психіки та шкіри, є психодерматологія.

В основі психосоматозів лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, що супроводжується змінами та патологічними порушеннями в органах. До класичних психосоматозів належать гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка, ревматоїдний артрит, нейродерматит, бронхіальна астма, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, виразковий неспецифічний коліт (т. зв. чиказька сімка або holy seven). Сьогодні цей перелік значно збільшився; серед інших захворювань до нього належить також псоріаз.

Вважається, що причинами будь-яких психосоматичних захворювань можуть бути конфлікт, невирішена психологічна проблема, травматичний досвід минулого (зрада, приниження, несправедливість),

самопокарання за реальну чи уявну провину тощо (Cheek, Lecorn, 1968).

Частий патогенетичний фактор багатьох дерматологічних синдромів, у т. ч. псоріазу, – стрес. Шкірна реакція, що сформувалася в умовах стресової ситуації у вигляді функціонального порушення, може трансформуватися в патологічний розлад із вазомоторними, секреторними й трофічними змінами шкірних покривів. Безпосередніми причинами виникнення або загострення шкірного захворювання є різні несприятливі для організму неспецифічні впливи: перевтома, фізична травма, переохолодження або перегрівання, порушення сталого стереотипу життя, конфліктні ситуації різного характеру тощо.

До причин виникнення псоріазу належать схильність до захворювання на генетичному рівні, надмірне навантаження на центральну нервову систему, часті стресові ситуації, порушення графіка відпочинку та роботи, систематичне недосипання, порушення функціонування ендокринної системи, порушення обміну речовин, наявність вогнищ хронічної інфекції, загострення алергічних реакцій, агресивний вплив факторів навколишнього середовища, наявність шкідливих звичок (насамперед активного куріння та зловживання алкоголем тощо). Поширеність депресії серед пацієнтів із псоріазом може сягати 60%, причому психологічний та емоційний вплив не завжди пов'язаний із тяжкістю шкірного захворювання.

Лікування будь-якої психодерматологічної патології є нелегким завданням. Воно складається із психотерапії, медикаментозного лікування, фітотерапії, фототерапії, корекції способу життя. Медикаментозна терапія за стрес-асоційованих депресивних розладів, якими може супроводжуватися псоріаз, включає призначення антидепресантів, транквілізаторів, нейролептиків, вегетотропних засобів. Перевага віддається монотерапії, при цьому важливо визначити найменше дозування, що надає ефект (титрування дози). Водночас важлива вимога до препарату – мінімальний вплив на соматичні функції, хороша переносимість і низький ризик виникнення побічних ефектів.

Ефективним препаратом є Циклокс® (есциталограм), який може покращити сприйняття тяжкості симптомів, якість життя та прихильність до лікування в пацієнтів із псоріазом і депресією. Дослідження 38 пацієнтів віком 18-70 років, які страждали на псоріаз від помірної до тяжкої форми (група лікування отримувала стандартну терапію + есциталограм у дозі 10 мг 1 р/добу, контрольна група – лише стандартну терапію), показало, що в хворих, котрі лікувалися есциталограмом, спостерігалось статистично значуще зниження показників свербіжу, тривожності та депресії (D'Erme A.M. et al., 2014).

Підготував **Олександр Соловійов**

ФОРКАЛ® ЦИКЛОКС® та ВОЛВІТ® –

розумний підхід
до лікування псоріазу
та супутніх станів: депресії,
тривоги, дефіциту біотину



Місцева терапія
псоріазу



Контроль
емоційних порушень,
що відіграють роль у розвитку
шкірних захворювань¹



Покращення стану
шкіри, нігтів та
волосся зсередини
при дефіциті біотину

ЦИКЛОКС®. РП UA/19243/01/01, UA/19243/01/02. **Склад.** Діюча речовина: есциталопраму оксалат; 1 таблетка містить есциталопраму оксалату у перерахуванні на есциталопрам 10 мг або 20 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Антидепресанти. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Код АТХ N06A B10. **Показання.** Великі депресивні епізоди. Панічний розлад з або без агорафобії. Соціальний тривожний розлад (соціальні фобії). Обсесивно-компульсивний розлад. Генералізовані тривожні розлади. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до есциталопраму або до будь-якого іншого компонента препарату. Супутнє лікування неселективними незворотними інгібіторами моноаміноксидази (інгібіторами MAO). Комбінація есциталопраму зі зворотними інгібіторами MAO-A (наприклад, із моклобемідом) або зворотним неселективним інгібітором MAO лінезолідом через ризик початку серотонінового синдрому. Синдром подовженого інтервалу QT (вроджений або набутий). Одночасне застосування лікарських засобів, що збільшують інтервал QT. **Побічні реакції.** Побічні реакції найчастіше виникають у перший та другий тиждень лікування і надалі стають менш інтенсивними, а їхня частота зменшується при подальшому лікуванні. Найчастіші: нудота, зниження або посилення апетиту, діарея, запор, блювання, сухість у роті, тривога, неспокій, аномальні сни, зниження лібідо, аноргазмія у жінок, безсоння, сонливість, запаморочення, парестезія, тремор. **Категорія відпуску.** За рецептом.

ФОРКАЛ®. РП № UA/0081/02/01. **Склад.** 1 г мазі містить кальцитріолу 3 мкг. **Допоміжні речовини:** парафін білий м'який, олія мінеральна легка, альфа-токоферол. **Лікарська форма.** Мазь. **Фармакотерапевтична група.** Антипсоріатичні засоби для місцевого застосування. Код АТХ D05A X03. **Показання.** Бляшкоподібний псоріаз легкого та середнього ступеня тяжкості (місцева лікування шкірних проявів) з ураженням до 35 % площі поверхні тіла. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого з компонентів препарату. Гіперкальціємія та інші патологічні стани, що характеризуються порушенням метаболізму кальцію. Системна терапія кальцієвого гомеостазу. Порушення функції печінки та нирок. **Спосіб застосування та дози.** Для зовнішнього застосування. Мазь слід наносити тонким шаром на уражені ділянки шкіри 2 рази на добу (зранку та ввечері). Рекомендується піддавати щоденній обробці не більше 35 % поверхні тіла. Не застосовувати мазь у кількості більше 30 г на добу. Середня тривалість лікування становить 6 тижнів. За рекомендацією лікаря можливе більш тривале лікування. **Діти.** У зв'язку з відсутністю даних щодо застосування мазі кальцитріолу дітям препарат протипоказаний цій віковій категорії пацієнтів. **Побічні реакції.** З боку імунної системи: реакції гіперчутливості, включаючи алергічні реакції. З боку шкіри та придатків: свербіж, відчуття дискомфорту, печіння, подразнення шкіри (може набувати вираженої форми у вигляді пустул, папул або везикул), еритема (почервоніння), сухість шкіри, псоріаз (погіршення перебігу, загострення), набряк шкіри, контактний дерматит. Можливе виникнення дерматиту на обличчі, зокрема навколо рота, який зазвичай минає після відміни препарату. **Категорія відпуску.** За рецептом.

ВОЛВІТ®. РП № UA/9290/01/01. **Склад.** Діюча речовина: біотин; 1 таблетка містить біотину 5 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Прості препарати вітамінів. Біотин. Код АТХ A11HA05. **Показання.** Лікування захворювань, спричинених дефіцитом біотину: захворювання шкіри, нігтів, волосся. Лікування генетично зумовлених ензимопатій, асоційованих із біотином (множинна недостатність карбоксилаз). **Побічні реакції.** Можливі алергічні реакції у випадку індивідуальної підвищеної чутливості до біотину, які можуть проявлятися болем у груднині, задишкою, кропив'янкою, шкірними висипаннями. **Категорія відпуску.** Без рецепта.

  **Виробник:** Кусум Хелтхкер Пвт Лтд.
Офіційний дистриб'ютор: ТОВ «Гледфарм ЛТД».
Тел.: (044) 495-82-88,
www.kusum.ua

¹Тривоги, депресії.
Дослідження, наведене нижче, проводилося щодо діючої речовини – есциталопраму оксалату
1. Guerra-Tapia A, Asensio-Martinez A, Garcia Campayo J. El impacto emocional de la enfermedad dermatologica. Actas Dermosifilogr. 2015;106:699–702.
Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.
Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування.