

Тактика врача общей практики по отношению к пациентам с псориазической болезнью.

Клиническая лекция

Горбунцов В. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

Методично и последовательно разобраны проблемы тактики врача общей практики – семейной медицины по отношению к пациентам с псориазической болезнью (ПБ). Подробно рассмотрены общие принципы курации, проблемы лечения и индивидуализации терапии пациентов с ПБ. Приведены данные о современных методах лечения и профилактики псориаза.

Ключевые слова: псориаз, врач общей практики, врач семейной медицины, тактика курации.

В настоящее время идет реформа системы здравоохранения, одним из основных элементов которой является развитие семейной медицины. Предполагается, что определенная часть работы врачей узких специальностей будет выполняться врачами общей практики – семейной медицины (ОП–СМ). Этот момент вызывает определенную обеспокоенность как врачей узких специальностей, так и врачей ОП–СМ, которые понимают сложность курации пациентов, нуждающихся в наблюдении и лечении у специалистов. Эта проблема в полной мере касается и курации врачами ОП–СМ дерматологических больных, особенно – больных с хроническими дерматозами неизвестной этиологии.

Среди хронических дерматозов неизвестной этиологии в практике врача-дерматовенеролога одно из основных мест по частоте встречаемости, проблемам диагностики и лечения занимает псориаз, который, не без оснований, в настоящее время специалисты называют «псориазической болезнью», подчеркивая его сложный патогенез и полисистемность проявлений патологии.

Вследствие значительной распространенности псориаза среди населения, своеобразности его клинических проявлений и осложнений, сложности лечения и профилактики его рецидивов, курация пациентов с псориазом имеет ряд особенностей. Врачи всех специальностей должны хорошо знать эти особенности и уметь грамотно провести курацию пациентов с псориазом.

Необходимо отметить прежде всего, что при курации больного псориазом врачу следует руководствоваться действующими нормативно-директивными актами (приказами, методиче-

скими рекомендациями, информационными письмами и т.п.) здравоохранения своей страны. Это решает проблему возможных формальностей при оценке работы врача. Что бы не говорили некоторые коллеги о «рекомендательном» характере нормативно-директивных актов здравоохранения, следует отметить, что, изданные в форме ведомственных приказов, они являются обязательными для исполнения.

Вопросы курации врачом общей практики больных псориазической болезнью до сих пор окончательно не разработаны, и это является проблемой практической медицины.

В известном Приказе №646 про «Порядок медицинского обслуживания граждан центрами первичной медицинской (медико-санитарной) помощи» от 05.10.2011 в Дополнении «Механизм и объем оказания медицинской помощи врачом общей практики – семейной медицины и механизм направления пациента врачом общей практики – семейной медицины для получения специализированной медицинской помощи при различных клинических состояниях и заболеваниях» псориаз вообще не упоминается. Упоминается только псориазический артрит, в отношении которого семейному врачу предписывается:

- «диагностика / предварительная диагностика»;
- «направление к специалисту для обследования и / или коррекции лечения с последующим самостоятельным ведением пациента»;
- «диспансеризация самостоятельная или со специалистом»;
- «участие в реабилитационных мероприятиях».

Отдельно псориаз в перечне не упоминается. Однако, как это уже разбиралось на <http://>

www.vidal.ru/vracham/vracham-obschei-praktiki/algorithmy-vedeniya-pacientov/psoriaticheskaya-bolezn-dlya-vrachey-obshchey-praktiki-chast-2~700, можно определить основные моменты особенностей курации этих пациентов, которые не смогут быть изменены.

Основными разделами курации больного являются:

- диагностика / предварительная диагностика;
- самостоятельное лечение;
- направление к специалисту для обследования и / или коррекции лечения с последующим самостоятельным ведением пациента;
- направление к специалисту для лечения (отсутствие эффекта при лечении и / или течение заболевания: атипичный, осложненный).

Диагностика / предварительная диагностика псориатической болезни

Своевременное выявление симптомов псориатической болезни является обязанностью любого врача любой специальности.

Псориаз – довольно распространенное заболевание с характерной клинической картиной и проявлениями, доступными для обнаружения внимательным врачом – тем более, что и сами больные чаще всего обратят на них внимание (то есть врачу просто не следует их игнорировать!). Другим аспектом проблемы является тот случай, когда проявления псориаза врачом и больным будут расценены не как проявления псориаза, а как проявление других, «не заслуживающих внимания» заболеваний или «состояний» кожи.

Так, часто проявления псориаза волосистой части головы длительное время трактуются врачом и пациентом как «перхоть» или «себорейный дерматит», а характернейшие проявления псориаза на локтях и коленях, – как «омозолоз» и «кератоз». И уж совсем не стоит удивляться, когда своевременно не распознаются иные, не столь характерные, проявления псориатической болезни, как, например:

- псориатический процесс в складках;
- ладонно-подошвенный псориаз;
- пустулезный и бородавчатый псориаз;
- псориатическое поражение ногтей (чаще всего расцениваемое как «грибок»);
- псориатическое поражение суставов (расцениваемое как угодно, но не как псориатический артрит).

В отношении такого рода ошибок следует рекомендовать всегда обращать внимание на поражения кожи (что является обязательным при осмотре больного) и своевременно направлять больного к специалисту-дерматологу.

высокая активность процесса: потребность в хирургическом лечении);

- оказание неотложной помощи;
- организация срочной госпитализации;
- диспансеризация самостоятельная или со специалистом;
- участие в реабилитационных мероприятиях;
- обеспечение профилактических мероприятий.

Из всех этих этапов маршрута пациента лишь «потребность в хирургическом лечении», «оказание неотложной помощи» и «организация срочной госпитализации» не являются характерными для курации больных псориазом.

Остановимся подробнее на первых двух основных разделах курации больного – диагностика и лечение.

Диагностика / предварительная диагностика псориатической болезни

Другого рода ошибкой является то, что врач самостоятельно выставляет диагноз «псориаз» и начинает давать специальные рекомендации больному. Здесь стоит обратить внимание на то, что, несмотря на простоту и типичность «классических» проявлений псориаза, эта болезнь имеет большое количество разнообразных вариантов клинических проявлений, – так что и специалисту иногда бывает сложно сразу поставить диагноз. Поэтому не нужно переоценивать свои силы!

Поскольку у псориаза нет патогномичных, доказательных, постоянно присутствующих у больных проявлений (и пусть «специалисты» не очень-то уповают на «триаду Аушпитца» и «феномен Кебнера», а уж, тем более, – на результаты гистологического исследования), то диагноз «псориаз» следует устанавливать только путем последовательного исключения сходных по проявлениям поражений кожи. А сходными – как раз очень часто – могут быть такие «нехорошие» заболевания, как:

- инфекционные (сифилис, туберкулез и еще много чего похуже);
- онкологические (лимфомы кожи, незвенные формы эпителиом и др.) и многие другие.

При этом, перепутать псориаз с рубромикозом гладкой кожи или малассезиозом (себорейным дерматитом) – будет просто «подарком». А о проблемах с ошибками в дифференциальной диагностике псориатического артрита и прочих артропатий в краткой лекции не стоит даже и говорить!

Таким образом, и гипер- и гиподиагностика псориаза одинаково приведут к печальным последствиям в курации больного. Хочется от этого предостеречь.

Не идеализируя специалистов-дерматологов в целом, хотелось бы, чтобы врачи общей прак-

тики знали об этих проблемах диагностики псориаза и могли вовремя обратить внимание на бездоказательность установленного «специалистом» диагноза – хотя бы, чтобы проверить вы-

Лечение псориазической болезни

Следующим этапом маршрута больного является его лечение; тут возможны несколько вариантов:

- самостоятельное лечение врачом-недерматологом;

- направление к специалисту-дерматологу для обследования и / или коррекции лечения с последующим самостоятельным ведением пациента;

- (и, как результат такого некачественного лечения) направление к специалисту для лечения (отсутствие эффекта при лечении и / или течение заболевания: атипичный, осложненный: высокая активность процесса).

Лечение псориаза, несмотря на достижения современной науки, остается одной из актуальных проблем клинической дерматологии. Внедрение новых высокоэффективных средств и методов терапии не оправдало надежд врачей на то, что лечение псориаза будет стабильно эффективным, простым и безопасным.

Поскольку этиология псориаза до сих пор неизвестна, врач не вправе говорить об «излечении» псориаза. Патогенез псориаза сложный и до конца не изучен, поэтому также нельзя говорить о какой-либо «надежной» и общепринятой схеме лечения. Таким образом, можно утверждать, что лечение псориаза, в своем роде, представляет определенное искусство и верить здоровью больного следует всё-таки специалисту.

Одной из распространенных (особенно при ограниченных формах псориаза) ошибок является надежда врача (и больного) на то, что, – исповедуя принцип «не навреди» и ограничиваясь исключительно наружными и другими «совершенно безобидными» средствами терапии, – «временное» лечение больному псориазом не навредит. Это ошибка! Чаще всего, именно так, длительно (и «небезэффективно»!) проводя лечение больных, «добиваются» начала прогрессирования, распространения, осложненности процесса или резистентности его к терапии.

Как вариант, рассматривается «направление к специалисту-дерматологу для обследования и / или коррекции лечения с последующим самостоятельным ведением пациента».

В отношении последнего хочется отметить, что это возможно при согласованной деятельно-

полнение необходимых диагностических процедур (исследование крови на сифилис, исследование чешуек на грибы, обследование не туберкулез и т. п. простые «студенческие» моменты).

сти обоих врачей, хорошей организации службы, преемственности и взаимопонимания. Назначенное врачом-специалистом лечение (при простых случаях заболевания), действительно, может на определенных этапах проводиться врачом общей практики. Но «самостоятельно» ведения пациента все равно не должно быть.

Лечение псориаза обязательно должно учитывать:

- клинико-морфологические проявления (клиническую форму) псориаза;

- стадию процесса и тип течения самого заболевания;

- распространенность и локализацию его проявлений;

- особенности каждого отдельного случая:

- 1) особенности организма больного;

- 2) сопутствующую патологию;

- 3) особенности условий жизни больного и т. п.

Без учета этих факторов лечение больного будет неэффективным и даже опасным.

Так, например, абсолютно ясно, что разные по клинико-морфологическим проявлениям формы псориаза (обычный, пустулезный, эритродермический, бородавчатый, артропатический) требуют совершенно разных подходов.

Также в качестве примера, можно обратить внимание на то, что средства терапии (например – УФО), необходимые в стадии стабилизации и разрешения при обычном псориазе осенне-весеннего (зимнего) типа течения, абсолютно противопоказаны при той же форме псориаза в стадии прогрессирования и при «летнем» типе течения болезни.

Особенности распространенности и локализации дерматоза определяют выбор средств наружной терапии (местного лечения). Вполне логично для лечения поражений областей оволосения назначать жидкие формы (шампуни, лосьоны и т. п.). Выбор лекарственной формы (крем, мазь и т. п.) следует делать с соответствием не только форме, но также области и величине поражения.

Необходимость учета индивидуальных особенностей каждого пациента не требует комментариев, однако следует всё же напомнить, что многие, обычно используемые для лечения псориаза средства абсолютно противопоказаны при определенных индивидуальных особенностях:

- возраст больного;

- физиологические периоды жизни (типа беременности);

- характер профессиональных и др. занятий;
- определенная сопутствующая патология;
- индивидуальная непереносимость и др.

В качестве примера можно обратить внимание на то, что применение адrenoблокаторов для лечения сопутствующей патологии у больного псориазом будет негативно отражаться на течении псориазического процесса.

Как показывает практика разбора проблемных случаев лечения больных псориазом, именно отсутствие учета какого-либо (или сразу нескольких) из перечисленных моментов было причиной неэффективности лечения и развития, порой очень даже опасных, осложнений.

Стоит добавить к сказанному, что контроль за соблюдением этих принципов терапии со стороны врача общей практики, наблюдающего больного, – весьма желателен и даже обязателен. Врачу общей практики нельзя быть пассивным сторонним наблюдателем, но, в то же время, не стоит активно и самостоятельно вмешиваться в лечение больного псориазом.

Именно поэтому активное участие врача общей практики или специалистов смежных специальностей в лечении больных псориазом **необходимо и обязательно!**

Лечение больного псориазом должно быть методичным и планомерным.

Лечение больного псориазом – проект, рассчитываемый на годы работы врача и пациента. Поэтому, начиная лечение, следует наметить план и придерживаться его.

В общих чертах, аналогично прочим хроническим заболеваниям с неизвестной этиологией, лечение больного псориазом имеет четыре этапа, весьма различных по своему содержанию.

1. Этап «активной терапии» – выбор и подбор средств, методик и методов терапии. Продолжительность этого этапа обычно указана в нормативах. Критерием является перевод процесса в стадию стабилизации и стадию разрешения. Обязательным является предупреждение нежелательных и побочных эффектов от назначенной терапии. Чаще осуществляется в стационаре.

2. Этап «долечивания» – более продолжительный. Задачей этого этапа является максимально возможное разрешение явлений патологии. Обязательным является определение и лечение сопутствующих заболеваний, а также определение провоцирующих обострения

(«триггерных») факторов.

3. Этап поддерживающей терапии. Пациенту важно понять, что улучшение получено исключительно благодаря проведенному лечению, а ответственность за рецидивирование процесса во многом будет лежать на нём самом. На этом этапе важно определение пусковых факторов обострения и предупреждение их.

4. Этап противорецидивного лечения. Какой бы хорошей не была поддерживающая терапия, но вследствие изменений организма больного и изменений факторов окружающей среды эта терапия рано или поздно станет несостоятельной. Выделяют плановые (чаще, – связанные с действием прогнозируемых пусковых факторов) и неплановые (после действия непрогнозируемых пусковых факторов) курсы противорецидивного лечения. Само собой разумеется, что состав противорецидивной терапии будет во многом зависеть от вида провоцирующего фактора, – поэтому противорецидивное лечение в начале осени при «зимнем» типе течения псориаза будет отличаться от противорецидивной терапии после ОРЗ, аборта или отравления алкоголем. Важно, чтобы пациент понимал свою ответственность за своевременное начало этого курса, а не скрывал от врача факт действия провоцирующего фактора, надеясь, что «на этот раз обойдется». Гораздо проще и дешевле будет предупредить обострение, чем потом его лечить.

Именно на этапах поддерживающей терапии и противорецидивного лечения реализуется роль врача общей практики как участника диспансеризации (не самостоятельной, но со специалистом), его участие в реабилитационных мероприятиях и обеспечении профилактических мероприятий. Именно благодаря участию врача общей практики курация больного псориазом получает совсем другое наполнение и становится высокоэффективной, достигая нового качественного уровня.

Таким образом, планомерно и методично проводимая терапия при наличии полной непрерывной ремиссии в течении 3-5 лет дает врачу право утверждать, что это состояние можно считать стойким и больной не нуждается в дальнейшем специальном лечении.

Такое бывает не часто. Число подобных успешных случаев в практике лечения больных псориазом бывает не больше, чем число подготовленных мастеров спорта в практике тренера. Поэтому-то мы и говорим о сложности лечения больных псориазом. Но такое возможно, и к этому должны стремиться врач и больной (в связи

с этим, наверное, лишним будет напоминание о том, что значительная часть этого успеха будет зависеть именно от самого больного).

В отношении составляющих терапии псориаза можно привести известный афоризм: «Нет таких средств, которыми не пытались лечить псориаз».

В силу обширности списка, в небольшой статье вряд ли возможно провести анализ всех способов лечения псориагической болезни; это скорее материал для монографии (и вряд ли одной), да и лучше, чтобы в силу причин, перечисленных выше, лечение назначал специалист-дерматовенеролог.

Основными моментами составляющих терапии псориаза следует считать то, что лечение должно быть **комплексным**. Любые попытки проведения монотерапии будут обречены, в конце концов, на неудачу.

Следующий момент – лечение псориаза в основном должно проводиться методами **консервативной** терапии. Хирургическое лечение проявлений псориагической болезни возможно лишь в отношении поражений опорно-двигательного аппарата. Иногда врачи об этом забывают подумать, обрекая больного на неподвижность.

Консервативная терапия псориаза должна (обязана) включать в себя методы и средства **медикаментозной терапии, физиотерапии и психотерапии**. Важно использовать их все в комплексе, не забывая, что, например, методы физиотерапии (и даже психотерапии) в большинстве случаев будут более эффективны, безопасны, дешевы и удобны для больного.

Как показывает практика разбора проблемных случаев лечения больных псориазом, именно отсутствие (а иногда и игнорирование врачом или пациентом) методов физио- и психотерапии было причиной неэффективности лечения, развития осложнений, проблем во взаимодействии врач – больной.

Рассматривая вопрос применения средств медикаментозной терапии и физиотерапии, следует обратить внимание на необходимость рационального использования и **применения этих средств локально и системно**. Важно помнить, что многие средства, применяемые наружно, смогут при грамотном применении оказывать системное действие и проникать в глубокие ткани (например, в комбинации с Димексидом). И наоборот, назначаемые парентерально средства могут давать выраженный локальный эффект, – например, сочетание приема фотосенсибилизатора вовнутрь и локального

облучения ультрафиолетом при сочетанной (не комбинированной) химиолучевой терапии.

Говоря о средствах медикаментозной терапии, следует еще раз отметить, что, вследствие незнания этиологии этого заболевания, терапия его преимущественно будет патогенетической, – хотя о необходимости средств симптоматической терапии и макияжа также забывать не следует.

Поскольку основным моментом патогенеза следует считать нарушение пролиферации и дифференцировки клеток эпидермиса, – логично, что основными средствами терапии будут **антипролиферативные средства**. Рассматривая группу этих средств, можно отметить, что при лечении псориаза применяются:

- средства, антипролиферативное действие которых является для них основным,:

- 1) азатиоприн;
- 2) 6-меркаптопурин;
- 3) циклофосфан;
- 4) метотрексат;
- 5) фторафур;
- 6) циклоспорин А;
- 7) ретиноиды;

- средства, антипролиферативное действие которых является не основным, в частности:

- 1) препараты кальция и магния;
- 2) метилксантины;
- 3) кортикостероидные гормоны;
- 4) иммуносупрессоры.

Большой интерес представляет методика антинеопластической терапии, заключающаяся в ограничении продолжительности действия антипролиферативных средств назначением их антагонистов, что позволяет оказывать антипролиферативное действие в точно определенные временные интервалы, избегая патогенного влияния на «нормальные» клетки организма.

Следующим направлением патогенетической терапии следует считать **иммуномодулирующую терапию** во всей ее полноте, – от иммуносупрессивной до противовоспалительной и неспецифической стимулирующей терапии. Особенно важно назначать ее больным с тяжелыми и атипичными формами псориаза (пустулезный псориаз, псориагическая артропатия, эритродермия). Наиболее часто больным назначают кортикостероиды:

- преднизолон (Апо-Преднизон, Декортин Н, Теднисол, Шеризолон);

- метилпреднизолон (Медрол, Метипред, Урбазон);

- дексаметазон (Даксин, Дексазон, Кордиктекс, Фортекортин);

- триамцинолон (Берликорт, Делфикорт, Кеналог, Полькортолон);

- бетаметазон (Целестон) и др.

Однако, следует отметить нежелательность применения кортикостероидов и иммуносупрессантов при лечении больных с обычной формой псориаза.

Очень желательно при артропатии назначать больным нестероидные противовоспалительные средства.

Учитывая несомненную роль нарушений метаболизма в патогенезе псориаза, следующим направлением его патогенетической терапии следует считать применение средств, **корректирующих обмен веществ**. Наличие сопутствующей патологии у больного подскажет врачу направление и обоснуют выбор средств этой терапии. Помимо хорошо известных витаминов и коферментов (практически всех известных на сегодняшнее время), следует помнить также и о препаратах фосфолипидов, различных стимуляторах обмена (в том числе и гормонах) и т. п. Перечисление их полностью повторит соответствующий раздел справочника лекарственных средств.

Весьма эффективными при лечении псориаза являются также коферментные препараты невитаминного происхождения.

Особое место в лечении псориаза занимает **тканевая терапия** – от хорошо известных методов применения аутокрови и препаратов крови до современной терапии моноклональными антителами:

- этанерсепт (Энбрел);
- адалимумаб (Хумира);
- эфализумаб (Раптив);
- инфликсимаб (Ремикейд).

Тканевая терапия является довольно-таки мощным лечебным фактором, оказывающим весьма разноплановое действие на организм.

Учитывая важное место психоневрологических нарушений в патогенезе псориаза, необходимой составляющей патогенетической терапии является назначение **психотропных средств** (транквилизаторов, антидепрессантов, нейролептиков, психостимуляторов).

Не стоит также забывать и о средствах **дезинтоксикационной терапии**, эффективность которых доказана и не подлежит сомнению. В ряде случаев, экстракорпоральная детоксикация (гемосорбция, плазмаферез) являются единственным возможным методом решения проблемы лечения больных псориазом.

Часто используемые при лечении псориаза **ангиотрофические и антигистаминные сред-**

ства стоит рассматривать, учитывая их влияние на процессы пролиферации и дифференцировки, а также иммуномодулирующий, метаболический и нейротропный эффекты при назначении соответствующих видов патогенетической терапии.

Фитотерапия псориаза достаточно хорошо разработана, и многие из фитотерапевтических средств соответствующего патогенетического действия уже давно и прочно заняли позиции классических средств медикаментозной терапии псориаза.

Особое место в лечении псориаза занимает **местное (наружное) лечение**. В той же мере, как и относительно средств общей терапии, к наружной терапии относится необходимость тщательного учета всех четырех моментов назначения терапии больным псориазом. Следует отметить, что не все больные одинаково реагируют на, казалось бы, совсем индифферентные средства наружного лечения. Подбирать средства наружной терапии – несомненное искусство врача, и хотелось бы предупредить коллег о том, что не следует чересчур уж связывать свои надежды с современными официальными средствами.

Важным является правило: вначале любое наружное средство следует наносить на ограниченный участок кожи и только после этого – на распространенные участки поражения.

Отдельно следует предостеречь от желания применения наиболее активных и высокоэффективных наружных средств без должного на то основания, что является проблемой многих врачей и пациентов и служит причиной развития резистентных или атипично протекающих форм псориаза.

В стадии прогрессирования и при ирритативных (раздраженных) проявлениях псориаза, больным следует назначать исключительно индифферентные средства (содержащие растительные, животные жиры и, реже, – минеральные масла) в виде эмульсий, линиментов, кремов и мазей. Допускается применение небольших концентраций кератопластических средств, например:

- 2,5-процентная салициловая кислота;
- 5-процентная борная кислота.

Топические кортикостероиды занимают важное место в лечении псориаза. Согласно Европейской классификации активности, наиболее популярной среди дерматологов топические кортикостероиды по силе действия делятся на 4 класса:

- слабые – I класса:
 - 1) дексаметазон;
 - 2) преднизолон;
 - 3) гидрокортизон;
 - 4) гидрокортизона ацетат и др.;

- средние – II класса:
 - 1) флуоцинолона ацетонид;
 - 2) триамцинолона ацетонид;
 - 3) флуметазона пивалат и др.;
- сильные – III класса:
 - 1) метилпреднизолона ацепонат;
 - 2) предникарбат;
 - 3) гидрокортизон-17 бутират;
 - 4) флютиказона пропионат;
 - 5) мометазона фуоат;
 - 6) бетаметазона валерат;
 - 7) флуцинонид и др.;
- очень сильные – IV класса (клобетазола пропионат).

Слабые и средней силы топические кортикостероиды в форме лосьонов, гелей и кремов рекомендовано применять при лечении экссудативных форм псориаза. Препараты этого класса целесообразно использовать на участках с тонкой кожей, на волосистой части головы. Их также рекомендовано назначать маленьким детям и пожилым людям.

Сильные и очень сильные топические кортикостероиды рекомендованы для лечения гиперкератотических элементов. Их целесообразно использовать на участках с толстой кожей (на ладонях и подошвах). Для увеличения концентрации и степени проникновения препарата топические кортикостероиды можно использовать под окклюзионную повязку. При лечении псориаза часто также применяют официальные средства, содержащие в своем составе кортикостероиды в комбинации с другими средствами (салициловой кислотой, кальципотриолом и т.п.).

В качестве современных средств наружного лечения псориаза следует отметить:

- топические ретиноиды (Тазаротен);
- препараты, содержащие синтетические аналоги витамина D_3 – кальципотриол:
 - 1) «Псоркутан»;
 - 2) «Дайвонекс»;
 - 3) «Форкал»;
- гидроксиксантроны – синтетические аналоги хризаробина: дитранол и его аналоги:
 - 1) Цигнодерм;
 - 2) Дитрастик;
 - 3) Псоракс;
 - 4) Миканол.

Последние обычно рассматривают в группе так наз. «разрешающих средств», которые назначают больным после перехода процесса в стадию разрешения. Классическими средствами, используемыми для лечения псориаза в этой стадии, являются такие кератолитики, как:

- 5-процентная салициловая кислота;

- дёготь (древесный и каменноугольный);
- ихтиол;
- препараты нафталанской нефти и др.

Часто эти средства также комбинируют с топическими кортикостероидами.

Перечень средств наружной терапии можно еще продолжать - их очень много. Практическим врачам следует помнить, что при длительном применении одних и тех же наружных средств к ним развивается «невосприимчивость» или развиваются нежелательные или побочные эффекты; поэтому их следует чаще менять.

Важной рекомендацией при проведении наружной терапии является утверждение, что «важно не только то, что наносить, важно – и на что наносить». Часто пациенты не готовят должным образом поверхность кожи к нанесению наружных средств, что дает нежелательные эффекты.

Физиотерапия, как это было сказано выше, является если не основной, то, по крайней мере, обязательной частью лечения больных псориазом. Для лечения псориаза разработано и с успехом опробовано большое количество оригинальных методик, среди которых особое место занимают методики сочетанных медикаментозно-физиотерапевтических процедур. Стоит обратить внимание на такие эффективные методики, как:

- экстрокорпоральное УФ облучение крови пациентов (аутофотооблучение крови – АУФОК);
 - ПУВА-терапия с ее многочисленными модификациями (Ме-ПУВА и Ре-ПУВА-терапия);
 - селективная фототерапия и др., –
- о которых можно прочитать в соответствующих руководствах.

Закончить перечисление средств и методов терапии хотелось бы таким важным и обязательным методом лечения, как бальнеотерапии, без которого лечение псориаза практически невозможно.

Подводя итог изложенному выше, хотелось бы еще раз отметить, что cura больных псориазом и лечение псориаза до сих пор остается одной из сложных проблем современной медицины и практической дерматологии. Проведение лечения следует осуществлять, в обязательном порядке, во взаимодействии со смежными специалистами, с учетом всей имеющейся у пациента патологии и при обязательном наблюдении врача-дерматолога. Коллегам же дерматологам хотелось бы ещё раз напомнить о сложности лечения псориаза и предостеречь от увлечения рекламируемыми чудо-средствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Дерматовенерология. Клинические рекомендации*, 2010 / Под ред. А. А. Кубановой. – М. ДЭКС-Пресс, 2010. – 428 с.
2. *Дерматовенерология. Национальное руководство* / Под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.
3. *Дерматовенерология. Учебное пособие для врачей и врачей-интернов* / Под ред. В. П. Федотова, А. Д. Дюдюна, В. И. Степаненко. – Изд. 2-е. рус.– Днепропетровск–Киев: Изд-во «Свидлер А.Л.», 2011. – 652 с. (Рекомендовано ЦМК по высшему образованию МЗО Украины как учебное пособие для врачей-интернов, врачей-слушателей заведений (факультетов) последилового образования по специальности «Общая практика – семейная медицина»).
4. *Дерматология, венерология: Учебник* / Под ред. В. И. Степаненко. – К.: КИМ, 2012. – 904 с.
5. *Дифференциальная диагностика кожных болезней* / Под ред. Б. А. Беренбейна, А. А. Студницина. – М.: Медицина, 1989. – 672 с.
6. *Довжанский С.И. Псориаз или псориагическая болезнь: В 2-х ч. / С. И. Довжанский, С. Р. Утц. - Саратов: Изд-во Саратовск. ун-та, 1992. - Ч.1.- 176 с. - Ч.2 - 96 с.*
7. *Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання // Наказ МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р.: «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання». – Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2009.*
8. *Макурина Г. И. Лечение псориаза / Г. И. Макурина, К. А. Веретельник / Клинические лекции по дерматовенерологии и косметологии / Под ред. В. П. Федотова, А. И. Макаруча. – Т. 2. – Запорожье–Днепропетровск, 2013. – 552 с.*
9. *Ошибки в дерматологии: Руковод. для врачей / О. К. Шапошников, А. Я. Браиловский, И. М. Ранатовский, В. И. Самцов. - Л. : Медицина, 1987. – 204 с.*
10. *Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги // Наказ МОЗ України №646 від 05.10.2011 р. – Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2009.*
11. *Псоріаз. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – К., 2013. – 218 с.*
12. *Рекомендации по терапии больных псориазом. – М.: Федеральное Государственное учреждение «Государственный научный центр дерматовенерологии Росмедтехнологий», 2008. – 91 с.*
13. *Стандарти діагностики та лікування хвороб, які передаються статевим шляхом, та хвороб шкіри / Наказ МОЗ України № 286 від 07.06.2004 р.: «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України». – Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2004.*
14. *Стандарти якості діагностично-лікувального процесу в дерматології та венерології / Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002 р.: «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги». – Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2002.*
15. *Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Псоріаз, включаючи псориагичні артропатії. – Київ, 2015. – 54 с.*

ТАКТИКА ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СТОСОВНО ПАЦІЄНТОВ З ПСОРИАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ. КЛІНІЧНА ЛЕКЦІЯ

Горбунцов В. В.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»*

Методично і послідовно розібрано проблеми тактики лікаря загальної практики – сімейної медицини відносно пацієнтів з псоріатичною хворобою (ПХ). Докладно розглянуто загальні принципи курації, проблеми лікування та індивідуалізації терапії пацієнтів з ПХ. Наведено дані про сучасні методи лікування та профілактики псоріазу.

Ключові слова: псоріаз, лікар загальної практики, лікар сімейної медицини, тактика курації.

THE GENERAL PRACTITIONERS TACTICS TOWARDS PATIENTS WITH PSORIATIC DISEASE. A CLINICAL LECTURE

Gorbuntsov V. V.

*“Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of
Ukraine” SE*

The problems of the general practitioner's – family medicine doctor's tactics towards patients with the psoriatic disease (PD) have been discussed methodically and consistently. The general principles of supervision, the problems of the individualization of treatment and care of patients with PD have been considered in detail. The data on the modern methods of treatment and prevention of psoriasis have been presented.

Keywords: psoriasis, general practitioner, family medicine doctor, tactics of supervision.

Горбунцов Вячеслав Вячеславович – доктор медичинських наук, професор кафедри кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины». gorbuntsovvv@rambler.ru