

Рекомендована д-м біол. наук, проф. І.М. Кліщем

УДК 616.1/4:615.04

ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ: ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

©І.А. Зупанець, І.А. Отрішко, О.Ю. Побережник, С.К. Шебеко, В.А. Задорська

Національний фармацевтичний університет, Харків

Резюме: на сьогодні псоріаз посідає лідируюче місце серед захворювань шкіри та складає, відповідно, 15-29%. Досить значний відсоток непрацездатності хворих, складні умови соціальної адаптації, необхідність постійної фармакологічної корекції пацієнтів на псоріаз зумовлюють залучення до процесів психофармакологічної та фармакотерапевтичної підтримки хворих не лише спеціалістів-дерматологів, але також і фахівців фармації. Провізори мають бути обізнаними з симптоматикою даного захворювання, бути компетентними у питаннях виявлення загрозливої симптоматики та раціонального застосування рецептурних і безрецептурних засобів для комплексного лікування псоріазу.

Ключові слова: фармацевтична опіка, лікарські препарати, псоріаз.

Вступ. Псоріаз – мультифакторіальний спадковий дерматоз, що характеризується проліферацією клітин епідермісу, порушенням процесів апоптозу, розладами функції центральної, периферійної та вегетативної нервової системи, ендокринних залоз, вісцеральними порушеннями (нирки, серцево-судинна система і т.д.), патологією суглобів, обміну речовин. Поширення псоріазу в популяції складає 1-3 та 15-29 % в структурі захворювань шкіри. Клінічні прояви можуть мати місце протягом всього життя, можливе прогресування з віком, прояви можуть підсилюватися або слабшати. Фізичні й психологічні розлади, пов'язані з даним захворюванням, можуть призвести до втрати працездатності, від часткової до повної [1, 12, 13, 17, 26].

Мета роботи – узагальнення відомостей про лікування пацієнтів на псоріаз, на підґрунті чого нами запропоновано принципи фармацевтичної опіки хворих.

Серед етіологічних чинників, які сприяють розвитку та прогресуванню захворювання, виділяють такі фактори: нервові стреси, спадковість, застудні захворювання, загострення соматичної патології, куріння, надлишкова маса тіла, зловживання алкоголем та ін. [3, 7, 19, 21, 28].

Для псоріазу патогномонічною є триада феноменів: феномен «стеаринової плями»; феномен «термінальної плівки»; феномен «крапкової кровотечі» [10, 11, 22].

Найбільш часто зустрічаються такі стадії псоріазу: прогресуюча, стаціонарна та регресивна [6, 27].

Самолікування при псоріазі неприпустиме, тому *перед початком лікування обов'язковою є консультація лікаря-дерматолога!* [9, 14, 15].

Основними напрямками лікування псоріазу є такі [2, 8, 16, 23]:

1) прогресуюча стадія захворювання:

- усунення тригерних факторів, корекція супутніх захворювань;
- дієта з обмеженням тваринних жирів і вуглеводів, виключення гострих страв, алкоголю, відмова від куріння;
- системна терапія включає використання таких груп лікарських засобів: антигістамінні препарати; гіпосенсибілізуювальні препарати; вітаміни (В₆, В₁₂, А, С та ін.; донатори макроергічних сполук; седативна терапія (заспокійливі, транквілізатори та ін.);

2) стаціонарна стадія, особливо при торпедному перебігу:

- автогемотерапія, пірогенал (при наявності вогнищ хронічної інфекції);
- ультрафіолетове опромінення;
- зовнішньо: мазі – кератопластичні;
- підтримувальні слабкі кортикостероїди;

3) обтяжливі форми псоріазу:

- системна кортикостероїдна терапія;
- якщо така терапія виявляється неефективною, то рекомендують використання цитостатиків;
- можливе використання фотохіміотерапії, гемосорбції, плазмаферезу.

Сучасний арсенал препаратів для зовнішнього лікування псоріазу представлений такими групами:

- 1) кератолітичні та кератопластичні засоби;
- 2) кортикостероїди для місцевого застосування (монокомпонентні та комбіновані);
- 3) препарати дьогтю (цигнолін, цигнодерм,

кам'яновугільний дьоготь, березовий дьоготь, дитранол, дитрастик, фридерм-дьоготь);

4) синтетичні аналоги вітаміну D₃ (форкал, псоркутан, дайвонекс);

5) фітопрепарати зовнішньої дії;

6) індиферентні вітамінізуючі креми та мазі.

З огляду на те, що перебіг псоріазу характеризується послідовними клініко-морфологічними змінами у шкірі, ефективним є призначення топічних препаратів, адекватних тій чи іншій стадії запальних змін. Так, при гострому запальному процесі, що характеризується гіпертермією, набряком, ексудацією, підвищеною мітотичною активністю у базальному шарі епідермісу, доцільно використовувати зовнішні кортикостероїдні препарати, активні за дією на гідрофільній основі. При стабілізації шкірного процесу проникність шкіри для локальних кортикостероїдів знижується, тому доцільно використання кортикостероїдних препаратів на жирних основах.

При розробці алгоритму зовнішнього лікування хворих на псоріаз доцільно керуватися такими принципами [4, 5, 24, 25]:

- вибір кортикостероїду має відповідати інтенсивності клінічної картини псоріазу, тобто протизапальна, вазоконстрикторна, антиалергічна, антипроліферативна дія кортикостероїду повинна бути адекватною ступеню ураження шкіри;

- концентрація кортикостероїду, частота застосування та інші характеристики препарату не повинні спричиняти побічних ефектів;

- вид лікарської форми препарату має бути адекватний стадії запального процесу та його морфологічним особливостям, локалізації ураження;

- введення допоміжних речовин (кератолітики, антибіотики, антисептики) для розширення спектра дії кортикостероїдних препаратів і зведення до мінімуму їхньої концентрації.

Таким чином, з вищенаведеного випливає ще один принцип – принцип послідовності застосування різноманітних форм лікарських засобів залежно від форм та стадій захворювання: при гострому запаленні з проявами ексудації – аерозолі, гелі, лосьйони; при згасанні запалення – креми; при стаціонарній та регресивній стадіях – мазі на гідрофобних основах.

Для зниження ризику розвитку можливих побічних ефектів кортикостероїдів рекомендують починати терапію з більш сильних за дією кортикостероїдів на гідрофільних основах; зменшувати по можливості частоту аплікацій; при наявності хронічного, торпідного запального процесу призначати препарати на гідрофобній основі [4, 5].

Із засобів немедикаментозної терапії пацієнтів на псоріаз фахівці рекомендують дотримувати-

ся дієти з обмеженням тваринних жирів і вуглеводів, виключити гострі страви, алкоголь; показане санаторно-курортне лікування – радонові та сірководневі джерела, сонячні ванни та морські купання; рекомендоване зниження ймовірності стресів; необхідно радитися з лікарем про оптимальний режим приймання сонячних ванн; у зимовий час зволожувати повітря в приміщенні як на роботі, так і вдома [18, 20].

З огляду на літературні джерела та власні експериментальні дослідження ми пропонуємо наступні рекомендації для лікарів – дерматологів із раціоналізації застосування антипсоріатичних препаратів.

1. Ефективність терапії псоріазу зростає при усуненні тригерних факторів.

2. Необхідно проводити підтримувальну терапію взимку та влітку.

3. Курс лікування загострення псоріазу становить не менше 12 днів, але підбирати курс слід індивідуально у кожному конкретному випадку.

4. Антигістамінні препарати використовувати короткими курсами по 7 - 15 днів, але не більше 20 - 30 днів. Більш ефективним є сумісне застосування антигістамінних засобів з кальцієвими сполуками.

5. Гіпосенсибілізуювальні препарати (глюконат і хлорид кальцію та ін.) рекомендуємо вводити хворим через день - два по 10 - 15 ін'єкцій на курс.

6. Серед вітамінних препаратів використовувати не тільки вітаміни А, Е, С, а ще і вітаміни групи В, Р, а також вітамінні препарати, які мають коферментні властивості.

7. Пропонуємо застосовувати седативну терапію або транквілізатори тільки тимчасово і лише при наявності виражених невротичних реакцій, коли антигістамінні препарати із седативним впливом виявилися недостатньо дієвими.

8. Якщо терапія глюкокортикостероїдними препаратами виявилася неефективною, то рекомендуємо використання цитостатиків, ретиноїдів, імунодепресантів.

9. При артропатичних формах псоріазу включати до схем комплексної терапії препарати хондромодулювальної дії (глюкоза мін та ін.).

10. Для кожного пацієнта слід розраховувати індекс охоплення PASI вперше, та навчити пацієнта в подальшому робити це самостійно.

11. Пояснювати основні принципи адекватності терапії зовнішніми засобами.

У ході проведеної роботи розроблено алгоритм та сформульовано принципи фармацевтичної опіки пацієнтів на псоріаз, які можуть бути корисними як для пацієнтів, а також для провізорів та лікарів (схема 1).

При першочерговому зверненні до аптеки у ході попередньої бесіди провізора з відвідува-

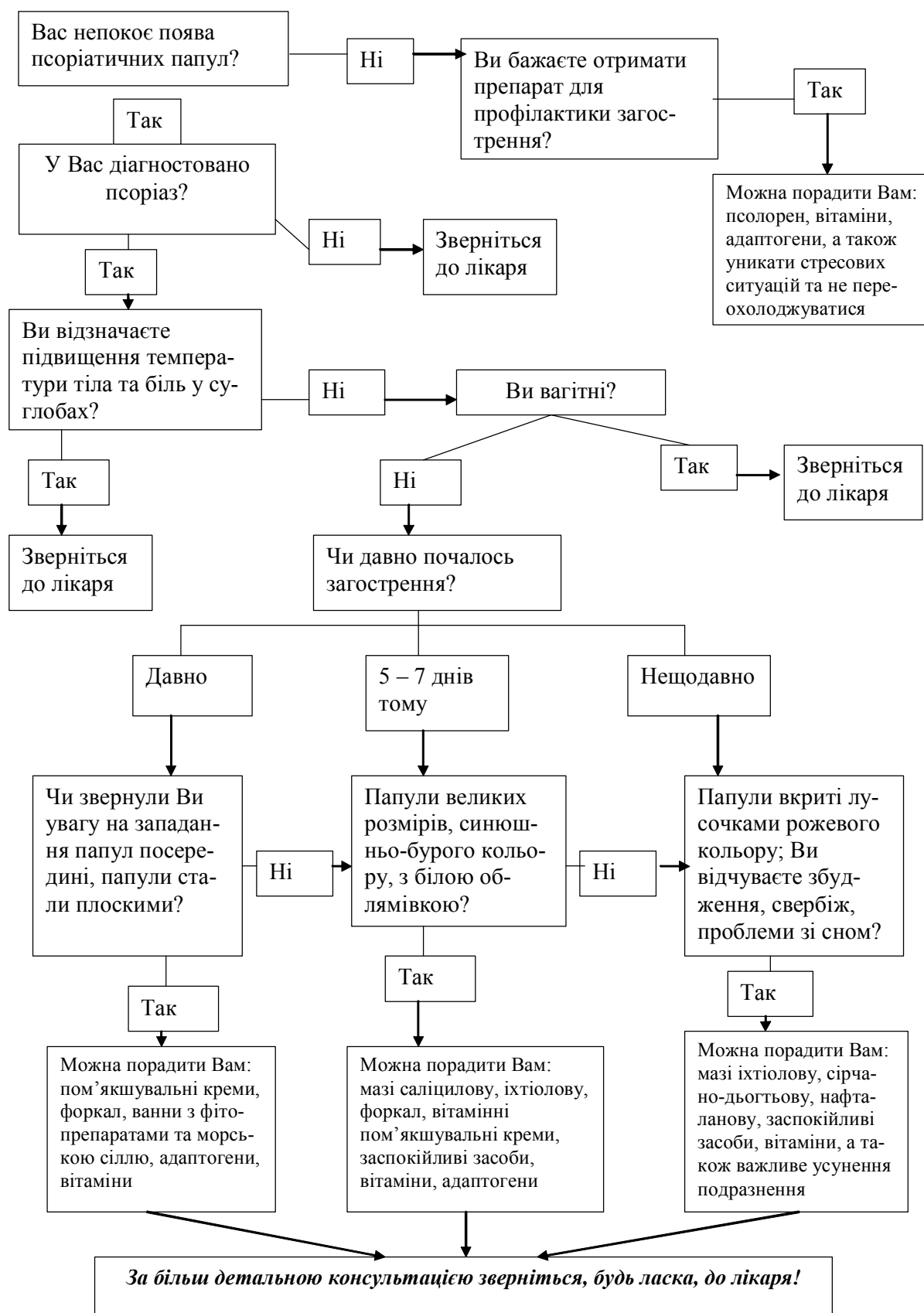


Схема 1.

чем спеціаліст може акцентувати увагу хворого на таких моментах :

- виявити “загрозливі” симптоми при загостренні захворювання, що потребують негайного звернення до лікаря;
- акцентувати увагу пацієнта на немедикаментозних рекомендаціях (гігієна харчування, гігієна шкіри та ін.), що допоможуть в подальшому уникати частих загострень хвороби та ін.;
- надати рекомендації з раціонального застосування топічних лікарських форм;
- допомогти пацієнту розрахувати індекс охоплення псоріатичним процесом.

“Загрозливими” симптомами при псоріазі є: первинне звернення з симптоматикою, подібною до даного захворювання (при відсутності встановленого діагнозу); ситуації, коли захворювання має сімейний характер; значні за площею ураження шкіри; загострення хвороби у дітей, вагітних та інших хворих, які потребують підвищеної уваги провізора; підвищення температури тіла; поява болю у суглобах, скутість суглобів; підвищення артеріального тиску; висипання, що супроводжуються помокрінням ран та ін.

Основні принципи фармацевтичної опіки пацієнтів на псоріаз

- При перших ознаках загострення захворювання варто обов’язково звернутися до лікаря.
- Необхідно вести здоровий спосіб життя, дотримуватися раціонального режиму сну і відпочинку, уникати переохолодження та застуд, які знижують захисні сили організму та провокують появу псоріатичних висипань.
- По можливості звести до мінімуму стресові ситуації.
- Виключити із раціону жирну їжу, в т.ч. сало, свинину, копчені вироби, а також продукти, які містять перець, оцет, гірчицю, маринади. Відмовитися від куріння, не вживати спиртні напої.
- При прийманні ванни чи душу користуватися м’якою губкою чи бавовняною серветкою. Не використовувати занадто тверде мило, бензин чи інші розчинники для очищення шкіри, оскільки це може призвести до появи нових висипань.
- Після приймання ванни наносити на шкіру пом’якшувальні креми із серії лікувальної косметики.
- Захищати шкіру від порізів, травм, опіків, влітку уникати радикальної засмаги.
- Надавати перевагу легкому просторому одягу із натуральних тканин; підбирати одяг із світлих тканин чи з малюнком, що може закам’ятувати лусочки шкіри.
- По можливості обмежити час перебування в приміщеннях з кондиціонерами, оскільки кондиціонування висушує повітря.

· У випадках, коли терапія, призначена лікарем, перестала проявляти очікуваний ефект, необхідно повторно звернутися до лікаря для корекції лікарської терапії.

· Антигістамінні препарати першого покоління можуть викликати сонливість, відчуття втоми, на період їх застосування слід відмовитися від управління автомобілем або керування складними апаратами.

· При сумісному застосуванні антигістамінних препаратів із седативними засобами слід пам’ятати про їх взаємопотенціувальний вплив.

· Всі препарати для зовнішнього застосування не слід наносити на поверхню відкритих ран.

· Перед первинним застосуванням того чи іншого препарату топічної дії доцільно зробити тест на алергічну реакцію шляхом нанесення невеликої кількості препарату на внутрішню поверхню зап’ястя.

· При лікуванні кератопластиками (бензоїл пероксид) існує період помилкового погіршення, про який необхідно попередити пацієнта.

· Чітко дотримуватися рекомендацій лікаря та провізора при лікуванні фітопрепаратами.

· Топічні кортикостероїдні препарати здатні викликати характерні для даної групи побічні ефекти. Для запобігання таких явищ необхідно проінформувати пацієнта, що препарати слід наносити на невеликі ділянки шкіри нетовстим шаром і дотримуватися рекомендацій лікаря щодо кратності нанесення.

· Тривале та безконтрольне застосування топічних кортикостероїдних препаратів може призвести до атрофії шкіри та підшкірно-жирової клітковини, телеангіоектазій, приєднання гнійничкової інфекції та ін.

· При застосуванні цитостатиків (антиметаболітів) необхідно звернути увагу пацієнта на достатній питний режим не менше ніж 2 л на добу.

· Лікування цитостатиками повинен проводити тільки лікар в умовах стаціонару.

· Застосування транквілізаторів, навіть у терапевтичній дозі, може призвести до звикання; препарати застосовують суворо під лікарським спостереженням, не слід різко відмінити препарати.

Висновки. Таким чином, відповідаючи принципам клінічної фармакології та фармацевтичної опіки, раціональна терапія псоріазу повинна бути обґрунтована на підставі різнобічної оцінки таких параметрів, як ефективність та безпека фармакокінетичних і фармакодинамічних характеристик препаратів, імовірності формування стійкості, переносимості ліків, факторів ризику розвитку ревматичних ускладнень, наявності в пацієнтів супутніх захворювань, необхідності прогнозування клінічних і економічних

наслідків неадекватного вибору препарату для лікування псоріазу тощо. І саме спільні дії пацієнта, лікаря і провізора будуть сприяти більш

ефективному та повноцінному вирішенню даних питань, а отже, сприяти покращенню якості життя хворих на псоріаз.

Література

1. Адашкевич А.С. Псоріаз. – М.: Медицинская литература, 2007. – 192 с.
2. Калюжная Л.Д., Федотов В. П. Губский Ю.И. Дзюбак Е. В. Фармакотерапевтический справочник для дерматовенеролога. – К.: Продюсерский центр «Плеяда», 1999. – 256 с.
3. Кожные и венерические болезни, под ред. Ю.К. Скрипкина. – М.: Медицина. – Т. 2. – 1995. – 423 с.
4. Кутасевич Я.Ф. Современные подходы к применению топических кортикостероидов // Журнал дерматологии и венерологии. – 2000. – № 1 (9). – С. 95 – 99.
5. Кутасевич Я.Ф., Цераїдіс Г.С., Ляпунова О.О., Олійник І.О., Маштакова І.О., Савенкова В.В. Зовнішнє лікування хворих на псоріаз: методичні рекомендації. – Харків, 2002. – 18 с.
6. Молочков В.А., Бадюкин В.В., Альбанова В.И., Волнухин В.А. Псоріаз и псориатический артрит. – М., 2007. – 306 с.
7. Мордовцев В. Н., Алиева П. М., Сергеев А. С. Заболевания кожи с наследственным предрасположением. – Махачкала, 2002. – С. 45 – 150.
8. Олисова О. Ю. Современные подходы к ведению больных псоріазом // Русс. мед. журн. – 2004. – № 12 (4) (204). – С. 182 – 185.
9. ОТС®-ответственное самолечение; под ред. И.А. Зупанца, И.С. Чекмана. – 4-е изд., перераб. и доп. – К.: «Фармацевт Практик», 2007. – 368 с.
10. Пальцев М. А., Потекаев Н. Н. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи. – М.: Медицина, 2004. – С. 36.
11. Рукша Т. Г., Салмина А. Б. Апоптоз и пролиферация кератиноцитов у больных псоріазом с различной давностью заболевания // Клини. дерматол. и венерол. – 2003. – № 2. № С. 60 – 63.
12. Самсонов В.А., Знаменская А.Ф. Заболевания кожи: диагностики, лечение, профилактика // Медицина для всех. – 2001. – № 2. – С.55 – 56.
13. Терлецкий О.В. Псоріаз: дифференциальная диагностика «псоріазоподобных» редких дерматозов; Терапия: Медицинский атлас: монография для врачей. – Деан, 2007 – 512 с.
14. Фармацевтическая опека: атлас / И.А. Зупанец, В.П. Черных, В.Ф. Москаленко и др.; под ред. И.А. Зупанца, В.П. Черных. – К.: «Фармацевт Практик», 2004. – 192 с.
15. Фармацевтическая опека: курс лекций для провизоров и семейных врачей / И.А. Зупанец, В.П. Черных, С.Б. Попов и др.; под ред. В.П. Черных, И.А. Зупанца. – Х.: Фармитэк, 2006. – С. 220 – 253.
16. Чистякова И.А., Хапилова В.И. Авербах Е.В. Кортикостероидные гормоны в дерматологии. Сообщение II: Топическое применение кортикостероидов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2000. – № 6. – С. 16 – 17.
17. Шилов В. Н. Псоріаз. – М.: Медицина, 2001. – 368 с.
18. Bhosle M., Monali J. et al. Quality of life in patients with psoriasis // Health and Quality of live outcomes. – 2006. – Vol. 4, № 35. – P. 128-131.
19. Chren M.M., Melchi C.F., Pasquin P., Tabolli S., Abeni D. Age, Gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis // British journal of dermatology. – 2006. – Vol. 154, № 2. – P. 325-331.
20. Feldman S. R., Mellen B. G., Housman T. S. et al. Efficacy of the 308-nm eximer Laser for treatment of psoriasis: Results of a multicenter study // J. Am. Acad. Dermatol. – 2002. – № 46(6). – P. 900 – 906.
21. Fortune D.G., Richards H.L., Griffiths C.E., Main C.J. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia // British Journal of Clinical Psychology. – 2002. – Vol. 41. – P. 157-174.
22. Globe D., Bayliss M.S., Harrison D.J. The impact of itch symptoms in psoriasis: results from physician interviews and patient focus groups // Health Qual Life Outcomes. – 2009. – Vol. 5, № 7. – P. 62.
23. Krueger G., Ellis C.N. Psoriasis—recent advances in understanding its pathogenesis and treatment // J. Am. Acad. Dermatol. – 2005. – Vol. 53, № 1. – P. 94–100.
24. Lahfa M, Mrowietz U, Koenig M, Simon JC. Calcitriol ointment and clobetasol propionate cream: a new regimen for the treatment of plaque psoriasis / Eur. J. Dermatol. – 2003. – № 13 (3). – P. 261 – 265.
25. Langer A, Stapar W. Efficacy and tolerance of topical calcitriol 3 mcg/g in psoriasis treatment / Br.J. Dermatol. – 2001. – № 144 (suppl 58). – P. 1 – 16.
26. Laporte M., Galand P., Fokan D., de Graef C. et al. Apoptosis in established and healing psoriasis // Dermatol. – 2000. – № 200 (4). – P. 314 – 316.
27. Nickoloff B.J., Nestle F.O. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities // J. Clin. Invest. – 2004. – Vol. 113, № 12. – P. 1664–1675.
28. Parker M., Adams J., Heading G., Pond D., Smith W. Experiences of appearance-related teasing and bullying in skin diseases and their psychological sequelae: results in a qualitative study // Scandanavian Journal of Caring Sciences. – 2008. – Vol. 22. – P. 430-436.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ОПЕКА БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ: ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

И.А. Зупанец, И.А. Отришко, О.Ю. Побережник, С.К. Шебеко, В.А. Задорская

Национальный фармацевтический университет, Харьков

Резюме: на сегодня псориаз занимает лидирующее место среди заболеваний кожи и составляет соответственно 15-29 %. Достаточно значительный процент нетрудоспособности больных, сложные условия социальной адаптации, необходимость постоянной фармакологической коррекции пациентов на псориаз обуславливают вовлечение в процесс психофармакологической и фармакотерапевтической поддержки больных не только специалистов-дерматологов, но также и специалистов фармации. Провизоры должны быть осведомленными с симптоматикой данного заболевания, быть компетентными в вопросах выявления угрожающей симптоматики и рационального применения рецептурных и безрецептурных средств для комплексного лечения псориаза.

Ключевые слова: фармацевтическая опека, лекарственные препараты, псориаз.

PHARMACEUTICAL CARE OF PATIENTS WITH PSORIASIS: WAYS OF LIFE QUALITY INCREASING

I.A. Zupanets, I.A. Otrishko, O.U. Pobereжник, S.K. Shebeko, V.A. Zadorska

National Pharmaceutical Universiti, Kharkiv

Summary: for today psoriasis takes the leading place among skin diseases and makes accordingly 15-29 %. Appreciable enough percent of patients disability status, difficult conditions of social adaptation, necessity of constant pharmacological correction of patients with psoriasis cause involving in process of psycho-pharmacological and pharmacotherapeutical supports of patients not only the experts- dermatologists, but also and experts in pharmacy. The pharmacutists should be informed with symptomatology of the disease, must be competent in questions of threatening signs revealing and rational application of prescriptional and nonprescriptional drugs for complex treatment of psoriasis.

Key words: pharmaceutical care, medicinal drugs, psoriasis.