

Кочергин С.Н.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА ГЕНИТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У МУЖЧИН

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

Сегодня псориаз принято рассматривать как аутоиммунный мультифакториальный дерматоз, входящий в шестерку ведущих по значимости аутоиммунных заболеваний наряду с болезнью Крона, сахарным диабетом, ревматоидным артритом и характеризующийся хроническим рецидивирующим течением, многообразием клинических форм, нередко малой эффективностью терапии и низкой приверженностью больных к лечению. Помимо этого, частое начало заболевания в молодом возрасте, длительный хронический характер течения псориаза, локализация высыпаний на открытых местах, оказывая во многих случаях психологическое воздействие на пациента, в значительной степени ухудшает качество жизни больных в самом широком смысле этого понятия.

Помимо степени выраженности клинических проявлений псориаза, оцениваемой обычно индексом PASI, тяжесть псориаза сильно зависит от клинического фенотипа заболевания. Самым частым фенотипом является бляшечный псориаз, которым страдают около 80% от всех больных. Вторым по частоте признается каплевидный псориаз (до 20%), затем следует эритродермический вариант (чуть более 2%) и, наконец, около 2% приходится на пустулезный псориаз – генерализованный и ладонно-подошвенный.

Среди больных самого частого фенотипа – бляшечного псориаза нередко встречаются свои группы разного разнообразия, в частности по локализации: интертригинозный, ладоней и подошв, себорейный, волосистой части головы, области гениталий. Последняя локализация, актуальная, в первую очередь для больных мужского пола, и называемая некоторыми авторами «трудная» локализация, представляется одной из нередких и особым образом оказывает негативное психологическое воздействие на пациента, особенно в сфере сексуальных отношений.

По нашим данным локализация псориазических высыпаний на коже полового члена и мошонки встречается более, чем у половины мужчин с вульгарным псориазом. И такая локализация требует особого терапевтического подхода и в первую очередь с точки зрения подбора наружных противовоспалительных препаратов.

По данными доказательной медицины к эффективным наружным средствам при псориазе относят дегтярные препараты, кортикостероиды, аналоги витамина Д₃ и ретиноиды. Препараты, содержащие деготь давно на практике доказали свою клиническую эффективность, однако, неприятное окрашивание кожи и одежды, частое раздражение в местах нанесения и неудобство применения в амбулаторных условиях делают их сегодня малопопулярными. Наружные ретиноиды, обладая умеренной эффективностью при монотерапии, также нередко вызывают раз-

дражение кожи. Наружные кортикостероиды давно стали самыми часто назначаемыми, демонстрируют свою высокую эффективность при бляшечном псориазе, быстро приводя к регрессу высыпаний в первые недели применения. Однако, наступающая ремиссия обычно кратковременна, длительная терапия приводит к привыканию и стероидной резистентности, а известный набор прогнозируемых побочных эффектов стероидов не только ограничивает их длительное применение вообще, но и лежит в основе широко распространенной стероидной фобии, которая приобретает особую ассоциацию с генитальной локализацией псориаза и понятным образом приводит к весьма низкой приверженности больных к лечению.

Все вышесказанное побудило нас провести наблюдательное нерандомизированное исследование по изучению клинической эффективности наружного ингибитора кальциневрина – мази такролимуса 0,03% при псориазе генитальной локализации у мужчин. Критериями включения больных мужчин в исследование был вульгарный псориаз легкой и средней степени тяжести, с индексом PASI менее 10, не требующий системной терапии и с наличием псориазических высыпаний на коже полового члена и мошонки. Непременным условием было наличие информированного согласия пациента на проведение лечения “off label”.

Под наблюдением находились две группы, подобранных таким образом больных: группа монотерапии (15 больных), в которой больные применяли на очаги поражения мазь такролимус 0,03% дважды в день; и группа комбинированной терапии (15 больных), где пациенты применяли мазь такролимус 0,03% вечером и получали процедуры фототерапии с помощью полихроматического поляризованного света с длиной волны 480–3400 нм. Облучение проводили на расстоянии 10–12 см перпендикулярно над очагом поражения в течение 5–6 мин ежедневно. Продолжительность лечения в обеих группах составила 2 нед. Результаты терапии оценивали с помощью дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС).

В результате лечения через неделю терапии ДИШС редуцировал на 35% в группе монотерапии и на 50% в группе комбинированного лечения; по окончании двухнедельного курса редуциция составила 70 и 95% соответственно. Переносимость лечения была хорошей, побочных эффектов или непереносимости не наблюдалось.

Эти первые предварительные результаты нашего исследования показывают, что комбинированное применение фототерапии и мази такролимус 0,03% при вульгарном псориазе генитальной локализации у мужчин обладает явным преимуществом перед монотерапией мазью такролимус.