

## ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГОРМОНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ТЕРАПІЇ ПСОРІАЗУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗАМІНИ ЇХ ПРЕПАРАТАМИ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ

**Кравчук Ю.В., Семченко К.В.**

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна*

*Кафедра аптечної технології ліків*

*julia-kravchuk1998@ukr.net*

Псоріаз є поширеним хронічним запальним імуніопосередкованим захворюванням, яке характеризується переважним ураженням шкіри і суглобів, тривалими рецидивами, повною або частковою втратою працездатності, високими рівнями інвалідизації і соціально-психологічною дезадаптацією пацієнтів. Інша назва псоріазу – лускатий лишай. Загострення захворювання відбувається в осінньо-зимовий період, рідше в весняно-літній.

Псоріатичні висипи зазвичай бувають поширеними і симетричними. Розрізняють три стадії: прогресуюча, стаціонарна і регресуюча. Інколи розвивається суцільне ураження шкіри (дифузний псоріаз) і навіть всього шкірного покриву (універсальний псоріаз).

Поширеність псоріазу в світі коливається в межах 1,2 – 5 % в загальних популяціях. Дерматоз може виникнути в будь-якому віці, частіше у віці 20-40 років. На псоріаз хворіють чоловіки та жінки у співвідношенні 1:1. Найбільш поширеною формою захворювання є простий (вульгарний), або бляшковий псоріаз, який реєструється у 80-90% пацієнтів.

Виділяють псоріаз звичайний (вульгарний, бляшковий); генералізований пустульозний псоріаз; акродерматит стійкий; псоріаз долоней і підошов, псоріаз краплеподібний, псоріаз артропатичний; згинальний інверсний псоріаз.

Основні терапевтичні цілі, які повинні бути досягнуті в процесі лікування псоріазу, є досягнення повного очищення шкіри від елементів висипу. В останні роки в клінічних дослідженнях використовують критерій 75% знищення PASI від початкового (PASI 75). У більшості пацієнтів з досягненням індексу (PASI 75) також спостерігається відповідне поліпшення якості життя (вимірюється як поліпшення показника DLQI). У більшості клінічних досліджень первинною кінцевою точкою для досягнення цільового PASI 75 є період 10-16 тижнів терапії.

Фармакотерапія псоріазу включає використання місцевої, системної та фото- або хіміотерапії. Вибір препаратів для терапії псоріазу залежить від перебігу захворювання та від залучення в патологічний процес шкіри та суглобів.

Місцеві методи лікування залишаються основою лікування псоріазу легкого перебігу. Пацієнти з тяжким перебігом псоріазу також використовують місцеві методи лікування (принаймні, для окремих ділянок тіла). Основні групи засобів, що використовуються для місцевого лікування псоріазу – пом'якшувальні засоби (емолієнти), вітамін D<sup>3</sup> і його аналоги, топічні глюкокортикостероїди (ТГКС), топічні інгібітори кальциневрину (ТІК), топічні ретиноїди, препарати дьогтю.

ТГКС застосовуються у вигляді мазей, ліпокремів, кремів, лініментів, аерозолів/пін, або ліполосьйонів/розчинів, в залежності від характеру та площі ураження шкіри, а також локалізації псоріатичних елементів. При хронічних процесах доцільно використовувати мазі і ліпокреми, при загостренні – креми та емульсії (іноді лосьйон і аерозоль). На волосяну частину голови краще наносити лосьйон або аерозоль (піна). Вибір препарату залежить від класу активності ТГКС. Перевагу надають препаратам 3-4 класу (табл. 1).

Курс терапії починається з безперервного (або стабілізаційного) режиму використання ТГКС щодня 1-2 рази на добу. Принципів точного дозування ТГКС немає. Для розрахунку

оптимально-необхідної кількості м'якої місцевої форми ТГКС (крему, мазі) використовується принцип «одиниці кільчика пальця» (ОКП). Відповідно до цього принципу, для аплікації місцевої форми ТГКС на кисть або стопу необхідно 2 ОКП, на верхню кінцівку – 3 ОКП, на нижню кінцівку – 6 ОКП, на тулуб – 14 ОКП. Таким чином, для одноразового нанесення місцевої форми ТГКС на всю поверхню тіла приблизна кількість засобу становить 20 г.

Таблиця 1

## Класифікація топічних ГКС та класами активності

Клас активності ТГКС	Препарати
Дуже сильні (IV)	Клобетазолу 17-пропіонат
Сильні(III)	Бетаметазону 17-валерат, бетаметазону дипропіонат, мометазону фуроат
Помірно сильні (II)	Тріамцинолону ацетоні, преднікарбат, гідрокортизону ацетопонат
Слабкі (I)	Гідрокортизон, преднізолон, гідрокортизону ацетат

Курс терапії починається з безперервного (або стабілізаційного) режиму використання ТГКС щодня 1-2 рази на добу. Принципів точного дозування ТГКС немає. Для розрахунку оптимально-необхідної кількості м'якої місцевої форми ТГКС (крему, мазі) використовується принцип «одиниці кільчика пальця» (ОКП). Відповідно до цього принципу, для аплікації місцевої форми ТГКС на кисть або стопу необхідно 2 ОКП, на верхню кінцівку – 3 ОКП, на нижню кінцівку – 6 ОКП, на тулуб – 14 ОКП. Таким чином, для одноразового нанесення місцевої форми ТГКС на всю поверхню тіла приблизна кількість засобу становить 20 г. Курс лікування не більше 2-4 тижнів.

При призначенні ТГКС необхідно пам'ятати про небажані побічні ефекти такі, як печіння, свербіж, почервоніння, утворення пухирів, фолікуліт, вторинні інфекції, гіпертрихоз, періоральний дерматит, втрата пігментації, утворення стрій, атрофія шкіри, порушення загоєння ран. При тривалому застосуванні на великих поверхнях шкіри є потенційний ризик системної абсорбції та пригнічення надниркових залоз.

Оскільки застосування ТГКС у більшості випадків пов'язано з розвитком небажаних побічних явищ та неможливістю довготривалого застосування, доцільною є розробка та впровадження у медичну та фармацевтичну практику лікарських препаратів з аналогічною фармакологічною дією при низькому ступеню токсичності.

Так, аналіз літературних джерел [1-4] показав, що лікарські засоби на рослинній основі також активно застосовуються у лікуванні псоріазу. Найбільш перспективною лікарською рослинною сировиною для розробки нового препарату для лікування псоріазу встановлено алое деревовидне, розторопшу плямисту, солодку голу, реп'ях, гарпагофітум розпростертий тощо.

## Література

1. Azadeh Izadyari Aghmiuni, Azim Akbarzadeh Khiavi. Medicinal Plants to Calm and Treat Psoriasis Disease / Azadeh Izadyari Aghmiuni, Azim Akbarzadeh Khiavi // *Aromatic and Medicinal Plants – Back to Nature*. Chapter 1. 2017 – p. 1-28.
2. Singh K.K., Tripathy S. Natural treatment alternative for psoriasis: a review on herbal resources / K. K. Singh, S. Tripathy S. // *J. Appl. Pharm. Sci.* 2014. N. 4 – p. 114–121.
3. Горобець А.О. Принципи догляду за шкірою дітей з atopічним дерматитом / А.О. Горобець // *Современная педиатрия*. 2015. – № 4(68). – с. 111-115.
4. Изучение фармакологической активности мази «Аллерголик» / Л.Н. Малоштан, Е.Ю. Яценко, Эсам Зургани А. Зегхдани, О.А. Рухмакова, Т.Г. Ярных // *Фармация Казахстана*. 2016 – с. 16-19.