

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ СКЛЕРОДЕРМІЇ У ФРАНЦІЇ

*Брібеи М.Р., клінічний ординатор
Науковий керівник - асист. А.Г. Сулим
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології*

Лікування склеродермії є одним з непростих завдань, що можуть виникнути перед лікарем-дерматовенерологом, оскільки, за загальним визнанням, хворобливий процес має найбільшу торпідність до терапії серед усіх дифузних захворювань сполучної тканини.

Вибір тієї чи іншої методики лікування здійснюється у залежності від клінічної форми хвороби. Так, метотрексат і фотохіміотерапія призначаються після оцінки співвідношення ризику та користі від їхнього застосування та прийнятні при шкірних формах, що швидко прогресують. Таким пацієнтам можна також пропонувати участь у клінічному протоколі із застосуванням нового препарату іматинібу, що є інгібітором тирозинкінази. Він призначається по 400 мг на день. Проведені дослідження (Бароні С.С.) продемонстрували, що у 100% хворих на склеродермію виявляються антитіла до рецепторів PDGF- α , які стимулюють синтез колагену фібробластами. Іматиніб блокує ці рецептори, що зумовлює його терапевтичну дію.

При генералізованій, а також лінійній або глибокій склеродермії може бути запропонована загальна кортикотерапія (преднізолон у дозі 0,5 мг/кг / на день), у разі потреби – з метотрексатом.

Перспективною вважається методика інтенсифікації імуносупресії пересадкою периферійних гемопоетичних стовбурових клітин.

Фототерапія, особливо UVA 1, та фотофорез можуть дати гарні результати, зменшуючи індурацію при бляшковій склеродермії. Для її місцевого лікування, крім традиційних топічних стероїдів, застосовують вітамін D, кальципотріол (дайвонекс) або топічний імуносупресор – мазь такролімус (0,1%).

Ефективною є також методика ліпофілінга, яку застосовують для корекції лицьової дисморфії при стрічкоподібній склеродермії або геміфаціальній атрофії Паррі-Ромберга: введення певної кількості власної жирової тканини, за допомогою якого формується новий об'єм уражених ділянок.

У випадках акросклерозу, для його лікування та профілактики при синдромі Рейно, застосовують вазодилататори: буфломедил у таблетках по 150 мг двічі на день або іломедин (синтетичний аналог простагліну) у дозах 1,5 – 2 нг /кг / у хвилину внутрішньовенно крапельно протягом 6 годин, 5 днів, із повторенням курсу з інтервалом 6 – 12 тижнів у залежності від клінічного результату; прозозин (альфа-блокатор) по 1 – 4 мг на день для симптоматичного лікування первинних або вторинних проявів синдрому Рейно; бозентан (антагоніст рецепторів ендотеліну) для профілактики виразкування – початкова доза 62,5 мг вранці та ввечері протягом 4 тижнів, потім – 125 мг на тривалій курс. Перед призначенням цього препарату слід пам'ятати про його гепатотоксичність та проводити щомісячний контроль печінкових проб.

Місцево застосовують 2% мазь або пластир тринітрину у вигляді аплікацій на долонну поверхню кисті або на дистальну частину фаланг від 1 до 3 разів на день.

Може виявитися потрібною також реабілітаційна фізіотерапія в асоціації з носінням динамічних або статичних ортез.