

му служит снижение пролиферативной активности кератиноцитов и уменьшение толщины эпидермиса в исследуемой нами группе больных эритродермическим псориазом. Вероятно, в результате нарушения баланса иммунокомпетентных клеток процесс приобретает черты неконтролируемой иммунной реакции, а основной точкой приложения становится не кожа, а микроциркуляторное русло, что и приводит к возникновению различных системных нарушений.

Таким образом, при псориазе складывается цепь последовательных событий в виде презентации антигенов, дальнейшего созревания и миграции ДК в лимфатический узел, рекрутирования эффекторных CD4+ и CD8+ Т-клеток. При отсутствии эффективных механизмов регуляции формируется самоподдерживающийся циклический процесс, трудно поддающийся терапевтической коррекции. Существующие современные методы лечения псориаза направлены на подавление иммунного воспаления в целом. Полученные нами данные позволяют получить более широкую морфофункциональную характеристику процесса, что может служить основой для разработки более тонких и направленных методов лечения.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОГО (ДВУХСТУПЕНЧАТОГО) ПРИМЕНЕНИЯ КАЛЬЦИПОТРИОЛА В КОМБИНАЦИИ С БЕТАМЕТАЗОНОМ В МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*Е.В. Владимирова, В.В. Гладько, В.В. Владимиров
ГИУВ Министерства обороны РФ,
Институт псориаза*

Исследования последних лет свидетельствуют об иммунном и наследственном характере псориаза, в развитии которого принимают участие внешние и внутренние факторы. В основе псориаза лежат воспалительные и пролиферативные процессы, характерными признаками которых являются гиперпролиферация и неполное дифференцирование клеток эпидермиса.

Поиск веществ, способных воздействовать на воспалительные и пролиферативные процессы в коже, привели к созданию кальципотриола – аналога 1,25-дигидроксиголекальциферола, метаболита природного витамина D₃, который является активным ингредиентом препарата дайвонекс (синоним – псоркутан).

Кальципотриол обладает способностью тормозить пролиферацию кератиноцитов, уменьшает их повышенное созревание, блокирует интерлейкин-1, образующийся в моноцитах и макрофагах, отвечающий за регулирование пролиферативных процессов в эпидермисе при псориазе, и соответственно, играющий важную роль в патогенезе этого заболевания [4, 5, 8].

Большинством авторов показана высокая эффективность этого препарата при лечении псориаза: полный регресс высыпаний и значительное улучшение наблюдается примерно у 30–35% больных, у остальных больных отмечается улучшение, лечение не принесло эффекта примерно у 1% пациентов [1, 2, 3, 9].

Среди побочных эффектов лечения практически у всех пациентов было отмечено чувство жжения на местах нанесения дайвонекса и явления раздражения кожи вокруг очагов поражения.

Для лечения псориаза применяются местные кортикостероидные препараты, которые быстро приводят к исчезновению высыпаний, но не дают стойкого эффекта, а при длительном их назначении часто наблюдается атрофия кожи.

Для устранения раздражения кожи, повышения эффективности лечения и уменьшения риска развития атрофии кожи, которые наблюдаются при длительном применении кортикостероидов, был разработан комбинированный препарат, получивший название дайвобет. В 1 г дайвобета содержится 50 мкг кальципотриола и 0,5 мг бетаметазона. В качестве основы служат жидкий парафин, полиоксипропилен, парафин, альфа-токоферол.

Целью настоящей работы явилось сравнительное изучение терапевтической эффективности дайвонекса, дайвобета и их последовательного (двухступенчатого) применения при лечении больных псориазом.

Монотерапия дайвонексом была проведена 168 больным псориазом. Начало регресса высыпаний при лечении дайвонексом отмечалось спустя 7–10 дней от начала лечения. Уменьшались воспалительные явления и шелушение, высыпания уплощались. В дальнейшем, через две–три недели, прекращалось шелушение очагов поражения, на 50–60% уменьшался инфильтрат очагов. Полный регресс высыпаний наблюдался через 5–8 недель применения препарата. В результате проведенного курса лечения у 26% больных отмечено клиническое излечение, у 35% – значительное улучшение, у 39% – улучшение.

Монотерапия дайвобетом была проведена 96 больным псориазом. Начало регресса высыпаний при лечении дайвобетом отмечалось спустя 14–20 дней от начала лечения. Спустя 2 недели высыпания уплощались, уменьшались воспалительные явления и шелушение. В дальнейшем практически прекращалось шелушение очагов поражения, на 50–60% уменьшался инфильтрат. Значительный регресс высыпаний наблюдался через 6–8 недель применения дайвобета. В результате проведенного курса лечения у 11% больных отмечено клиническое излечение, у 39% – значительное улучшение, у 50% – улучшение.

Сравнивая результаты лечения с применением дайвонекса и дайвобета, мы пришли к выводу, что дайвобет сводит к минимуму побочные эффекты, но в то же время оказывается менее эффективным, чем дайвонекс.

Изучение литературы [6, 7] привело нас к мысли о сочетанном применении дайвонекса и дайвобета. Мы выбрали методику местного при-

менения дайвобета один раз в день в течение 4-6 недель с переходом на использование дайвонекса один раз в день до наступления максимального эффекта от проводимой терапии.

Последовательное (двухступенчатое) применение дайвобета и дайвонекса было проведено 54 больным псориазом с поражением кожи в виде единичных высыпаний до 10% кожного покрова. В первые дни применения дайвобета мы отметили отсутствие явлений жжения и раздражения кожи, которое обычно были характерны при нанесении на кожу дайвонекса. Лечение дайвобетом продолжалось до прекращения эффекта от проводимой терапии с последующим переходом на применение дайвонекса.

В результате проведенного лечения у 32% больных отмечено клиническое излечение, у 46% – значительное улучшение, у 22% – улучшение.

Таким образом, последовательное (двухступенчатое) применение дайвобета и дайвонекса позволяет снизить побочные эффекты и получить более положительные результаты проводимой терапии, чем при монотерапии этими препаратами. Необходимо дальнейшее изучение комбинированного применения дайвобета и дайвонекса в других модификациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимиров В.В. // Актуальные вопросы терапии инфекций, передаваемых половым путем, и хронических дерматозов / Тез.науч. работ. – Екатеринбург, 2002. – С.48-49.
2. Владимиров В.В., Самцов А.В., Герасимова М.Н., Никулин Н.К. // Вестн. дерматол. венерол. – 1999. – №1. – С.50-52.
3. Скрипкин Ю.К., Шахтмейстер И.Я., Кубанова А.А. Владимиров В.В. // Человек и лекарство / Материалы II Рос. национального конгресса 10-15 апреля 1995 г. – М., 1995. – С.170.
4. Bindrup L., Bramm E. // Chem. Pharmacol. – 1988. – V. 37. – P. 889-895.
5. Hosomi J., Hosoi J. et al. // Endocrinology. – 1983. – V.113. – P.1950-1957.
6. Kerkhof P. et. al. // J. Dermatol. Treat. – 2001. – V.12. – P.75-79.
7. Kragballe K. et al. // Brit. J. Dermatol. – 2004. – V. 150. – P. 1167-1173.
8. Kragballe K., Wildfang I. // Arch. Derm. Res. – 1990. – V. 282. – P. 164-167.
9. Vladimirov V., Tcherjomukchina I.G., Kurjanova O.N. et al. // International meeting «Skin therapy update' 94» 14-17 October 1994, Crete, Greece. – 1994. – P.219.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ФОТОХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

А.В. Кильдюшевский, А.И. Ермилова
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Актуальность поиска новых возможностей лечения псориаза обусловлена недостаточной эффективностью общепринятых методов, основанных на использовании ПУВА-терапии, ароматических ретиноидов, иммуносупрессантов и др. Одним из современных методов, находящих все более широкое применение при лечении лимфомы кожи и ряда аутоиммунных заболеваний, является экстракорпоральная фотохимиотерапия (ЭФХТ) или экстракорпоральный фотоферез.