

- 
10. Boguniewicz M., Leung D. // J. Allergy Clin. Immunol. – 2006. – V. 117, № 2. – P. 475-480.
  11. Decker T., Muller M., Stockinger. // Nature Rev. Immunol. : AOP published online 19 Aug., 2005.
  12. Nomura I., Goleva E., Howell M. D. et al. // J. Immunol. – 2003. – № 171. – P. 3262-3269.
  13. Ong P.Y., Ohtake T., Brandt C. I et al. // N. Engl. J. Med. – 2002. – V. 347, № 15. – P. 1151-1160.
  14. Srivastava P. Roles // Nature Rev. Immunol. – 2002. – P. 185-194.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФОТОФОРЕЗА ПАНТОГЕМАТОГЕНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА**

*М.Ю. Герасименко, Г.Н. Шувалов, Е.В. Русанова, А.И. Ермилова  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

На долю псориаза приходится от 3 до 10% в общей структуре кожных заболеваний, что делает данный дерматоз наиболее распространенным и социально значимым [1, 3, 4]. Во всем мире псориазом страдает 0,1 - 3% населения [6].

Если говорить о современном течении псориаза, то можно отметить, что в последнее время отмечается увеличение числа больных, у которых псориазический процесс носит распространенный характер с поражением значительных площадей кожных покровов, вплоть до развития состояния эритродермии [7, 8]. В настоящее время заболевание протекает торпидно, с развитием резистентности к проводимой терапии, что в ряде случаев диктует назначение системных препаратов, включая кортикостероиды, цитостатики, ароматические ретиноиды. Кроме того, помимо поражения кожного покрова, происходит вовлечение в патологический процесс и опорно-двигательного аппарата, что в значительной мере снижает качество жизни больных и в последующем может стать причиной инвалидизации [9, 11].

Необоснованное назначение системных кортикостероидных препаратов приводит к появлению гормонозависимых форм псориаза, что в последующем значительно сужает выбор методов лечения. Помимо этого, при длительном применении преднизолона внутрь повышается риск развития осложнений и побочных эффектов, более опасных для жизни пациента, чем сам псориаз. Для лечения больных псориазом довольно широко применяются различные физиотерапевтические методики [2]. К одной из них относится лазеротерапия [5].

Известно, что под влиянием ИК-лазера в организме происходит улучшение микроциркуляции, ускорение регенерации, а также отмечаются противовоспалительные, антимикробные, антирадикальные, обезболивающие, десенсибилизирующие и иммуномодулирующие эффекты [10].

С целью лечения различных форм псориаза в отделении дерматоонкологии и дерматовенерологии совместно с отделением физиотерапии МОНИКИ был разработан и применен метод фотофореза с препаратами пантогематогена. Данный метод использовался на фоне стандартной терапии псориаза.

Препараты пантогематогена (пантоник-1, пантоник-2) представляют гелиевую форму, в их состав входят вещества липидной природы, минералы, аминокислоты и белковые комплексы.

Липидная фракция (фосфолипиды, стерины, нейтральные жиры, жирные кислоты) способна связывать токсины, повышать эффективность биологически активных веществ, влиять на репаративные процессы.

Аминокислоты и пептиды (глутаминовая, аспарагиновая кислоты, тирозин, метионин, лизин, серин, аргидин, пролин, глицин, изолейцин, лейцин, фенилаланин, цистин, глутатион, АТФ) улучшают биосинтез белка и нуклеиновых кислот.

Макро- и микроэлементы (кальций, магний, алюминий, железо, кремний, фосфор, натрий, калий, никель, медь, титан, марганец, олово, кобальт, ванадий, молибден) оказывают влияние на звенья минерального обмена.

В результате применения препаратов пантогематогена происходит усиление энергетического состояния клетки за счет повышения энергетического метаболизма, увеличения утилизации кислорода и глюкозы.

Таким образом, действие пантоника-1 на организм осуществляется за счет хорошо сбалансированного комплекса веществ органической и неорганической природы.

Под нашим наблюдением были 195 больных с различными формами псориаза, находившихся на стационарном лечении в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа состояла из 93 пациентов, которым провели комплексное лечение, включая назначение фотофореза с препаратами пантогематогена; 2-я группа из 102 человек получила стандартную терапию.

Диагноз устанавливался на основании анамнеза и клинической картины заболевания (наличия характерных эритематозно-сквамозных папулезно-бляшечных высыпаний, триады Ауспитца, феномена Кебнера, ободка Пильнова, псевдоатрофического ободка Воронова).

Все больные, в силу тяжести псориазического процесса, получали лечение в стационаре, что позволило провести более полное клиничко-лабораторное обследование с последующим привлечением консультаций смежных специалистов: психоневролога, ревматолога, инфекциониста, терапевта, ЛОР-врача, окулиста, травматолога. С целью объективной оценки состояния кожного покрова использовали международный индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index).

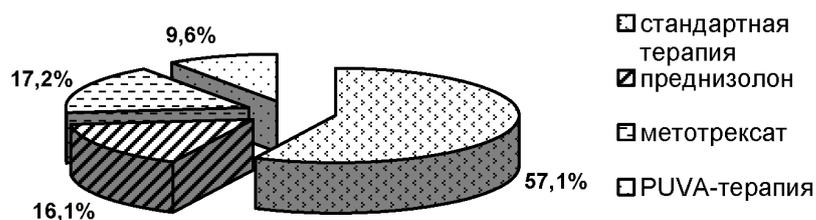
---

Большинство больных, 141 человек (72,3%), были в трудоспособном возрасте (от 21 до 50 лет), распределение их в зависимости от клинической формы псориаза представлено в таблице.

### Распределение больных в зависимости от клинической формы псориаза

Форма псориаза	Число больных (n=195)	
	абс.	в %
Вульгарный	115	58,9
Экссудативный	7	3,5
Артропатический	64	32,8
Эритродермия	9	4,6

Длительность заболевания в 41,5% случаев составила более 10 лет, что косвенно свидетельствует о тяжести псориатического процесса. На протяжении всего срока болезни пациенты неоднократно получали различные методы лечения, включая прием гормональных и цитостатических препаратов, что также может свидетельствовать о тяжести течения кожного процесса (см. рис.).



Распределение больных в зависимости от методов лечения псориаза.

Наиболее значимыми факторами в развитии рецидива псориаза у данных больных оказались сезонный (50,6%), психоэмоциональный стресс (24,1%) и обострение фокальной инфекции (10,7%).

Методика проведения фотофореза с препаратами пантогематогена заключалась в следующем: на проекцию крупных сосудисто-нервных пучков (аксиллярных, кубитальных, подколенных и паховых) наносилась гелиевая форма пантогематогена (пантоник-1) с последующим облучением ИК-лазером в соответствии с частотой дыхания пациента (индивидуально), по 4 поля в день при выходной мощности световода 10 мВт. Курс лечения состоит из 10-12 ежедневных процедур. Каких-либо побочных эффектов у пациентов данной группы в процессе лечения не наблюдалось.

Проведенный анализ показал, что у больных псориазом в 1-й и 2-й группах в результате лечения был получен терапевтический эффект различной степени выраженности. Однако следует отметить, что у пациентов 1-й группы регресс высыпаний начинался на более ранних сроках, а показатели снижения индекса PASI (в диапазоне 50-80%) были выше по сравнению со 2-й группой.

Помимо этого, у больных артропатической формой псориаза отмечалась положительная динамика и со стороны суставного процесса, которая характеризовалась значительным сокращением времени утренней скованности, снижением интенсивности болей при нагрузках, уменьшением отечности и увеличением объема движения в суставах, что не потребовало дополнительного назначения НПВС.

Пациентам 1-й группы через 2 недели после выписки из стационара было рекомендовано в домашних условиях провести курс ванн N 10-12 через день с дозой пантоника-1 25-100 мл на 150-200 л. воды при температуре 36-37°C.

Эта процедура позволяет достичь взаимодействия с проведенным фотофорезом пантогематогена, что приводит к следующим результатам:

- формированию новых временных связей, обеспечивающих мобилизацию резервов индивидуума, образованию новых функциональных связей и систем, включению интактных структур взамен поврежденным;
- восстановлению структурно-функциональной целостности тканей, связанной с их повреждением, в основе которых лежат не только стимуляция размножения клеток нарушенной ткани, но и общие регуляторные механизмы регенеративных и трофических процессов – гуморальные, иммунные, нервные;
- восстановлению деятельности поврежденных структур, основными из которых являются процессы нормализации внутриклеточных восстановительно-окислительных реакций, проницаемости и возбудимости мембран, активации ферментативных систем и микроциркуляции.

Проведенные исследования показали, что лечение с использованием фотофореза пантогематогена не вызывает побочных эффектов, оказывает выраженный терапевтический эффект и может быть методом выбора в терапии различных форм псориаза.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Владимиров В.В. Диагностика и лечение кожных болезней. – М., 1995.
2. Зуев А.В., Халдин А.А., Дмитрук В.С., Киселев С.Г. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2003. – № 6. – С. 17-19.
3. Короткий Н.Г., Уджуху В.Ю., Дворникова Т.В. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2001. – № 1. – С. 7-11.
4. Мордовцев В.Н., Мушет Г.В., Альбанова В.И. Псориаз. – Кишинев, 1991.
5. Романова А.Я. // Актуальные проблемы лазерной медицины: Сб. науч. тр. – СПб., 2001 – С. 22-29.
6. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни. – М., 1999. – С. 117.
7. Филимонкова Н.Н. Псориатическая болезнь: Клинико-иммунологические варианты, патогенетическое обоснование дифференциальной терапии. – Челябинск, 2001. – С. 44-380.

- 
8. Шахтмейстер И.Я. // Человек и лекарство: Тез. 5 Рос. нац. конгр. – М. – 1998. – С. 237-238.
  9. Шилов В.Н. Псориаз – решение проблемы (этиология, патогенез, лечение). – М., 2001. – С. 89- 303.
  10. Iwao S. // Keio. J. Med. – 1993 – V. 42, № 2 – P. 162-163.
  11. Zachariae R. // Br. J. Dermatol. – 2002. – № 146(6). – P. 1006-1016.

## **ПРИНЦИПЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ С ЭРОЗИВНО–ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ**

*Е.В. Герасимчук*

*Консультативно-диагностическая поликлиника № 9 МВО МО РФ, Москва*

Одной из важных задач дерматологии является ограничение использования сильнодействующих лекарственных средств, таких, как кортикостероиды [3]. Наряду со своей высокой эффективностью, они при длительном и повторном лечении могут вызвать ряд нежелательных побочных явлений, таких, как атрофогенный эффект, риск развития телеангиэктазий и вторичного инфицирования [2]. В литературе описаны случаи аллергического контактного дерматита на кортикостероиды для местного применения (кроме гидрокортизона) [5]. Реакция была замедленного типа и проявлялась в виде макулопапулезных высыпаний. Также наблюдалась стероидная резистентность к наружной терапии кортикостероидами у пациентов, например, с экземой ладоней и подошв [6]. Нередко информированность пациентов о побочных эффектах «гормонального» лечения приводит к стероидной фобии, что ухудшает комплаентность назначаемой терапии. Поэтому задача врача-дерматолога заключается в грамотном назначении по строгим показаниям кортикостероидов для наружного применения, то есть рациональная и безопасная модификация терапевтического эффекта при замене одного лекарственного препарата другим в зависимости от воспалительных явлений.

Задача данного исследования – определение сравнительной клинической эффективности и переносимости препаратов для наружного лечения эрозивно-язвенных поражений кожи (актовегин и солкосерил) у пациентов КДП № 9 МВО МО РФ.

Актовегин и солкосерил – это депротенинизированные гемодериваты крови телят с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот. Фармакологическое действие данных препаратов основано на активизировании обмена веществ в тканях, улучшении трофики и стимуляции процесса регенерации путем увеличения транспортировки и накопления глюкозы и кислорода, усиления внутриклеточной утилизации и ускорения метаболизма АТФ, повышения энергетических ресурсов клетки за счет перехода на аэробный путь окисления.