



УДК 616.517-002.33-08

Е.А. БАХЛЫКОВА¹, Н.Н. ФИЛИМОНКОВА², С.Л. МАТУСЕВИЧ¹, А.Б. КОТЕЛЬНИКОВА^{1,3}, Г.Ю. КОВКОВА¹¹Тюменская государственная медицинская академия, 625000, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54²Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, 620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, д. 8³Тюменский областной кожно-венерологический диспансер, 625003, г. Тюмень, ул. Республики, д. 1

Пустулезный псориаз: качество жизни пациентов и методы терапии

Бахлыкова Елена Анатольевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней, тел. +7-922-260-34-14, e-mail: elbah@yandex.ru

Филимонкова Нина Николаевна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник научного клинического отдела, тел. +7-912-280-48-89, e-mail: nnfil2008@mail.ru

Матусевич Сергей Львович — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, тел. +7-902-818-02-61, e-mail: matis90@mail.ru

Котельникова Анна Борисовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры кожных и венерических болезней, главный врач ОКВД, тел. +7-912-923-24-84, e-mail: bedoshvili@rambler.ru

Ковкова Галина Юрьевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры кожных и венерических болезней, тел. +7-904-493-27-88, e-mail: gala6689@mail.ru

Все формы пустулезного псориаза, а именно генерализованный пустулезный псориаз, ладонно-подошвенный пустулезный псориаз, значительно ухудшают качество жизни пациентов. Пациенты ограничены в профессиональной деятельности, быте, отношениях с коллегами и родственниками. Показатель «Дерматологического индекса качества жизни» демонстрирует высокую степень влияния пустулезного псориаза на социальную активность пациентов. Методы лечения пустулезного псориаза предназначены для улучшения состояния кожи, сохранения длительности ремиссии, тем самым улучшения качества жизни пациентов. Приведены современные методики общего, местного и физиотерапевтического лечения различных форм пустулезного псориаза.

Ключевые слова: генерализованный пустулезный псориаз, ладонно-подошвенный пустулезный псориаз, качество жизни, общая терапия, местная терапия.

E.A. BAKHLYKOVA¹, N.N. FILIMONKOVA², S.L. MATUSEVICH¹, A.B. KOTELNIKOVA^{1,3}, G.Yu. KOVKOVA¹¹Tyumen State Medical Academy, 54 Odesskaya St., Tyumen, Russian Federation, 625000²Ural Scientific-Research Institute of Dermatovenerology and Immunology, 8 Shcherbakov St., Ekaterinburg, Russian Federation, 620076³Tyumen Regional Dermatovenerology Dispensary, 1 Respubliki St., Tyumen, Russian Federation, 625003

Pustular psoriasis: patients life quality and methods of treatment

Bakhlykova E.A. — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Department of Skin and Venereal Diseases, tel. +7-922-260-34-14, e-mail: elbah@yandex.ru

Filimonkova N.N. — D. Med. Sc., Leading Researcher of scientific clinical Department, tel. +7-912-280-48-89, e-mail: nnfil2008@mail.ru

Matusevich S.L. — D. Med. Sc., Associate Professor, Head of the Department of Skin and Venereal Diseases, tel. +7-902-818-02-61, e-mail: matis90@mail.ru

Kotelnikova A.B. — Cand. Med. Sc., Assistant of the Department of Skin and Venereal Diseases, Chief Doctor, tel. +7-912-923-24-84, e-mail: bedoshvili@rambler.ru

Kovkova G.Yu. — Cand. Med. Sc., Assistant of the Department of Skin and Venereal Diseases, tel. +7-904-493-27-88, e-mail: gala6689@mail.ru



All types of pustular psoriasis, such as generalized pustular psoriasis and palmoplantar pustular psoriasis, greatly worsen patients' life quality. The patients are limited in their professional activities, private life, relationships with colleagues and relatives. «Dermatology Life Quality Index» demonstrates high degree of pustular psoriasis influence on patients' social activity. Methods of treatment of pustular psoriasis are aimed at improving skin condition, prolonging remission, thus, improving patients' life quality. The modern methods of general, topical and physical therapy of different types of pustular psoriasis are described.

Key words: *generalized pustular psoriasis, palmoplantar pustular psoriasis, life quality, general therapy, topical therapy.*

Пустулезный псориаз относится к тяжелым формам псориаза и известен специалистам, как дерматоз, трудно поддающийся терапии и крайне отрицательно влияющий на качество жизни пациентов. Известны две разновидности пустулезного псориаза: генерализованный пустулезный псориаз, тип Цумбуша, и локализованный ладонно-подошвенный псориаз, тип Барбера. Чаще всего в практике встречается пустулезный ладонно-подошвенный псориаз и, несмотря на незначительные показатели индекса PASI, существенно влияет на жизнь пациентов, внося дискомфорт и нарушение адаптации во всех сферах.

Под наблюдением находились 30 пациентов с различными формами пустулезного псориаза в возрасте от 20 до 70 лет (мужчин 16, женщин 14). Из них 3 пациента имели генерализованный пустулезный псориаз и 27 ладонно-подошвенный пустулезный псориаз. Все пациенты заполняли анкету по определению дерматологического индекса качества жизни (DLQI). Критерием ответов на вопрос были позиции: очень сильно, умеренно, немного, нет, неактуально. В ходе исследования выяснилось, что все пациенты (100%) испытывали зуд, жжение, болезненность, в связи с этим ощущали неудобства и затруднения в связи с состоянием кожи, а именно — возникали бытовые проблемы: сложности при совершении покупок, уборке дома, ношении одежды, также при занятиях спортом. Состояние кожи больных влияло на отношения с друзьями, родственниками, коллегами, половыми партнерами. Высказались по проблемам при устройстве на работу, в личной жизни — 12 пациентов, 8 пациентов указали на проблемы в сексуальной сфере.

Очевидна значимость решения вопроса терапии данной категории пациентов. Генерализованный пустулезный псориаз относится к одному из нейтрофильных дерматозов с трудом поддающихся лечению [1]. Препаратом выбора при генерализованном пустулезном псориазе является ацитретин, который назначается внутрь из расчета 0,5-0,7 мг на кг массы тела 1 раз в сутки в течение 4-12 недель [2]. Механизм действия синтетических ретиноидов многогранен. Они влияют на патологически ороговевший эпидермис, иммунную систему, обладают противоопухолевым, противовоспалительным действиями. Последнее направлено на торможение миграции нейтрофильных гранулоцитов. Не отменяя дезинтоксикационных методов лечения, назначается ацитретин в среднем от 10 до 50 мг в сутки. Препарат принимают одномоментно или в два приема примерно в равных дозах вместе с пищей. Уже через несколько дней прекращается появление пустул, старые подсыхают, их поверхность покрывается корочками, которые быстро отпадают. Такие дозы применяют 10-12 дней, после чего их постепенно снижают. Общая продолжительность лечения зависит от тяжести и распространенности процесса [3].

Больным назначают противовоспалительные, гипосенсибилизирующие препараты, проводят дезинтоксикационную терапию. При пустулезном псориазе, протекающем с лихорадкой и нарушением общего состояния, лечение начинают с введения дезинтоксикационных препаратов (физиологического раствора, реамберина), жаропонижающих средств; парентерального введения кортикостероидных препаратов (дозы преднизолона достигают 100-120 мг в сутки), антигистаминных средств. В случаях средней тяжести заболевания температурная реакция может ослабевать на 4-5 день, а затем нормализоваться [3].

Альтернативным лекарственным препаратом, особенно при отсутствии эффекта при остром генерализованном пустулезном псориазе, стал метотрексат, который назначается внутримышечно по 15-25 мг 1 раз в неделю в течение 3-5 недель [4, 5]. Метотрексат может назначаться при нормальной функции почек, костного мозга и отсутствии заболеваний печени. Клиренс креатинина должен соответствовать физиологической норме. Уровни креатинина и альбумина плазмы крови должны контролироваться ежедневно на протяжении длительного периода. Однако следует учитывать, что через 24-48 ч. после введения метотрексата могут развиваться лихорадка, интоксикация, появиться новые пустулезные элементы и даже эритродермия. Иногда рецидив пустулезных высыпаний возникает на 5-6-й день вследствие ослабления действия метотрексата. Лечение метотрексатом должно сопровождаться назначением фолиевой кислоты. Существующие последние исследования не подтверждают риска развития фиброза печени на фоне лечения метотрексатом.

В ряде стран свою нишу в лечении больных псориазом прочно занял циклоспорин А. Он показан для больных бляшечным, пустулезным и эритродермическим псориазом при стартовой дозе 5 мг/кг/день. Наилучшее соотношение эффективности и безопасности отмечено у больных без факторов риска для нефротоксичности, т.е. без ожирения, без гипертонии и в возрасте до 60 лет. Циклоспорин А лучше всего подходит для «кризисной» терапии на протяжении 6-8 недель, однако у части больных может применяться длительно в качестве поддерживающей терапии при условии постоянного мониторинга сывороточного креатинина, артериального давления, но не более двух лет [6].

Целесообразность перорального или парентерального применения кортикостероидов вызывает большие сомнения, поскольку они быстро дают выраженный клинический эффект, но не предотвращают развития рецидивов и приводят к дестабилизации дальнейшего течения псориаза (синдром «рикошета»), дальнейшего лечения которого становится более сложным, а Т.Д. Ryan и Н. Baker (1969) сообщали о летальных исходах при их применении больным генерализованным пустулезным псориазом. По-видимому, их следует применять только



пожизненным показаниям, когда противопоказано лечение ацитретинном и метотрексатом [2].

Современная терапия тяжелого псориаза основана на применении новых терапевтических биотехнологий, так называемых биологических агентов: инфликсимаба, этанерцепта, эфализумаба, адалимумаба, устекинумаба и других. Данные об этих препаратах, освещение механизма их действия отражено в отечественных и зарубежных публикациях, по данным которых назначение биологических препаратов требует примерно 13% пациентов с генерализованным пустулезным псориазом [7].

Возможно применение адалимумаба, относящегося к классу моноклональных антител и представляющего собой рекомбинантные полностью человеческие IgG1-моноклональные антитела к ФНО- α , а также инфликсимаба, состоящего из мышечных моноклональных антител. Наиболее широкое применение в нашей стране имеет инфликсимаб. Имеются сообщения о применении инфликсимаба при генерализованном пустулезном псориазе и наступлении быстрого положительного терапевтического эффекта [8]. Это препарат генно-инженерного происхождения, представляет IgG1 химерные моноклональные антитела, обладающие аффинностью и авидностью к фактору некроза опухоли-альфа (ФНО-альфа). Сегодня известно, что цитокин — ФНО-альфа играет ведущую роль в иммунопатогенезе псориаза. Препарат связывает все формы ФНО-альфа — трансмембранную, сывороточную и связанную с рецептором. Он обеспечивает эффективное подавление этого ключевого цитокина. По данным зарубежных исследований применение инфликсимаба при генерализованном пустулезном псориазе приводило к быстрому и положительному ответу без каких-либо значительных побочных эффектов, предотвращало осложнения генерализованного пустулезного псориаза, угрожающие жизни (сепсис, электролитные нарушения, почечную и сердечную недостаточность). Через 24 часа после первой инъекции препарата было отмечено снижение уровня СОЭ, количества лейкоцитов, С-реактивного белка, улучшение основных показателей состояния организма и индекса PASI (Psoriatic Area and Severity Index) [9]. Генерализованный пустулезный псориаз имеет все показания к назначению инфликсимаба. Однако лечение следует начинать после нормализации температуры и регресса пустул. Европейскими авторами на данный момент поддерживается последовательное применение инфликсимаба (антитела к ФНО-альфа) и этанерцепта (рецепторы к ФНО-альфа), комбинирующее быстрое начало ответа на лечение и более низкий риск развития нежелательных явлений во время поддерживающего лечения генерализованного пустулезного псориаза [10]. Также проводится комбинированное применение циклоспорина в дозе 5 мг/кг в два приема ежедневно с подкожным введением этанерцепта по 50 мг дважды в неделю [11]. При сочетанном поражении суставов артикулярные симптомы также быстро отвечают на лечение. При применении инфликсимаба каждые 8 недель рецидива заболевания не происходит [12]. В настоящее время в нашей стране данные препараты находятся в стадии изучения, а количество больных пустулезным псориазом невелико. Поэтому вопрос об их эффективности может быть оценен позже после накопления собственного опыта.

При отсутствии вторичного инфицирования назначение антибиотиков нецелесообразно [3].

Местная терапия должна проводиться индивидуально. Обычно с этой целью применяют индифферентные кремы и салициловую кислоту в виде 1-2% мази, 2 раза в сутки в течение 2-4 недель. Она должна быть нераздражающей и не ограничиваться длительной аппликацией глюкокортикоидов. Также отмечен эффект при использовании мазей с кальципотриолом [13].

Ряд исследователей, отметили клинический эффект от применения гранулоцит-моноцит адсорбционного афереза при генерализованном пустулезном псориазе, как поддерживающей терапии. Также ранее эти пациенты получали циклоспорин, этретинат. Пациенты получали терапию еженедельно в течение 5 недель, это расценивалось как один курс. Пациенты получали несколько курсов. Эффект от терапии продолжался от полугода до года [1].

После купирования рецидива пустулезным псориазом при отсутствии типичных псориазических элементов наступает ремиссия, которая длится неопределенное время. При появлении пустул при наличии типичных очагов псориаза пустулы регрессируют быстрее, а для лечения оставшихся очагов применяется фототерапия. Показано отсутствие эффекта фототерапии пациентов с острым генерализованным пустулезным псориазом. ПУВА-терапию назначают после стабилизации состояния, 3-4 раза в неделю, возможно продолжение до 2 месяцев [14]. После стихания острой фазы болезни назначались и другие виды фототерапии (ПУВА-ванны, дальнюю длинноволновую и узкополосную средневолновую фототерапию с длиной волны 311 нм) [3].

Ладонно-подошвенный пустулезный псориаз особенно сложен в терапии и все известные методы лечения не исключают высокой частоты рецидивов. Первым значимым мероприятием в комплексе терапии является отказ от курения [15]. Благоприятный эффект дает безглютеновая диета у пациентов с глютеновой чувствительностью. Системная терапия показана при нарушении трудоспособности и при частых рецидивах. По данным систематизированных обзоров доказанной эффективностью обладают только ретиноиды, применение которых ограничено у женщин детородного возраста. По данным ряда авторов, лечение пустулезного псориаза ладоней и подошв ароматическими ретиноидами, нередко сопровождается покраснением и приобретением кожей ладоней и подошв глянцевиной поверхности, которые иногда сохраняются и при снижении суточной дозы препарата. Этого побочного эффекта лишена весьма эффективная при данной форме псориаза Ре-ПУВА-терапия [2]. Клинический эффект системных стероидов сомнителен, так как их отмена приводит к быстрому наступлению рецидива и ухудшению течения заболевания [15].

Ряд авторов в лечении пустулезного псориаза ладоней и подошв также получили выраженный эффект от тетрациклина: внутрь по 250 мг 3 раза в сутки в течение нескольких недель; циклоспорин: внутрь по 1,4-3 мг/кг/сутки, максимальная доза — 5 мг/кг/сутки, до 3 месяцев; колхицина: внутрь по 1-2 мг/сутки; сульфонов, небольших доз кортикостероидных: внутрь по 8 мг/сутки [2].

Средствами выбора терапии при пустулезном псориазе ладоней и подошв, в соответствии с разработанным в 2005 г. в ЦНИКВИ протоколом являются ацитретин, который назначают внутрь по 0,5 мг/кг веса/день, около 10-25 мг 1 раз в сутки, в течение 6-12 недель, или ре-ПУВА-терапия (20-30 сеансов).



Альтернативным лекарственным средством является метотрексат внутримышечно 15-25 мг 1 раз в неделю, 3-5 недель [5].

Отечественный иммунодепрессант, содержащий синтетический пептид, состоящий из D-аминокислот глутаминовой кислоты и триптофана, соединенных γ -пептидной связью может служить препаратом выбора при лечении больных, страдающих пустулезным псориазом. Назначается по разработанной схеме: 1-й тур — ежедневные внутримышечные инъекции 0,1% раствора препарата по 2 мл в течение 5 дней с последующим перерывом 7 дней; 2-й тур — ежедневные внутримышечные инъекции 0,1% раствора по 1,0 мл в течение 15 дней с последующим перерывом 10 дней. Поддерживающая терапия представляла собой интраназальное введение препарата (спрей) по 0,2-0,5 мл ежедневно в течение 3 недель. Повторный курс проводили через 3 месяца после окончания первого курса. В стационарной стадии курс лечения составлял 15 внутримышечных инъекций (схема: 5 дней ежедневно по 2,0 мл с последующим 2-дневным перерывом и повторным 5-дневным курсом). Всего 3 курса на период лечения [16].

В настоящее время дебатруется вопрос об эффективности при ладонно-подошвенном пустулезе биологических препаратов антагонистов фактора некроза опухоли — альфа, но при этом отмечены как благоприятный эффект, так и ухудшение состояния пациентов. Эфализумаб давал положительные эффекты, однако опыт применения недостаточен, назначался в дозе 1 мг/кг веса тела в неделю [15].

Показанием для лечения местными препаратами является одностороннее поражение и/или с незначительным влиянием на повседневную деятельность. Способность кожи к всасыванию через ладонную и подошвенную поверхность довольно низкая. Местные стероиды сильного и очень сильного действия должны применяться под окклюзию (гидроколлоидная или полиэтиленовая пленка) особенно в начале терапии [15].

При ладонно-подошвенном пустулезе препаратами первого выбора при терапии являются местные стероиды сильного и очень сильного действия (два раза в день, окклюзионная повязка). Препаратами второго выбора при местной терапии являются антралин (один раз в день); тазаротен (два раза в день) [15]. Также целесообразно применять наружные комбинированные трехкомпонентные кортикостероидные средства, поскольку эти препараты позволяют подавить воспалительную реакцию и уменьшить колонизацию патологической микрофлоры, что способствует оптимизации лечения.

Сообщается об эффективности применения при пустулезном псориазе ладоней и подошв кальципотриола [13]. При лечении ладонно-подошвенного пустулезного псориаза наблюдался выраженный клинический эффект при применении мази, содержащей кальципотриол и бетаметазон [17].

ЛИТЕРАТУРА

1. Fujisawa T., Seishima M. Maintenance therapy with granulocyte/monocyte adsorption apheresis for generalized pustular psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* ©2013 European Academy of Dermatology and Venereology JEADV(2013)27 (Suppl. 4),1-77, JEADV Abstracts of the 4th Congress of the Psoriasis International Network 4-6 July 2013 Paris, France, p. 29
2. Молочков В.А., Бадокин В.В., Альбанова В.И., Волнухин В.А. Псориаз и псориазический артрит. — М., 2007. — С. 186-189.
3. Соснина Е.А., Чистякова И.А. Особенности клинических проявлений и терапия больных пустулезным псориазом // *Лечащий врач*. — 2011. — № 10. — С. 14-17.

В препарате содержится 0,005% кальципотриола и 0,05% бетаметазона, которые благодаря уникальной технологии производства характеризуются оптимальной биодоступностью. Комбинированный препарат, таким образом, действует эффективнее, чем каждое из содержащихся в нем активных веществ в отдельности, что было доказано, в частности, в большом сравнительном исследовании с участием 1603 больных псориазом [18]. Для поддержания терапевтического эффекта требуется длительное лечение местными стероидами, но их можно комбинировать с препаратами кальципотриола, применяя с интервалами, что помогает уменьшить побочные эффекты стероидной терапии [15]. Применение препарата кальципотриола длительно прерывистыми курсами один раз в день значительно повышает комплаентность и приверженность больных к лечению. При сочетании островоспалительных проявлений псориаза — гиперемии (3-4 балла PASI), инфильтрации (2-3 балла PASI) и гиперкератоза (3-4 балла PASI) клинически оправдано назначение 2-3% салициловой мази 1 раз в сутки на ночь на протяжении 3-4 дней, утром — мази, содержащей кальципотриол и бетаметазон 1 раз в течение 7-10 дней [13]. Аналоги витамина D3 (кальципотриол) обладают постепенно нарастающей (4-8 недель при 2-кратном нанесении в день), но стойкой клинической эффективностью, изредка возникающим раздражением кожи и возможным нарушением метаболизма кальция при использовании чрезмерно больших количеств препарата (более 100 г в неделю).

При ладонно-подошвенном пустулезном псориазе проводится Ре-ПУВА-терапия. Ацитретин принимается внутрь параллельно с ультрафиолетовым облучением длинноволновым спектром (ПУВА-терапия, ПУВА-ванны). ПУВА-терапия применяется в качестве монотерапии или в комбинации с системными ретиноидами, является эффективным методом лечения, но эффект развивается довольно медленно. Также благоприятный эффект оказывали ПУВА-ванны или ПУВА-терапия с аппликацией фотосенсибилизаторов на масляной или гелевой основе, локальная СФТ — терапия [15].

Выводы

Все формы пустулезного псориаза по своей тяжести относятся к патологии, значительно снижающей качество жизни пациентов и требующей правильного подхода к выбору терапии. Дерматологи должны быть готовы к тому, что терапия может оказаться неэффективной. Знание специалистами различных методов лечения пустулезного псориаза дает пациенту больший шанс на выздоровление. Поиск новых форм и методов лечения, в том числе с применением современных сложных инновационных технологий, представляет перспективу дальнейшего успеха в терапии данной категории пациентов и улучшении качества жизни.

4. Farber E.M., Nall L. Pustular psoriasis // *Cutis*. — Vol. 51. — P. 29-31.
5. Кубанова А.А., Кисина В.И. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. — М., 2005. — С. 371.
6. Zraa I., Faza B., Zeglaoui F., Zermani R., Ezzine N., Goucha S., Ben Jilani S., Kamoun M. R. Pustular psoriasis in childhood in 15 cases // *Pediatr Dermatol*. — 2007. — sep-oct. — 24 (5). — P. 563-564.
7. Augey F., Renaudier P., Nicolas J.F. General pustular psoriasis: a French epidemiological survey // *Eur. J. Dermatol*. — 2006. — Nov-Dec. — 16 (6). — P. 669-673.
8. Zaouak A., Benmously R., Hammami H., Badri T., Fenniche S., Mokhtar I. Recalcitrant generalized pustular psoriasis successfully



treated with infliximab // JEADV Abstracts of the 4th Congress of the Psoriasis International Network 4-6 July 2013 Paris, France. — 170 p.

9. Чистякова И.А., Прядкина Е.В. Клинические формы пустулезного псориаза Цумбуша // Всероссийская конференция дерматовенерологов. «Современные направления диагностики, лечения и профилактики ИППП и дерматозов». — Нижний Новгород, 2004. — С. 52.

10. Weisenseel P., Prinz J.C. Sequential use of infliximab and etanercept in generalized pustular psoriasis // *Cutis*. — 2006. — sep. — 78 (3). — P. 197-199.

11. Ricotti C., Kerdel F. A. Treatment of pustular psoriasis // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.* — 2007. — Dec. 5. — P. 23-25.

12. Vieira Serrao V., Martins A., Lopes M.J. Infliximab in recalcitrant generalized pustular arthropatic psoriasis // *Eur. J. Dermatol.* — 2008. — Jan-Feb. — 18 (1). — P. 71-73.

13. Филимонкова Н.Н., Кашеева Я.В., Чуверова К.А. Дерматотропные средства в комплексной терапии псориаза // *Клиническая дерматология и венерология*. — 2010. — 1. — С. 35-38.

14. Baron E. Pustular psoriasis. E-medicine specialties. *Dermatology. Papulosquamous diseases*. — 16 jan. — 2007. — P. 532-555.

15. Вольф К., Голдсмит Л., Кац С., Джилкрест Б., Паллер Э., Леффель Д. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. — Т. 1. — С. 231-235.

16. Орлова В.О. Клинический опыт применения иммунодепрессантов при лечении пустулезного псориаза // *Клиническая дерматология и венерология*. — 2013. — 1. — С. 103-106.

17. Матусевич С.Л., Бахлыкова Е.А. Опыт лечения ладонно-подошвенного псориаза // Тезисы научных работ XI Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов, г. Екатеринбург. — 2010. — С. 39.

18. Kaufmann R., Bibby A.J., Bissonnette R. et al. A new calcipotriol/betamethasone dipropionate formulation (Daivobet) is an effective once-daily treatment for psoriasis vulgaris // *Dermatology*. — 2002. — 205. — P. 389-393.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ПОСЕТИТЕЛИ СОЛЯРИЯ РИСКУЮТ ЗАБОЛЕТЬ РАКОМ КОЖИ, ДАЖЕ ЕСЛИ ОНИ НЕ ПОЛУЧАЮТ ОЖОГОВ

Ученые из Университета Данди и медицинского центра Лейденского университета в Нидерландах представили результаты своих исследований на конференции в Эдинбурге. Исследователи установили, что солярии существенно повышают риск заболевания одним из самых распространенных типов рака кожи. Его вызывают не ожоги, а частое загорание, сообщает Daily Mail.

По статистике, плоскоклеточная карцинома составляет 20% от всех заболеваний раком кожи. Исследователи обращают внимание на то, что в предупреждениях о риске соляриев преимущественно речь идет об опасности меланомы, которую вызывают ожоги и которая составляет лишь 1% от всех заболеваний раком кожи. Тогда как плоскоклеточный рак, второй по распространенности среди всех видов рака кожи, вызывает частое загорание. В рамках исследования, результаты которого на этой неделе были обнародованы на Всемирном конгрессе по раку кожи в Эдинбурге, подсчитали, что средний посетитель соляриев в возрасте от 20 до 35 лет, который загорает по 12 минут раз в восемь дней, имеет на 90% выше шансы заболеть плоскоклеточным раком кожи до 50-ти лет.

Хотя плоскоклеточная карцинома уступает меланоме по уровню смертности, от нее все равно ежегодно умирает около 500 человек в Британии.

В январе 2013 года эти же ученые из Университета Данди опубликовали исследование, в котором измеряли уровень радиации, излучаемый 400 соляриями Англии. «Дополнительные дозы ультрафиолетового излучения в совокупности с ежедневным излучением от солнца существенно повышают риск возникновения плоскоклеточной карциномы».

Оказалось, что девять из десяти соляриев излучают больше ультрафиолета, чем это предусмотрено европейскими нормами безопасности.

Эти цифры использовали в последнем анализе, который также учитывал среднюю продолжительность сеансов в соляриях, годовое количество этих сеансов, а также совокупное ультрафиолетовое облучение, которое получит человек от солнца.

При частых посещениях соляриев риск плоскоклеточной карциномы возрастает на 180%.

Солярии, которые излучают меньше ультрафиолета, все равно повышают опасность заболевания на 40%.

Источник: MIGnews.com