
ЛИТЕРАТУРА

1. Галил-Оглы Г.А. Молочков В.А. и др. Дерматоонкология. – М., 2005. – С. 524-558.
2. Лезвинская Е.М., Гуревич Л.Е. и др. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2005. – № 4. – С. 41-44.
3. Никитин Е.А. Определение клональности в диагностике лимфом кожи. – С. 84-89.
4. Потеев Н.С. // Клини. дерматол. и венерол. – 2006. – № 1. – С. 103-104.
5. Bakels V., van Oostveen J.W., Preesman A. // J. Clin. Pathol. – 1998. – № 51. – С. 154-158.
6. Curco N., Servitje O., Lucia M. et al. // Br. J. Dermatol. – 1997. – № 137. – P. 673-679.
7. Guitart J., Camisa C., Ehrlich M. // J. Am. Acad. Dermatol. – 2003. – № 48. – P. 775-779.
8. Guitart J., Kaul K., // Arch. Dermatol. – 1999. – № 135. – С. 158-162.
9. Lessin S.R., Rook A.H., Overa G. // J. Invest. Dermatol. – 1991. – № 96. – P. 299-302.
10. Thaddeus J., Scott N. Isenath, Nayak L. Pollissar // Arch. Dermatol. – 2005. – V. IX.
11. Wood G.S., Haefner A., Dummer R. // Clin. Dermatol. – 1994. – № 12. – P. 231-241.
12. Wood G.S., Tung R.M., Haefner A.C. et al. // J. Invest. Dermatol. – 1994. – № 103. – P. 34-41.
13. Wood G.S., Uluer A.Z. // Am. J. Dermatopathol. – 1999. – № 21. – P. 547-551.

ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА УФБ-ЛУЧАМИ (311 нм) В КОМБИНАЦИИ С ДАЙВОБЕТОМ

О.Ю. Олисова, В.В. Владимиров, К.В. Смирнов, Е.Г. Верхотурова

ММА им. И.М. Сеченова

Институт псориаза, Москва

Научные работы последних лет показали, что узкополосная фототерапия УФБ-лучами спектра 311 нм обладает более высокой терапевтической эффективностью по сравнению с широкополосной СФТ при минимальной эритемности и сопоставима по результатам лечения с ПУВА-терапией [2, 3, 6].

К сожалению, этот метод лечения из-за недостаточной оснащенности кабин с таким спектром в нашей стране распространен не очень широко, и поэтому российских исследований в этой области крайне мало.

Для усиления эффективности УФБ 311 нм и сокращения суммарной дозы облучения были проведены работы по сочетанию фототерапии с различными другими методами. Очень впечатляющие результаты были получены при комплексном применении узкополосной УФБ с топическим витамином Д 3 (кальцитриолом, максакальцитолом или такальцитолом) при псориазе [1, 4, 5].

В связи с изложенным нашей целью было изучение эффективности фототерапии УФБ лучами (311 нм) в сочетании с мазью «Дайвобет» у больных псориазом.

Под нашим наблюдением находились 24 больных вульгарным бляшечным псориазом в возрасте от 21 до 58 лет, из них 18 (75%) мужчин и 6 (25%) женщин, с давностью заболевания от 4 до 23 лет. У всех больных процесс носил распространенный характер. У 5 (20,8%) больных отмечалась прогрессирующая стадия, у остальных 19 (79,2%) – стационарная. Состояние больных до и после лечения оценивали с помощью индекса PASI. Больные были разделены на 2 группы: в первой группе 10 (41,7%) больных получали монотерапию УФБ-лучами (311 нм); во второй группе 14 (58,3%) больных получали УФБ-терапию (311 нм) с местным применением даивобета.

Облучение очагов поражения проводилось в кабине UV-7001K («Вальдманн», Германия) с лампами F85/100W-TL01, дающими спектр излучения 310-315 нм с максимумом излучения на длине волны 311 нм. Лечение проводилось по методике четырехразового облучения в неделю (понедельник, вторник, четверг, пятница) с начальной дозы 0,1 Дж/см² – 0,2 Дж/см² без определения минимальной эритемной дозы (МЭД) в зависимости от типа кожи. Каждую последующую процедуру дозу УФБ увеличивали на 0,1 Дж/см² при отсутствии эритемы до полного или почти полного очищения кожных покровов. Мазь «Дайвобет» наносилась один раз в день вечером в течение первых 2 недель. Утром в день процедур больные смывали мазь во время душа.

В результате проведенного лечения у 20 (83,3%) больных было достигнуто клиническое излечение (редукция PASI – 88-97%), у 4 (16,7%) – значительное улучшение (редукция PASI – от 76 до 86%). В первой группе клиническое излечение наблюдалось у 8 (80%) больных из 10, во второй группе клиническое излечение наступило у 12 (85,7%) из 14 больных.

В первой группе количество процедур при клиническом излечении составило $23,5 \pm 3,1$; суммарная доза УФБ-лучей – $31,3 \pm 4,9$ Дж/см², во второй группе количество процедур для достижения полного очищения кожных покровов от высыпаний составило $18,4 \pm 3,8$, а суммарная доза – $26,6 \pm 5,1$ Дж/см² соответственно.

Переносимость СФТ 311 нм у всех больных была хорошей. Только у одного больного из первой группы, получавшего монотерапию УФБ-лучами, после 4-й процедуры отмечался фотодерматит в виде незначительной эритемы, в период которого (3 дня) процедуры не проводились.

Таким образом, фототерапия УФБ-лучами узкого спектра 311 нм является очень эффективным методом лечения бляшечного псориаза и может быть взята на вооружение дерматологами. Эффективность методик была высокой в обеих группах: клиническое излечение у 80% больных, получавших монотерапию СФТ 311 нм и у 85,7% больных, лечившихся УФБ-лучами и мазью «Дайвобет». Однако сочетание УФБ 311 нм с применением мази «Дайвобет» ускоряло достижение клинического излечения и позволяло сокращать суммарную дозу УФБ, что очень важно для профилактики отдаленных побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brazzelli V., Barbagallo T., Prestinari F. et al. // Int. J. Immunopathol. Pharmacol. – 2005. – V. 18, № 4. – P. 755-760.
2. Gordon P.M., Diffey B.L., Matthews J.N. et al. // J. Am. Acad. Dermatol. – 1999. – V. 41, № 5. – P. 728-732.
3. Gupta G. Long J., Tillman D.M. // Br. J. Dermatol. – 1999. – V. 140, № 5. – P. 887-890.
4. Noborio R., Kobayashi K., Shintani Y. // Photodermatol. Photoimmunol. Photomed. – 2006. – V. 45, № 10. – P. 1265-1267.
5. Roussaki-Schulze A.V., Kouskoukis C., Klimi E. et al. // Drugs. Exp. Clin. Res. – 2005. – V. 31, № 5-6. – P. 169-174.
6. Storbeck K., Holzle E., Lehmann P // J. Am. Acad. Dermatol. – 1993. – V. 28. – P. 227-234.

ВЛИЯНИЕ ФОТОТЕРАПИИ УЗКОГО СПЕКТРА 311 нм НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

О.Ю. Олисова, А.В. Микрюков, В.И. Палий

ММА им. И.М. Сеченова

МСЧ № 7 ЦМСЧ № 119, Москва

Развитие патологического процесса при красном плоском лишае (КПЛ) происходит на фоне значительных изменений иммунного статуса. Как предполагают, КПЛ представляет собой реакцию Th1-гиперчувствительности замедленного типа, в ходе которой цитокины управляют пролиферацией и дифференцированием цитотоксических Т-лимфоцитов. Также определенная роль отводится антиген-неспецифическим механизмам в патогенезе КПЛ – дегрануляция тучных клеток и активация матричной металлопротеиназы в пораженных участках. В конечном итоге антиген-специфические и антиген-неспецифические механизмы в комбинации приводят к пролиферации, аккумуляции, интраэпителиальной миграции CD8⁺ Т-лимфоцитов и апоптозу кератиноцитов [3, 4].

Лечение распространенных форм красного плоского лишая до сих пор остается проблемой для дерматологов. На сегодняшний день ни одна из имеющихся теорий возникновения заболевания не может полностью объяснить его происхождение, в связи с чем и существует множество различных средств и методов терапии. Применяются психотропные, антигистаминные, гипосенсибилизирующие препараты, а также препараты хинолинового ряда, ароматические ретиноиды, антибактериальные, иммуносупрессивные средства, цитостатики, витамины, различные физиотерапевтические методы и местное лечение.

В лечении генерализованных форм КПЛ отмечается высокая эффективность фотохимиотерапии (ПУВА), широкополосного ультрафиолетового излучения спектра Б 280-320 нм (селективная