

Бакулев А.Л., Платонова А.Н.

Отдаленные результаты применения УФА1 терапии в комплексном лечении atopического дерматита

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

Bakulev A.L., Platonova A.N.

Long-term results of usage of UVA1 therapy in complex treatment of atopic dermatitis

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky

Резюме

Представлены отдаленные результаты применения в комплексном лечении больных atopическим дерматитом дальней длинноволновой УФ-терапии (УФА1). Курс лечения составил 25 процедур УФА1 терапии с максимальной разовой дозой облучения 40 Дж/см². Общая доза облучения - 130-400 Дж/см². Группы сравнения получали терапию лекарственными препаратами, с использованием стандартных доз и схем приема и не отличались от основных групп по возрасту пациентов, длительности и форме заболевания. Клиническую эффективность оценивали по динамике индекса SCORAD. Установлены высокая эффективность и безопасность УФА1 терапии в комплексном лечении atopического дерматита.

Ключевые слова: УФА1 терапия, atopический дерматит

Abstract

In the article present the long-term results of application of UVA1 therapy in complex treatment of patients with atopic dermatitis. Course of treatment has made 25 procedures of UVA1 therapy with the maximum single dose of irradiation 40 J/cm². The general dose of an irradiation 130-400 J/cm². Comparison groups received medical therapy with usage of standard doses and reception schemes, and did not differ from the basic groups on age of patients, duration and the disease form. Clinical efficiency estimated on dynamics of index SCORAD. High efficiency and safety of UVA1 therapy in complex treatment atopic dermatitis is established.

Key words: UVA1 therapy, atopic dermatitis

Заболевания кожи очень распространены. Так, в Великобритании с ними связаны 10% обращений к врачам общей практики. Дерматозами страдает свыше 20% населения, однако за медицинской помощью обращается менее ¼ больных [1].

Лечение больных с патологией кожи представляет сложную проблему для специалиста. Оно должно быть строго индивидуализированным в зависимости от возрастного периода заболевания, фазы рецидива, степени активности процесса, клинической формы, конституциональных особенностей больного, фоновых патологических состояний, наличия осложнений [2]. Следует подчеркнуть, что лечение больных требует больших финансовых затрат, создавая важную социально-экономическую проблему [3, 4]. Нерациональная терапия различными лекарственными препаратами нередко приводит к существенной медикаментозной нагрузке, опасности развития побочных реакций или непереносимости лекарственных средств, а также к резистентности [5]. В этой связи в настоящее время методы фототерапии нашли широкое применение в лечении хронических дерматозов [6].

В практике применяют несколько методов ультрафиолетовой терапии: селективную фототерапию (широкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 280-320 нм), комбинированную средне-длинноволновую ультрафиолетовую терапию (УФАВ-терапию с длиной волны 280-400 нм), узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с максимумом эмиссии на длине волны 311 нм [7, 8].

Применение селективной и комбинированной средне-длинноволновой ультрафиолетовой терапии показано лишь при лечении легких форм [9]; узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм эффективна не у всех больных, а проведение фотохимиотерапии нередко сопровождается развитием фототоксических реакций, тошноты, рвоты, повышенным риском развития рака кожи и имеет ограничения в связи с наличием ряда противопоказаний: непереносимость фотосенсибилизаторов, наличие катаракты, функциональных нарушений печени и почек и др. [10].

Фототерапия УФА-1 диапазона с длиной волны 350-400 нм обладает хорошей проникающей способностью в глубокие слои кожи и оказывает выраженное иммуносупрессивное и противовоспалительное действие, которое опосредовано индукцией апоптоза лимфоцитов в клеточных дермальных инфильтратах, снижением количества и активности клеток Лангерганса в коже, изменением экспрессии цитокинов и клеточных рецепторов к ним; хуже, чем УФВ диапазон, поглощается ДНК; увеличивает количество интерстициальной коллагеназы, вызывающей деградацию коллагена [11, 12, 13].

Целью нашей работы явилось изучение отдаленных результатов применения УФА-1 терапии в лечении atopического дерматита.

Материал и методы

Под наблюдением находились 36 пациентов в возрасте от 18 до 48 лет с диагнозом АтД в стадии обострения. Длительность заболевания варьировала от 17 до 47 лет. Фаза выраженных клинических проявлений дерматоза установлена в 29 (80,5%) случаях; умеренных клинических проявлений – в 7 (19,5%). Эритематосквамозная клиническая форма заболевания констатирована у 6(16,7%) пациентов; эритематосквамозная с лихенификацией – у 17 (47,3%); лихеноидная – 9 (25%); пруригоподобная – у 4 (11%). Поражение кожи носило распространенный характер в 36 (100%) случаях.

Клиническую эффективность оценивали до и после лечения, а также спустя 6 и 12 месяцев после проведенной терапии по индексу SCORAD, величину которого выражали в баллах. Показатель SCORAD в среднем составил $57,4 \pm 0,42$ балла, что соответствовало средней тяжести заболевания [14].

Среди пациентов с АтД 29 получали УФА1 терапию, в составе комплексного лечения, включающего антигистаминные препараты, мембраностабилизирующие и седативные средства; наружно – водные растворы анилиновых красителей, эмољенты. Курс лечения – 25 процедур, 5 раз в неделю.

Группу сравнения составили 7 человек, получавших стандартные лекарственные средства. Группа сравнения не отличалась от основной по возрасту больных, длительности и форме заболевания.

Фототерапию пациентов осуществляли в ультрафиолетовой кабине WaldmannUV 7001K "HerberWaldmannGmbH&Co. KG" (Германия) с использованием ламп F85/100W-TL10R со спектром излучения 350-400 нм и максимумом эмиссии на длине волны 370 нм. Начальная разовая доза $5-20 \text{ Дж/см}^2$, с последующим повышением до максимальной разовой дозы 40 Дж/см^2 . Общая доза облучения – $130-400 \text{ Дж/см}^2$.

Обработку полученных данных осуществляли с использованием пакета статистических программ «Med_Stat», версия 8.0.

Результаты и обсуждение

В процессе лечения у пациентов с atopическим дерматитом, получавших медикаментозные средства в сочетании с УФА1 терапией, наблюдали более раннее и отчетливое уменьшение клинических симптомов дерматоза (особенно у пациентов с лихеноидной и пруригоподобной формами), чем в группе сравнения (рис. 1-2), что подтверждалось статистически достоверным снижением абсолютной величины индекса SCORAD в 3,2 раза (до лечения индекс SCORAD в среднем составил $57,4 \pm 0,42$ балла, после лечения – $15,3 \pm 0,7$ балла, $p < 0,001$).



Рис. 1. Пациент С. до начала УФА1 терапии



Рис. 2. Пациент С. через 18 месяцев после УФА1 терапии

Отдаленные результаты прослежены у 29 (85,3%) пациентов, получавших УФА1 терапию и 5 (14,7%) , находившихся на стандартной медикаментозной терапии в течение 2 лет. Увеличение продолжительности ремиссии на 4-6 месяцев отмечено у 16 больных (47%), получавших УФА1 терапию; у 2 (5,8%), лечившихся только медикаментозными средствами. При этом количество обострений в течение 24 месяцев не превышало 2, распространенность и выраженность клинических проявлений atopического дерматита была менее выражена; также отмечено достоверное ($p<0,05$) снижение абсолютных величин индекса SCORAD (в среднем на 12-15 ед. от исходных показателей), отражающего тяжесть кожных проявлений.

Таким образом, назначение УФА-1 терапии больным со среднетяжелым течением АД, получающим общепринятую терапию, повышает эффективность лечения atopического дерматита, увеличивая длительность периода ремиссии.

Выводы

УФА-1 терапия является высокоэффективным и безопасным методом лечения пациентов с atopическим дерматитом, способствующей достижению отчетливого клинического эффекта, не требует использования фотосенсибилизирующих препаратов, не вызывает фотосенсибилизации и может применяться у больных, имеющих противопоказания к применению псораленовых фотосенсибилизаторов.

Литература

1. Бакстон, Пол К. Дерматология. - М.: Бином, 2006; 175.
2. Суворова, К.Н. Atopический дерматит: иммунопатогенез и стратегия иммунотерапии // Рус. мед. журн., 1998; 6: 363-376.
3. Смирнова, Г.И. Современная концепция лечения atopического дерматита у детей.- М.: Прима-Центр 2006; 130.
4. Levis, S.A. Consistent effects of high socioeconomic status and low birth order, and the modifying effect of material smoking on the rest of allergic disease during childhood Respir. //Med. 1998; 10: 1237-1244.
5. Хаитов, Р.М. Иммунопатология и аллергология. Алгоритмы диагностики и лечения.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003; 112.
6. Simpson, E.L. Atopic dermatitis. //J. Am. Acad. Dermatol., 2005; Jan; 53: 115-128.
7. Богадельникова, А.Е., Олисова О.Ю., Владимиров В.В. и др. Комплексное лечение больных atopическим дерматитом с применением селективной фототерапии 311 нм и комплекса средств лечебной косметики. Дерматология. // Приложение к журн. Consilium Medicum, 2006; 12: 20-22.
8. Владимиров, В.В. Светотерапия в лечении кожных болезней.// Les Nouvelles Esthetique, 2003; 2: 90-96.
9. Рызынова, Т.Б. Ближайшие результаты средне- и длинноволновой ультрафиолетовой терапии больных atopическим дерматитом. // Вестник дерматол. и венерол., 2006; 3: 16-17.
10. Krutmann, J. Mechanism of ultraviolet (UV) Band UV A phototherapy. // J. Invest. Dermatol. Symp., 1999; Apr; 1: 70-72.
11. Tabenkin, H. A case-control study of malignant melanoma in Israeli Kibbutzin. //Isr. Med. Assoc. J., 1999; 1: 154-157.
12. Scharffetter, K., Wlaschek, M., Hogg, A. et al. UVA irradiation induces collagenase in human dermal fibroblasts in vitro and in vivo.//Arch. Dermatol. Res., 1991; 283: 506-511.
13. Hanifin, J.M. Epidemiology of atopical dermatitis.// Immunol. Allergy Clin. NA., 2002; Jan; 22 (1): 1 – 24.