

carcinoma? / J. Scurry // The itch-scratch lichen sclerosus hypotesis. International journal of Gynecological Cancer.– 1999.– № 9.– P. 89–97.

28. Walkden, V. The association of squamous cell carcinoma and lichen sclerosus; implications for follow up / V. Walkden, Y. Chia, F. Wojnarovska// Journal of Obstetrics and Gynecology.– 1997.– № 17.– P. 551–553.

29. Micali, G. Penile cancer / G. Micali, M.R. Naska, D. Innocenzi, R.A. Schwarts // Journal of the American Academy of Dermatology.– 2006.– V. 54.– № 3.– P. 369–391.

THE PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF DETECTION OF THE HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION IN THE PATIENTS WITH SCLEROTROPHIC LESION OF THE ANOGENITAL AREA WITHIN THE CONVINES OF DERMATOVENEROLOGICAL SERVICE

A.S.DVORNIKOV, O.V.MINKINA

Russian National Research Medical Institute named after N.I. Pirogov
Dermatovenerological Dispensary №1
Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko

This review is dedicated to the subject of relationship of viral infection and anogenital sclerosus lesions, as well as the possibility of their joint initiation of genital cancer pathology. The authors discuss the need for correction of the observation and examination in the patients with genital sclerosus lesions within institutions of dermatovenerological assistance to the population.

Key words: lichen sclerosus, human papillomavirus infection, prophylaxis, malignant neoplasms of the skin, squamous cell skin cancer, dermatovenerology.

УДК 616.517 – 08

ПРЕФОРМИРОВАННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА
(обзор литературы)

Е.В. ДОНЦОВА*

В данной обзорной статье приведены сведения о клинических эффектах преформированных физических методов в комплексном лечении различных форм псориаза. Описаны методики, а также патогенетические механизмы их воздействия, позволяющие повысить эффективность медикаментозной терапии больных псориазом.

Ключевые слова: псориаз, фототерапия, ультрафиолетовые лучи, ПУВА-терапия, ФТД-терапия, фотоферез, электролечение, КВЧ-терапия, методы нейрорегуляторной терапии: ТДМТ, ТЭС.

Псориаз – распространенный хронически протекающий папуло-сквамозный дерматоз с четкой прослеживающейся генетической предрасположенностью, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением процессов кератинизации и воспалительной реакцией в дерме. Его частота в большинстве европейских стран составляет 1-3% [15,29,35,49]. В настоящее время псориаз рассматривается как мультифакторное заболевание, в развитии которого важное значение имеют генетическая предрасположенность, иммунные, нейроэндокринные, метаболические расстройства [27]. Лечение псориаза является комплексным и включает широкий спектр лекарственных средств: противовоспалительные вещества, препараты, направленные на подавление пролиферации и дифференцировки кератиноцитов, средства симптоматической терапии [11,18,27,29,31,32,51]. Тактика лечения псориаза зависит от стадии и особенностей его течения у каждого пациента. При назначении терапии учитывают распространенность процесса, клиническую форму, наличие сопутствующей патологии [27,34]. Группа экспертов из 19 стран Европы предложила включить в обновленные рекомендации по лечению псориаза три главных принципа успешной целенаправленной терапии, которые включают строгое соблюдение терапевтических алгоритмов, регулярное отслеживание терапевтического ответа и своевременную модификацию лечения, если терапевтические цели не достигаются [27]. Предлагаемый ротационный подход к терапии сводится к минимуму риска токсических эффектов при длительном применении лекарств и позволяет проводить эффективное длительное лечение [15]. Вместе с тем, выбор оптимальной комбинации методов системной и наружной терапии при лечении псориаза до сих пор остается актуальной и трудной задачей. Сложность этиологии и патогене-

за псориаза, а также увеличение в последние годы тяжело протекающих форм заболевания, резистентных к применяемым методам лечения, большое число побочных явлений, необходимость проведения непрерывного поддерживающего лечения в связи с частыми рецидивами определяют необходимость совершенствования существующих и разработки новых методов терапии данного заболевания [27]. Перспективными являются подходы с активным использованием методов физической терапии псориаза, стимулирующих резервные возможности и неспецифическую резистентность организма [53]. Особенно показаны методы физиотерапии в случаях торпидного течения заболевания, резистентности или непереносимости лекарственных препаратов.

Задачами физиотерапевтического лечения псориаза являются нормализация функции центральной нервной системы, оказание гипосенсибилизирующего действия на организм пациентов, уменьшение воспалительных проявлений, а также увеличение проницаемости гематосиновиального барьера, что позволяет улучшить кровоснабжение и тканевый обмен, добиться размягчения бляшек и рассасывания очагов инфильтрации [53]. Физические методы лечения при псориазе направлены на снижение пролиферативной активности эпидермиса, коррекцию иммунных и реологических нарушений (реокорректирующие, разрешающие, иммунокорректирующие методы), коррекцию гормональных нарушений (гормонкорректирующие методы), торможение синтеза кератоцитов (цитостатические, кератолитические методы), уменьшение возбуждения в коре головного мозга (седативные методы) [39]. К иммунокорректирующим методам лечения псориаза относятся: инфракрасная лазеротерапия, лазерное облучение крови, КВЧ-терапия, гипокситерапия, УФ-облучение средневолнового диапазона в субэритемных дозах, к гормонкорректирующим: ВЧ-магнитотерапия на область надпочечников, трансцеребральная УВЧ-электролечение, к реокорректирующим: красная лазеро- и хромотерапия, внутривенное облучение крови, транскутанное облучение крови, НЧ-магнитотерапия, к разрешающим: дегтярные ванны, к цитостатическим: PUVA-терапия, к кератолитическим: щелочные ванны, к седативным: электросонотерапия, франклиннизация, к фибромодулирующим: ультразвуковая терапия, парафино- и озокеритотерапия, радоновые, сероводородные ванны.

Важной составной частью лечения псориаза является фототерапия [11,15,29]. Давно и успешно используются при лечении больных псориазом терапевтические свойства ультрафиолетового излучения [17,41]. Искусственные источники ультрафиолетового света широко используются в терапии зимних форм псориаза, применяются различные дозы ультрафиолетовых лучей [14]. Ультрафиолетовое излучение оказывает противовоспалительное и иммуномоделирующее действие, при этом для высоких доз данного метода характерен иммуносупрессивный эффект, тогда как для малых – иммуностимулирующий [53].

Ультрафиолетовые облучения, на протяжении многих лет применяющегося при псориазе, проводятся по многим схемам и методам, в комбинации с другими лекарственными средствами [41]. Используется разработанная В.Я.Арутюновым методика УФ-облучения гиперэритемными дозами (3-5 биодоз) по зонам поясам. Проводится два цикла облучений; продолжительность лечения – 20 дней. При этом сохраняет практическую ценность дозиметрия ультрафиолетовых лучей по методу Горбачева (1928), основанная на индивидуальном определении чувствительности кожи к этим лучам [41]. Для успешного лечения при назначении ультрафиолетовых лучей необходимо учитывать сезонность обострения, стадию псоритического процесса. Большое внимание уделяется облучению туловища и особенно области позвоночника, паравerteбральных симпатических узлов [41]. При этом возникают рефлекторные реакции, замыкающиеся в высших отделах нервной системы. В целях усиления терапевтического эффекта ультрафиолетовых лучей были предложены фотосенсибилизирующие средства – смазывание очагов дегтярными препаратами, эозином, а также наружное применение меланина, бероксана, амифурина с последующим УФ-облучением [14].

В настоящее время при псориазе применяют ультрафиолетовые лучи длинноволнового диапазона А (УФА) с длиной волны 320-400 нм и средневолновые ультрафиолетовые лучи (УФВ) – 280-320 нм [11, 29,32]. Получил широкое распространение способ лечения псориаза, основанный на сочетанном воздействии УФА и фотосенсибилизаторов (псораленов) – ПУВА-терапия, относя-

* ГБОУ ВПО « Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, 394000, Воронеж, ул. Студенческая, 10

щийся к методам фотохимиотерапии [16,26,36,53]. После десятилетий успешного клинического применения метод ПУВА-терапии и в настоящее время является признанным высокоэффективным способом лечения псориаза, оказывая на организм больных иммуносупрессивное, противовоспалительное и антипролиферативное действие. Используются системное или местное применение фотосенсибилизаторов, ПУВА-ванны, заключающиеся в сочетании применении ванн с водным раствором фотосенсибилизаторов с последующим облучением длинноволновым УФ – светом [29,50]. Однако наряду с достоинствами метод ПУВА-терапии имеет и существенные негативные побочные эффекты [16,53]. К ранним относятся диспепсические нарушения, эритема, болезненность, сухость кожи и зуд, повышение фоточувствительности. В отдаленный период наблюдаются фотостарение кожи, гиперпигментации, депигментации участки, формирование катаракты. Существуют данные о канцерогенном действии ПУВА-терапии. Длительная многокурсовая УФ-терапия, применяемая при лечении больных псориазом, увеличивает риск развития злокачественных опухолей кожи.

Наибольший эффект при псориазе наблюдается в диапазоне широкополостного средневолнового излучения (280-320 нм). Применение селективной фототерапии при лечении псориаза не требует применения фотосенсибилизаторов и не вызывает свойственных им побочных явлений. Перспективным представляется использование комбинированных методов лечения псориаза. Фотохимиотерапию сочетают с ароматическими ретиноидами (РЕ-ПУВА терапия), метотрексатом и проспидином (ПРО-ПУВА терапия) топическими кортикостероидами, аналогами витамина Д 3 [22,29,33,54].

В последнее время важное положение среди физиотерапевтических методов лечения псориаза занимает узкоспектральная УФВ-терапия, оказывающая на организм больного иммуносупрессивное и противовоспалительное действие [4,16]. Узкополосная УФВ-терапия с пиком эмиссии на длине волны 311 нм является сравнительно новым и более эффективным методом УФВ-терапии псориаза по сравнению с селективной фототерапией [11,29]. Процедуры проводят 3-4 раза в неделю. На курс назначают 15-35 процедур.

Эффективным и обнадеживающим оказался метод терапии псориаза с помощью эксимерного лазера – фототерапия УФБ лучами узкого спектра 308 нм [11,29,30,38]. Применяемая эксимерная система – эксимерный ХеСI-лазер, генерирующий длину волны 308 нм, в настоящее время широко используется в мировой практике для лечения псориаза [25,44,48,56,57,58]. Терапия псориаза осуществляется у пациентов с площадью поражения не более 10-20% поверхности тела, на труднодоступные участки тела, при ладонно-подошвенном псориазе. Курс лечения составляет от 2 до 10 недель. Частота проведения процедур 2-3 раза в неделю. Достоинством данного метода лечения является возможность применения высоких доз ультрафиолетового излучения с нужной длиной волны на ограниченных участках кожного покрова, не облучая кожу. Побочными эффектами являются развитие проходящей эритемы, пигментации, зуда, отека, пузырей. Особенностью методики является то, что чем выше доза облучения, тем более длительной будет ремиссия, но и выше процент побочных эффектов. Оценена эффективность светотепловой ЛНЕ - технологии в лечении ограниченного псориаза оценка [5].

Новой перспективной медицинской технологией немедикаментозного лечения псориаза является *фотодинамическая терапия* (ФДТ) [2,9,46,55]. Для проведения ФДТ применяются лазеры и нелазерные источники света с фотосенсибилизаторами (фотогем, фотосенс).

А.М. Шубина и соавт. в лечении больных, имеющих распространенные мелкобляшечные формы псориаза, применяли внутривенную ФДТ [55]. Для ФДТ использовали диодный полупроводниковый лазерный аппарат «Укол-01-ВЛОК» с длиной волны 0,661 мкм, мощностью на конце световода 15 мВт. В качестве фотосенсибилизатора использовали фотодитазин, который вводили внутривенно в дозе 0,3-0,4 мг на 1 кг массы тела. У пациентов с распространенными формами, с крупными бляшками (диаметр более 10 см) после внутривенной терапии проводили местное лазерное облучение. Для лазерного облучения применяли полупроводниковый лазерный аппарат «Ламеда», генерирующий свет с длиной волны 0,66 мкм, мощностью излучения 1,5 Вт.

В научной литературе появились работы о новом методе лечения псориаза – процедуры фотофореза, заключающейся в

нанесении лекарственного препарата на кожу с последующим воздействием света. Описано использование в терапии ограниченных форм псориаза крема элоком и ультрафиолетового излучения узкого спектра [37]. Физиотерапевтическое лечение производилось при помощи фототерапевтической установки «Яхонт»: длина волны – 300-350 нм с пиком 308 нм, максимальная плотность энергии за время экспозиции – 0,2 Дж/см², выходная мощность – 5 мВт, диаметр светового пятна – 3 см, в качестве доставки излучения – оптоволоконный кабель со сменными наконечниками. За 15 минут до проведения фотофореза на пораженные поверхности наносили крем элоком. Экспозиция облучения при фототерапии составляла 2-5 мин. на область (суммарно не более 20 мин за сеанс). Суммарное количество сеансов фотофореза от 6 до 10 процедур, 2-3 раза в неделю. Метод комплексной терапии способствовал клиническому выздоровлению у 70% больных, что свидетельствует о его высокой эффективности.

Некоторые дерматологи положительно оценивают при псориазе использование электролечения [45]. Описано применение постоянного (гальванический и диадинамический) тока, электрофореза с 1-3% водным раствором ихтиола и переменного (диатермический) тока, ультратонотерапии, электромагнитных импульсных колебаний (дарсонвализация), индуктотермии, ультразвуковой терапии. Применяется введение лекарственных препаратов (витамин А, гидрокортизоновая мазь) с помощью ультразвука – фонофорез, особенно успешно в случаях ладонно-подошвенного псориаза [45]. Установлена эффективность магнитотерапии, в частности, при псориатическом артрите [21]. Описано использование миллиметрово-волновой терапии у больных с распространенным рецидивирующим торпидным псориазом [1]. Проводилось воздействие на биологические активные точки, грудину и псориатические бляшки (12-15 процедур). Эффективность метода комбинированной миллиметрово-волновой терапии подтверждена динамикой клинических, иммунологических и морфологических показателей. В качестве метода немедикаментозного лечения вульгарного псориаза применен метод резонансной терапии узкоспектральными керамическими излучателями [3]. Воздействовали на всю поверхность тела излучателями в течение 14 дней. Разрешение кожного процесса сопровождалось положительной динамикой показателей иммунитета.

В последнее время широкое применение в терапии псориаза, в том числе псориатического артрита, получило использование электромагнитных волн миллиметрового диапазона – КВЧ-терапия [13]. Основной механизм лечебного действия миллиметровых волн состоит в повышении неспецифической резистентности организма, нормализации иммунного статуса [45]. Эффективным в терапии больных псориазом оказалось применение КВЧ-терапии в сочетании с мазью карталиин [12].

Показана терапевтическая эффективность комплексного метода лечения псориаза с использованием стимуляторов функции коры надпочечников [24]. В качестве стимулятора коры надпочечников использовали индуктотермию на поясничную область (диск 30 см, сила тока 180 А, экспозиция 10 мин, ежедневно, на курс 10 процедур).

Хорошие результаты получены при лечении псориаза путем введения кислорода в организм – кислородотерапии: подкожно, внутривенно, с помощью кислородных ванн и аппликаций [41], баротерапии [8]. Обосновано применение метода озонотерапии при лечении псориаза – одного из перспективных методов воздействия на иммунологические, биохимические процессы и состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы [28,43]. Противовоспалительный эффект озона помимо активации метаболизма и улучшения микроциркуляции, обуславливается окислением двойных связей полиненасыщенной арахидоновой кислоты, образующей простагландины. Происходит восстановление кислородотранспортной функции крови, оптимизация метаболизма биологических субстратов (углеводов, белков, липидов), иммуномодулирующий эффект, детоксицирующее действие.

Представлен случай успешного применения ДЭНС-терапии распространенного бляшечного псориаза [40]. В литературе приводятся данные о таких способах физического воздействия при псориазе, как высокая или низкая температура [47]. Предложено комплексное лечение псориаза, включающее одновременное применение общей гипертермии и гипероксии, проводимое в термооксической камере [23]. Наблюдалось значительное улучшение периферической гемодинамики (артериального давления, частоты сердечного сокращения), микроциркуляции в дерме,

показателей кислотно-щелочной среды крови, устранение тканевой гипоксии, нормализация обменных процессов в коже. Принцип охлаждения организма или его отдельных областей воздушно-газовыми средами лежит в основе нового метода – аэрокриотерапии. Криомедицинские технологии (локальная и общая криотерапия) являются элементом комбинированной терапии псориаза, существенно улучшающие прогноз и течение псориаза [20].

Особый интерес представляют результаты изучения адаптивного действия *транскраниальной динамической магнитотерапии* (ТДМТ) в комплексном лечении больных с распространенными формами вульгарного и экссудативного псориаза [19]. Клиническая эффективность лечения в основной группе больных псориазом составила 91,6%. Показано, что при использовании ТДМТ регресс клинических проявлений заболевания сопровождается более выраженной нормализацией параметров вегетативной и иммунной систем, процессов перекисного окисления липидов и содержания гормонов коры надпочечников. Лечение позволило в 1,5-2 раза уменьшить количество обострений в отдаленном периоде.

Исследована возможность применения метода нейрорегуляторной терапии – *транскраниальной электростимуляции* (ТЭС) антиноцицептивной системы ствола мозга у больных псориазом с ладонно-подошвенной локализацией, лечебное действие которой опосредуется через механизм активации лимбико-ретикулярной системы [42]. Процедуры ТЭС выполняли электростимулятором «Трансаир-2». Электровоздействие осуществлялось через электроды, прикладываемые к коже лба (катод) и позади ушных раковин (анод), сочетанием постоянного и импульсного токов (частота прямоугольных импульсов 77Гц, длительность импульса 3,5 мс), при соотношении токов 2:1 и средней суммарной силе тока 4-6 мА. Средняя длительность процедуры ТЭС составляла 25-30 мин. ТЭС является эффективным гормонокорректирующим и антистрессорным методом, позволяющим существенно улучшить результаты лечения.

Изучено использование электро-сонотерапии в комплексном лечении больных псориазом с астено-невротическим синдромом [7]. Импульсные токи низкой частоты оказывают всестороннее воздействие на функциональное состояние многих систем организма, что делает обоснованным включение электросна в комплексное лечение больных псориазом с сопутствующей соматической патологией. Под влиянием лечения пациенты начинали по другому относиться к заболеванию, чувство безысходности сменялось более адекватным отношением к своему заболеванию.

Демченко О.А. и соавт. применили при лечении псориаза эндоназальный электрофорез даларгина и сеансы транскраниальной электростимуляции [10]. Лечение способствовало уменьшению тяжести течения очередного обострения и позволяло в ряде случаев предотвратить рецидив. Эндоназальный электрофорез даларгина (аппарат «ПОГОК-1») положительно влиял на динамику содержания адаптивных гормонов и опиоидных пептидов (АКТГ, СТГ, кортизол, лей-энкефалин, бета-эндорфин) в сыворотке больных псориазом [52]. В работе П.Г. Богуш и соавт. использовал комбинированный метод лечения больных псориазом, включающий импульсные токи низкой частоты по трансцеребральной методике (электросон) в сочетании с ПУВА-терапией [6]. Клиническое выздоровление сопровождалось снижением АД до рабочих цифр, улучшением статуса соматических некоронарных заболеваний, отмечалась нормализация уровня холестерина в крови.

Таким образом, применение преформированных физических методов в терапии псориаза оказывают благоприятное влияние на результаты лечения. Разработка и клинические испытания новых видов немедикаментозного лечения могут открыть новые возможности для эффективного лечения псориаза.

Литература

1. Миллиметрово-волновая терапия больных с распространенным рецидивирующим торпидным псориазом / В.П. Адаскевич [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней.– 1999.– № 3.– С. 17–23.
2. Применение методов фотодинамической терапии (ФДТ) в онкодерматологии и дерматокосметологии / Б. Алгермиссен [и др.] // Сборник тезисов 2-го Конгресса Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов.– М., 2012.– 123 с.
3. Асадова, Е.А. Резонансная ИК-терапия – новое направление в лечении псориаза у детей / Е.А. Асадова, Р.Х. Рахимов, С. Голубева // Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов.– М., 2001.– Ч. 1.– 152 с.

4. Узкоспектральная фототерапия псориаза / Г.Е. Асатуров [и др.] //2-й Конгресс Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов.– М., 2012.– С.123

5. Светотепловая ЛНЕ-технология в лечении ограниченного псориаза: оценка эффективности / Э.А. Баткаев [и др.] // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология.– 2009.– № 1.– С. 9–13.

5. *Богуш, П.Г.* Применение импульсных токов низкой частоты по трансцеребральной методике в сочетании с ПУВА-терапией при лечении больных псориазом / П.Г. Богуш, Л.С. Круглова // Материалы конференции, посвященной памяти профессора Машкиллейсона Асафа Львовича.– М., 2002.– С. 11–12.

6. *Богуш, П.Г.* Использование электросонотерапии в комплексном лечении больных псориазом с астено-невротическим синдромом / П.Г. Богуш, Л.С. Круглова // Современные направления диагностики, лечения и профилактики ИППП и дерматозов: тез. науч. работ Всерос. конф. дерматовенерологов.– Н. Новгород, 2004.– С. 6.

7. *Виленчик, Г.Б.* Гипербарическая оксигенация в комплексной терапии больных псориазом и ее влияние на показатели реовазографии и липидного обмена: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Б. Виленчик.– СПб., 1992.

9. Оценка отдаленных результатов фотодинамической терапии псориаза / Г.Н. Ворожцов [и др.] // III Всероссийский конгресс дерматовенерологов. Тезисы научных работ.– Казань, 2009.– 35 с.

10. *Демченко, О.А.* Клиническая оценка комплексного лечения больных псориазом с использованием эндоназального электрофореза даларгина и сеансов транскраниальной электростимуляции / О.А. Демченко, Л.В. Силина, М.И. Лукашов // Современные направления диагностики, лечения и профилактики ИППП и дерматозов: тез. науч. работ Всерос. конф. дерматовенерологов.– Н. Новгород, 2004.– С. 6–14.

11. Дерматовенерология. 2010 [под ред. А.А.Кубановой].– М., 2010.– 428 с.

12. *Дмитрук, В.С.* Лечение больных псориазом сочетанным применением мази «Карталин» и КВЧ-терапии / В.С. Дмитрук // Вестник дерматологии и венерологии.– 2010.– С. 65–66.

13. *Дмитрук, В.С.* Гуморальный иммунитет больных псориазом артритом при КВЧ-терапии / В.С. Дмитрук, Е.Ф. Левицкий, А.В. Зуев // Тезисы научных работ VIII Всероссийский съезд дерматовенерологов.– М., 2001.– Ч. 1.– С. 62.

14. *Довжанский, С.И.* Псориаз / С.И. Довжанский.– Саратов, 1976.– 286 с.

15. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти; Пер. с англ.– М., 2008.– 736 с.

16. Клинические и молекулярно-генетические исследования эффективности и безопасности применения ультрафиолетового излучения в терапии больных псориазом / М.Б. Жилова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии.– 2010.– № 4.– С. 46–51.

17. *Задорожный, Б.А.* Псориаз.– 2-е изд. / Б.А. Задорожный.– Киев, 1983.– 160 с.

18. Персонализированный подход к выбору терапии больных псориазом с учетом результатов молекулярно-генетических исследований / Л.Ф. Знаменская [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии.– 2010.– № 52.– С. 77–83.

19. Возможности транскраниальной магнитотерапии в комплексном лечении псориаза / А.В. Зуев [и др.] // Российский журнал кожных и венерологических болезней.– 2008.– №4.– С. 59–64.

20. *Карпова, А.В.* Оценка клинической эффективности общего криотерапевтического воздействия на иммунный статус больных псориазом / А.В. Карпова, В.Ю. Васенова, Ю.С. Бутов // Актуальные вопросы дерматовенерологии и дерматоонкологии: сб. ст.– М., 2010.– С. 108–110.

21. *Киселев, С.Г.* К вопросу об эффективности магнитотерапии псориазического артрита / С.Г. Киселев, А.В. Зуев // Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов.– М., 2001.– С. 63.

22. *Кокедж, Франко.* Преимущества комбинированной терапии псориаза с помощью УФ-облучения и местных лекарственных средств / Франко Кокедж // Первый Российский конгресс дерматовенерологов.– СПб., 2003.– Т.1.– 228 с.

23. *Коляденко, В.Г.* Комплексное применение общей гипертермии с гипероксией (ОГТ с ГО) при лечении псориаза / В.Г. Коляденко, В.Н. Король // Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов.– М., 2001.– Ч. 1.– С. 264.

24. Корсун, В.Ф. Лечение и реабилитация больных псориазом / В.Ф. Корсун.–М., 1991.– 127 с.

25. Корсунская, И.М. Изменения морфофункционального состояния кожи при псориазе под влиянием излучения эксимерного лазера / И.М. Корсунская // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология.– 2007.– № 1.– С. 2–13.

26. Котрехова, Л.П. Отдаленные результаты пува терапии / Л.П. Котрехова, Е.Ю. Муратова // Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов.– М., 2001.– Ч. 1.– С. 216.

26. Кочергин, Н.Г. Последние тренды в лечении псориаза / Н.Г. Кочергин, Л.М. Смирнова // Лечащий врач.– 2011.– № 5.– С. 1–3.

27. Кошелева, И.В. Иммуномодулирующий эффект кислородно-озоновой терапии при дерматозах / И.В. Кошелева // Клиническая дерматология и венерология.– 2007.– № 5.– С. 43–49.

28. Кубанова, А.А. Псориаз: клинические рекомендации / А.А. Кубанова // Российское общество дерматовенерологов.– М., 2008.– 56 с.

29. Оценка эффективности лечения псориаза и витилового с помощью эксимерного лазера / Л.Р. Куликова [и др.] // Терапия социально значимых заболеваний в дерматовенерологии. Новые лекарственные препараты и средства в дерматологии и косметологии: сб. тез. IV науч.-практ. конф.– М., 2004.– С. 99–101.

30. Курдина, М.И. Антицитокиновая терапия– новое направление в лечении псориаза / М.И. Курдина // Вестник дерматологии и венерологии.– 2011.– № 2.– С. 13–17.

31. Кутасевич, Я.Ф. Современный взгляд на проблему псориаза / Я.Ф. Кутасевич // Дерматология та венерология.– 2002.– № 2.– С. 3–10.

32. Лецкалюк, Ю.Ф. Сочетание селективной фототерапии и псоркутана при лечении псориаза / Ю.Ф. Лецкалюк // Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов.– М., 2001.– Ч. 1.– С. 161.

33. Матусевич, С.Л. Возможности использования адеметионина в терапии больных псориазом с патологией органов гепатобилиарной системы / С.Л. Матусевич, И.В. Медведева // Вестник дерматологии и венерологии.– 2010.– С. 77–78.

34. Псориаз и псориатический артрит / В.А. Молочков [и др.]– М., 2007.– 300 с.

35. Мошнин, М.В. Интервал времени между нанесением раствора аммифурина и УФА облучением при локальной ПУВА-терапии псориаза / М.В. Мошнин, Б.Н. Ярвелов // Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов.– М., 2001.– Ч. 1.– С. 106.

36. Перламутров, Ю.Н. Комплексная терапия ограниченных форм псориаза / Ю.Н. Перламутров, К.Б. Ольховская // Клиническая дерматология и венерология.– 2007.– № 5.– С. 61–64.

37. Пинсон, И.Я. Фототерапия псориаза УФБ лучами узкого спектра 308 нм/ И.Я. Пинсон // Терапия социально значимых заболеваний в дерматовенерологии Новые лекарственные препараты и средства в дерматологии и косметологии: сб. тез. V науч.-практ. конф.– М., 2005.– С. 113–114.

38. Пономаренко, Г.Н. Частная физиотерапия / Г.Н. Пономаренко.– М., 2005.– 744 с.

39. Попов, С.Н. Опыт применения ДЭНС-терапии в комплексном лечении псориаза / С.Н. Попов, Т.П. Раченко // Новые технологии в организации дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации: тез. науч. работ VIII Всерос. конф. дерматовенерологов.– М., 2004.– С. 14.

40. Потоцкий, И.И. Чешуйчатый лишай (псориаз) / И.И. Потоцкий, И.Н. Ляшенко, Д.Я. Головаченко.– Киев, 1979.– 232 с.

41. Разнатовский, К.И. Динамика показателей системы гипофиз-гонады – надпочечники у больных дерматозами ладонно-подошвенной локализации при транскраниальной электро-стимуляции эндорфинных структур мозга / К.И. Разнатовский // Вестник дерматологии и венерологии.– 1997.– № 5.– С. 30–34.

42. Саботюк, А.Н. Обоснование применения метода озонотерапии при лечении псориаза / А.Н. Саботюк // Материалы Первого Российского конгресса дерматовенерологов.– СПб., 2003.– Т. 1.– С. 235.

43. Сергеева, И.Г. Применение эксимерного лазера в терапии стационарных стадий псориаза / И.Г. Сергеева, Ю.М. Криницина // Частные вопросы дерматовенерологии : материалы межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участ.– Саратов, 2006.– С. 67–68.

44. Скрипкин, Ю.К. Кожные и венерические болезни: учебник / Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов.– М.,

2009.– 544 с.

45. Странадко, Е.Ф. Развитие фотодинамической терапии в России / Е.Ф. Странадко // Сборник тезисов 2-го Конгресса Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов.– М., 2012.– С. 128–129.

46. Суворов, А.П. Папулезные дерматозы. Псориаз : учеб.–метод. пособие / А.П. Суворов.– Саратов, 1987.– 63 с.

47. Псориаз (сравнительная оценка различных видов терапии) / Н.Н. Тихонова [и др.] // Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов.– М., 2001.– Ч. 1.– С. 153.

49. Томас П Хебиф Кожные болезни. Диагностика и лечение. Пер. с англ. Под ред. А.А. Кубановой.– М., 2006.– 672 с.

50. Бальнеофотохимиотерапия больных псориазом с использованием водного раствора аммифурина / Е.Е. Царегородцева [и др.] // Тезисы научных работ Первого Российского конгресса дерматовенерологов.– СПб., 2003.– Т. 1.– С. 244.

51. Хамаганова, И.В. Современные подходы к диагностике и терапии псориаза / И.В. Хамаганова // Лечащий врач.– 2006.– №5.– С. 50–54.

52. Черных, С.Ю. Влияние эндоназального электрофореза даларгина на динамику содержания адаптивных гормонов и опиоидных пептидов в сыворотке крови больных псориазом / С.Ю. Черных // Тезисы научных работ Первого Российского конгресса дерматовенерологов.– СПб., 2003.– Т. 1.– С. 67–68.

53. Сравнительный анализ эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения и пува-терапии в лечении псориаза / А.С. Шахова [и др.] // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация.– 2010.– № 4.– С. 16–20.

54. Шлыкова, С.А. Ре-ПУВА терапия в сочетании с гепатопротекторами при лечении больных псориазом / С.А. Шлыкова, О.Ю. Белов, А.Ю. Титугина // Материалы 2-го Конгресса дерматовенерологов.– СПб., 2007.– С. 109.

55. Шубина, А.М. Лазерная и фотодинамическая терапия псориаза / А.М. Шубина, М.А. Каплан // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация.– 2004.– № 2.– С. 31–33.

56. Шутенко, Т.В. Революционные технологии– эксимерные лазеры для лечения псориаза и витилового / Т.В. Шутенко // Материалы 1-го Конгресса дерматовенерологов.– СПб., 2003.– Т. 1.– С. 123.

58. Trehan, M. High-dose 308 nm eximer Laser for the treatment of psoriasis / M.Trehan, C.Taylor // J. Am. Acad. Dermatol.– 2002.– 46:5.– P. 732–737.

PREFORMED PHYSICAL FACTORS IN COMPLEX TREATMENT OF PSORIASIS

E.V.DONTSOVA

Voronezh State Medical Academy named after N.N.Burdenko

The article contains data concerning the clinical effects of preformed physical methods in complex treatment of different forms of psoriasis. Methodics and pathogenetic mechanisms of their effect which can improve the efficiency of drug therapy in the patients are described.

Key words: psoriasis, phototherapy, UV rays, PUVA therapy, photodynamic therapy, photopheresis, electrical treatment, EHF therapy, Neurosurgical methods: TDMT, TES therapy.

УДК [616.155.392.2-036.12:612.112:612.014.1.017.11]037-07(045)

О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ ДИНАМИЧЕСКИХ СДВИГОВ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА БЕЛОЙ КРОВИ И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА, ИХ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Т.Н. ЖЕВАК*, Н.П. ЧЕСНОКОВА*, Т.В. ШЕЛЕХОВА*, О.Е. ЦАРЕВА**

В работе представлены результаты собственных исследований цитокинового профиля крови больных В-клеточным хроническим лимфолейкозом. Закономерной особенностью изменения цитокинового статуса на различных стадиях хронического лимфолейкоза является увеличение уровней интерлейкина и фактора некроза опухоли-альфа в сыворотке крови, что может быть одним из ведущих па-

* ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России», ул. Б. Казачья, 112, г. Саратов, 410 012

** Клиника профпатологии и гематологии, ул. 53 Стрелковой дивизии, 6/9, г. Саратов, 410028