
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФОТОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ ПАНТОГЕМАТОГЕНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

Г.Н. Шувалов

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Псориаз является одним из наиболее распространенных дерматозов, на долю которого приходится от 3 до 10% всех кожных болезней [6]. В последнее время отмечается тенденция к нарастанию частоты распространенных форм с торпидным течением заболевания, резистентных к проводимой терапии, а также с тяжелыми клиническими разновидностями – псориатической эритродермией и псориатическим артритом [2, 8].

Основным патологическим процессом при псориазе является гиперплазия эпидермиса с нарушением дифференцировки кератиноцитов и воспалительной реакцией в дерме. В соответствии с этим, все методы патогенетической терапии псориаза направлены на подавление пролиферации кератиноцитов, нормализацию нарушенной дифференцировки кератиноцитов, устранение воспалительного процесса. Кроме того, в коже больных псориазом отмечаются нарушения микроциркуляции, явления ишемии и тканевой гипоксии [4]. К настоящему времени накоплены данные, свидетельствующие о серьезных сдвигах в иммунном статусе больных псориазом со стороны как иммунорегуляторных, так и иммуноэффекторных звеньев, что позволяет рассматривать эту проблему с точки зрения иммунопатологии [5]. Отмечена взаимосвязь псориаза и микрофлоры кишечника. Было показано, что основными провоцирующими факторами и факторами, поддерживающими хроническое течение псориаза, служат стрептококковые клеточные и мембранные белки, являющиеся продуктами распада В-стрептококка, включенными в микробиоценоз кишечника [7].

Развитие псориатического процесса обусловлено нестабильностью неспецифической реактивности организма под влиянием целого комплекса патохимических реакций, определяющих характер клинической картины заболевания. Среди гуморальных систем, участвующих в формировании неспецифической реактивности при псориазе, большое значение имеет состояние различных белковых систем крови с их защитными функциями и острофазным ростом при воспалительных и деструктивных процессах. Эта физиологическая реакция, наряду с адаптационным синдромом и иммунитетом, занимает естественное место в общей реактивности, обуславливающей резистентность организма [1].

На сегодняшний день известно более 7000 различных методов терапии псориаза. Наиболее часто используются глюкокортикоиды, цитостатики, иммуносупрессанты (сандимун и др.), ароматические ретиноиды, витамин D₃, ПУВА-терапия. Однако многие из них дают серьезные осложнения и побочные эффекты, нередко более опасные для жизни пациента, чем сам псориаз.

В настоящее время отдают предпочтение комплексному воздействию, объединяющему фармакотерапию, физиотерапию, санаторно-курортное лечение на различных стадиях патологического процесса, что позволяет сократить прием медикаментозных препаратов и, как следствие, значительно уменьшить вероятность развития побочных эффектов и увеличить длительность ремиссии [3]. Однако недостаточно изученный патогенез заболевания, сохраняющаяся частота и длительность рецидивирования кожного процесса заставляют искать новые методы лечения.

Известно, что низкоинтенсивное излучение лазера красного и инфракрасного диапазонов спектра оказывает обезболивающее, десенсибилизирующее, противовоспалительное, иммуномодулирующее, антиаллергическое и антиоксидантное воздействие. Доказана способность стимуляции процессов регенерации и усиления биосинтеза белка, устранения дистрофических изменений в клетках и нормализации общей гемодинамики. Лазерное излучение оказывает выраженное действие на состояние иммунитета пациента, так как обладает свойствами иммунопротектора и иммуномодулятора, затрагивает все звенья иммунитета – как клеточного, так и гуморального. Клиническая эффективность и нормализация клеточного состава находятся в прямой зависимости от индивидуальной чувствительности пациента к лазерному излучению, степени угнетения местной и общей реактивности, дозы лазерной энергии и кратности проведения сеансов лазеротерапии.

В отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии совместно с отделением физиотерапии МОНИКИ был разработан и применен метод фотофореза в сочетании с препаратами пантогематогена для лечения различных форм псориаза. В качестве преформированного фактора воздействия применялось импульсное ИК-лазерное излучение с частотой импульсов, соответствующей частоте дыхания пациента, в проекции крупных сосудисто-нервных образований. Курс лечения состоит из 10-12 ежедневных процедур.

Под нашим наблюдением находилось 100 пациентов (40 женщин и 60 мужчин) в возрасте от 16 до 72 лет. Из них 62 пациента поступили с диагнозом распространенный вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия; 5 – в стационарной стадии; 6 – в состоянии эритродермии, 27 пациентов страдали псориазическим полиартритом. Из этой группы 17 больных ранее в лечении применяли: метотрексат, преднизолон, ПУВА-терапию. При сборе анамнеза выяснилось, что большинство больных отмечают взаимосвязь начала заболевания со стрессом и наличием псориаза у родственников. Диагноз псориазический полиартрит был установлен на основании жалоб, клинической картины заболевания, рентгенологического обследования и консультации ревматолога.

Всем пациентам проведено комплексное лечение с применением метода транскутанного фотофореза с препаратами пантогематогена (пантоник-1). Наблюдение за пациентами в процессе лечения указанным методом показало, что регресс высыпаний достигается в более

короткие сроки. У большинства больных (87%) мы отметили выраженный клинический эффект после 4-7 сеансов. Это выражалось в уменьшении гиперемии, шелушения и инфильтрации в очагах поражения, прекращении появления новых высыпаний и значительного снижения интенсивности болей в суставах.

У 10 больных мы оценили клинический эффект как слабовыраженный. Эту группу составили больные с многолетним течением псориаза, резистентные к проводимой терапии. Было выяснено, что 9 из 10 пациентов ранее применяли кортикостероидные препараты, цитостатики, ПУВА-терапию. У 3 пациентов, получивших комплексную терапию, включая фотофорез с препаратами пантогематогена, мы не определили существенных изменений в клинической картине заболевания. Но в то же время можно отметить, что у них прекратили появляться новые элементы, несколько уменьшилось шелушение и гиперемия. Анализ анамнеза и результаты обследования данных пациентов позволили связать отсутствие эффекта у двух больных с поражением печени: активно протекающий гепатит С и токсическое поражение печени вследствие применения настоя болотного. У одного больного причину отсутствия эффекта установить не удалось.

Помимо изменения локального статуса, который выражался в снижении индекса PASI в интервале от 40 до 80%, отмечалась нормализация иммунологических показателей и показателей острофазных белков.

Таким образом, транскутанный фотофорез пантогематогена в комплексном лечении псориаза оказывает выраженный терапевтический эффект и является методом выбора в лечении различных форм псориаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова А.А. Роль белков острой фазы в характеристике неспецифической реактивности больных псориазом и разработка патогенетической терапии / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. – 2003.
 2. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз или псориазическая болезнь. – Саратов, 1992.
 3. Зуев А.В., Халдин А.А., Дмитрук В.С., Киселев С.Г. // Рос. журн. кож. вен. болезней. – 2003. – № 6. – С.17-19.
 4. Лещенко В.М., Соболева Т.М. // Вестн. дерматол. – 1991. – № 4. – С. 21-25.
 5. Молочков В.А., Уджуху В.Ю., Исаева Т.А. // Терапия социально значимых заболеваний в дерматологии. Новые лекарственные препараты и средства в дерматологии и косметологии / Материалы научно-практич. конф. – М., 2004. – С.61-63.
 6. Скрипкин Ю.К., Чистякова И.А. // I съезд дерматовенерологов Республики Казахстан / Материалы 2-го Всерос. симпозиума с международным участием. – Алма-Аты, 1996. – С.139-140.
 7. Baker B.S., Ovigne J.M., Fischetti V.A. et al. // Scand. J. Immunol. – 2003. – V. 58, No. 3. – P. 335-341.
 8. Kurwa H.A., Barlow R.J. // Clin. Exp. Dermatol. – 1999. – V. 24, No 3. – P. 143-148.
-