

нием функции внешнего дыхания по рестриктивному и смешанному типам, сопровождается снижением показателя насыщаемости крови кислородом (SaO_2), определение которого, по нашему мнению, целесообразно для раннего выявления дыхательной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малинин О.В., Михайлов В.Б., Бастрикова И.И., Бабинцев В.Б. Изменение клинического течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Удмуртии / Инфекционные болезни: проблемы здравоохранения и военной медицины: Мат. Российской научно-практ. конф., посвящ. 110-летию кафедры инф. болезней Военно-мед. акад. им. С.М. Кирова. — СПб: ВМедА, 2006. — С. 20—202.
2. Онищенко Г.Г., Ткаченко Е.А. Современное состояние проблемы геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Российской Федерации / Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: история изучения и современное состояние эпидемиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики. — Уфа, 2006. — С. 4—14.

3. Сиротин Б.З. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. — Хабаровск, 1994. — 302 с.

4. Слоновой Р.А., Ткаченко Е.А., Иванис В.А. и др. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (современные аспекты экологии, этиологии, эпидемиологии, иммунопатогенеза, диагностики, клиники и лечения). — Владивосток, 2006. — 246 с.

5. Убоженко И.В., Дадалова О.Б., Мадич Е.А., Клепцова И.П. Респираторный синдром у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом // Инфекционные болезни. — 2009. — № 7, прил. 1. — С. 213.

6. Clement J., G. van der Groen, Lameire et al. Acute non-cardiogenic pulmonary edema in a 2003 French Puumala virus case: cautions and corrections // Clin. Nephrol. — 2004. — Vol. 61— P. 364-365.

7. Launay D., Thomas Ch., Fleury D. et al. Pulmonary-renal syndrome due to hemorrhagic fever with renal syndrome: an unusual manifestation of Puumala virus infection in France // Clin. Nephrol. — 2003. — Vol. 59. — P. 297—300.

8. Rasmuson J., Andersson Ch., Norrman E. et al. Hantavirus Pulmonary syndrome caused by European Puumala Hantavirus /VIII International conference on HFRS, HPS & Hantaviruses. — Athens, Greece, 2010. — P. 158.

УДК 616.517: 615.322: 615.37

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА «ЛЮЦЕРОН»

Наира Рифовна Бурханова¹, Хадича Сиразетдиновна Фахретдинова,
Эльвира Аркамовна Имельбаева^{3*}

¹Республиканский кожно-венерологический диспансер, ²Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Реферат

Проведена оценка эффективности люцерона в комбинированной терапии 46 больных 18—55 лет со среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза. В группе больных, получавших люцерон, было отмечено благотворное влияние препарата на клинические проявления и течение псориаза.

Ключевые слова: псориаз, люцерон.

THE STUDY OF RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PSORIASIS WITH THE USE OF THE DRUG LYUTSERON

N. R. Burkhanova¹, Kh. S. Fakhretdinova², E. A. Imelbayeva^{2*}

¹ Republican Dermatovenerologic Dispensary, ² Bashkir State Medical University, Ufa

Summary

Conducted was an evaluation of effectiveness of lyutseron in combination therapy of 46 patients with moderate and severe psoriasis. In the group of patients treated with lyutseron noted was the beneficial effect of the drug on clinical manifestations and course of psoriasis

Key words: psoriasis, lyutseron.

В патогенезе псориаза важную роль играют иммунные нарушения, в том числе «поляризация цитокинового профиля» — преобладание Th1-ответа. При этом наря-

ду с повышением уровня интерлейкинов 1, 2, 6, 7, 8 (IL-1, 2, 6, 7, 8) и интерферона (IFN- γ) происходит увеличение содержания в крови фактора некроза опухоли- α (TNF- α). Поражение кожи сопровождается притоком активированных Т-лимфоци-

* Автор для переписки: imelbaeva@mail.ru

тов. Повышенный синтез макрофагами и активированными кератиноцитами IL-1 индуцирует Т-клетки к продукции IL-2, который, в свою очередь, является мощным стимулятором как пролиферации Т-лимфоцитов, так и клеток эпидермиса. Избыточная миграция лимфоцитов из периферической крови в кожу сопровождается инфильтрацией эпидермиса этими клетками.

С учетом патогенеза псориаза целесообразно в лечении больных использовать иммуномодуляторы. Фитопрепарат люцерон обладает широким спектром фармакологической активности, в том числе иммуномодулирующей, противовоспалительной, антибактериальной, противовирусной и ранозаживляющей, а также способствует стабилизации клеточных мембран и регенерации внутриклеточных органелл. Он успешно применяется при ожоговой болезни, хирургических болезнях, онкологии, стоматологии, отоларингологии, однако данные о его применении в терапии больных псориазом отсутствуют.

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности люцерона в комбинированной терапии больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза по результатам изучения клинических и иммунологических показателей.

Выборка включала 46 больных псориазом в возрасте 18–55 лет. Критериями исключения больных из исследования были получение иммуносупрессивной терапии на момент его проведения, последнее лечение по поводу псориаза менее 6 месяцев назад.

В зависимости от схемы лечения все пациенты путем рандомизации были распределены по двум группам. Комплексное лечение больных основной группы (31 чел.) было дополнено назначением люцерона перорально (10% водный раствор экстракта травы люцерны посевной по 5 мл 3 раза в день) и местно в качестве маевой терапии путем нанесения на очаги поражения 10% мази «Люцерон» из экстракта травы люцерны посевной 1-2 раза в день. Курс лечения составлял 20–35 дней. В контрольную группу вошли 15 пациентов, которых лечили только традиционными методами: антигистаминные препараты, введение 30% раствора тию-

сульфата натрия по 10 мл внутривенно ежедневно (№10-12), 5% раствора аскорбиновой кислоты по 2 мл внутримышечно (№10-12), ретинола пальмитата в дозе 100 тыс. МЕ в сутки. По показаниям назначали витамины группы В (В1, В6, В12) внутрь или внутримышечно (№10-15). Наружно применяли серно-салициловую мазь в зависимости от стадии болезни в соответствующих концентрациях, ультрафиолетовое облучение.

Для объективизации и оценки тяжести заболевания, его динамики по клиническим признакам до назначения и в процессе лечения использовали показатель тяжести и распространенности псориаза — индекс площади и тяжести заболевания (PASI). Для этого каждый симптом (эритема, инфильтрация, шелушение) оценивали по 5-балльной шкале от 0 (отсутствие симптома) до 4 (максимальная выраженность симптома) отдельно для оценки поражений области головы, туловища, верхних и нижних конечностей. Далее баллы суммировали. Определяли площадь поражения кожи, затем сумму баллов выраженности симптомов умножали на площадь поражения каждой области, выраженной в баллах от 0 (0%) до 6 (от 90 до 100%).

Результаты терапии оценивали по степени очищения кожи от псориазических высыпаний (PASI-индекс) и длительности лечения. Значительное клиническое улучшение регистрировали при снижении индекса PASI на 70%, соответствовавшем регрессу более 80% высыпаний. Клиническое улучшение отмечали при снижении индекса PASI на 25%–75%, когда псориазические очаги существенно уменьшались в размерах, разбивались на мелкие папулы, в том числе в области «дежурных» участков. Эффект расценивали как незначительный при снижении индекса PASI менее чем на 25%, когда удавалось лишь остановить прогрессирование псориазического процесса, добиться прекращения патологического шелушения и некоторого уменьшения очагов поражения. Лечение считали безрезультатным в том случае, если больные выписывались в прогрессивной или стационарной стадии псориазического процесса, а площадь очагов поражения оставалась прежней.

Обследование пациентов включало

осмотр дерматологом и оценку индекса PASI, общеклинические анализы крови (уровни гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ до и после лечения). Клиническое обследование предусматривало сбор анамнеза с учетом факторов риска (вредные привычки, диетологические привязанности, заболевания родственников), комплексное физикальное исследование. Оценку цитокинового статуса проводили с использованием тест-систем производства ЗАО «Вектор-Бест» на иммуноферментном анализаторе «Униплан» (Москва, Россия).

У всех больных до начала лечения была диагностирована прогрессирующая стадия заболевания: появление свежих точечных высыпаний, продолжающийся рост уже имевшихся мелких папул и бляшек. Окраска папулезных элементов отличалась значительной яркостью; шелушение было особенно заметным в центральной части элементов, а по периферии имелась гиперемическая кайма — венчик роста (ободок Пильнова). В этой стадии процесса при поскабливании высыпных элементов четко выявлялась патогномоничная для псориаза триада симптомов; выраженной была изоморфная реакция (феномен Кебнера). Нередко больных беспокоил кожный зуд различной интенсивности.

Вульгарная форма псориаза была диагностирована у большинства пациентов (38 — 82,6%). Патологический процесс у них носил распространенный характер, превышавший 30% поверхности тела, и локализовался на участках, характерных для псориаза, т. е. на коже волосистой части головы, туловища, разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. У некоторых больных псориазные высыпания локализовались на коже лица, ягодицах, крупных складках и сгибательных поверхностях конечностей. У 8 (17,4%) больных была выявлена экссудативная форма псориаза: элементы сыпи (папулы, бляшки), покрытые наложением пропитанных экссудатом чешуек, при их удалении обнажалась влажная эрозированная поверхность кожи.

Индекс PASI в основной группе пациентов варьировал от 15,3 до 46,2, в контрольной группе — от 15,8 до 32,1 ед. (табл.1). Средние значения PASI-индекса

Таблица 1

Значения индекса PASI (ед.) на фоне комбинированной терапии больных псориазом с включением препарата люцерона (водный раствор и мазь)

Показатели	Основная группа	Группа сравнения
PASI до лечения	26,59±0,13	25,31±0,90, p >0,05
после лечения	2,91±0,40	7,15±0,36, p <0,001
Улучшение PASI, %	89,04	73,02

после лечения снизились в обеих группах, однако в основной группе его значения были ниже, чем в контроле, на 59,3%. Изменения индекса отмечались у 89,04% больных, что было на 16% выше, чем в контрольной группе.

Анализ клинической эффективности разработанного метода лечения с включением в комплексную терапию люцерона показал благотворное влияние препарата на клинические проявления и течение псориаза. Высокий клинический эффект комбинированной терапии был достигнут за счет более быстрого разрешения патологического процесса. Клинически уже на 3-5-й день лечения у всех больных основной группы отмечались прекращение свежих эфлоресценций, отсутствие периферического роста элементов, снижение яркости воспалительных явлений, очищение имеющихся высыпаний от чешуек. Стабилизация патологического процесса у пациентов группы сравнения наблюдалась на 6-8-й день лечения. На 28-й день терапии значительное клиническое улучшение констатировано у 14 (45,2%) больных основной группы и лишь у одного (6,7%) в группе сравнения. Клиническое улучшение диагностировано у 16 (51,6%) человек, получавших люцерон, и у 13 (86,6%) из группы сравнения, незначительный эффект — соответственно у 3,2% и 6,7%.

В группе больных, получавших традиционную терапию, содержание эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов, эозинофилов, сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов не изменялось, но уровень гемоглобина после лечения снизился. Применение люцерона приводило к увеличению количества лимфоцитов и к снижению — сегментоядерных нейтрофилов в крови;

Таблица 2.

Содержание цитокинов в крови больных псориазом на фоне комплексной терапии с применением люцерона (раствор и мазь)

Цитокины, пг/мл	Группы больных	До лечения	После лечения
IL-1 β	Контрольная	1,05±0,79	3,60±1,49
	Основная	0,64±0,49	0,83±0,41
IL-6	Контрольная	2,82±0,78	4,84±1,03
	Основная	4,58±1,00	2,12±0,52*
IL-10	Контрольная	10,43±1,67	10,15±1,76
	Основная	11,28±1,48	17,52±3,43
TNF-α,	Контрольная	15,58±4,03	19,41±6,61
	Основная	13,60±2,29	5,65±1,51*

Примечание: * $p < 0,05$ – в сравнении с контролем.

содержание гемоглобина сохранялось на исходных уровнях. На фоне традиционной терапии концентрации цитокинов в сыворотке крови у больных псориазом не изменялись ($p > 0,05$). Применение люцерона снизило содержание в крови IL-6 в 2 раза, TNF-α в 5 раз (табл. 2).

ВЫВОДЫ

1. Проведение комплексной терапии с включением препарата люцерона (10% водный раствор экстракта травы люцерны посевной по 5 мл 3 раза в день перорально) и 10%-ной мази на основе люцерона у больных со среднетяжелым и тяжелым течением псориаза приводит к уменьшению выраженности воспалительных процессов в коже, что сопровождается снижением индекса PASI, более быстрым и полным разрешением кожных проявлений в сравнении с результатами после традиционной терапии.

2. Применение водного раствора люцерона и 10%-ной мази на основе люцерона в комплексной терапии больных псориазом оказывает благоприятный эффект на состояние организма, способствуя со-

хранению в крови уровня гемоглобина, снижению содержания сегментоядерных нейтрофилов, интерлейкина 6 и фактора некроза опухоли α.

3. Люцерон при ежедневном пероральном (10%-ный водный раствор) и местном (10%-ная мазь) применении в течение 28 суток является эффективным вспомогательным препаратом в комплексном лечении больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ишильддин И.Б., Ишильддина Е.И., Абрамов С.Н. и др. Воздействие люцерона на ультраструктуру почек крыс с экспериментальным гломерулонефритом. /Медицинские иммунобиологические препараты в XX веке: разработка, производство и применение. Мат. Всеросс. научн. конф. с междунар. участием, посвящ. 100-летию со дня основания филиала «Иммунопрепарат ФГУП НПО «Микроген» МЗ и СР РФ. 9 июня 2005 г. Уфа: Иммунопрепарат, 2005. – С. 266–269.
2. Зеленцова С.Е. Комплексная фармакотерапия тяжелых форм псориаза с учетом биохимических и иммунологических показателей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 22 с.
3. Зубарева Е.Ю. Клинико-морфологическая оценка эффективности тимопрессина при лечении псориаза: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 22 с.
4. Лукманова К.А. Разработка полифункциональных лекарственных средств и биологически активной добавки на основе экстракта травы люцерны посевной: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Уфа, 2000. – 47 с.
5. Матушевская Ю.И. Оценка эффективности терапии больных тяжелыми формами псориаза с применением генно-инженерного биологического препарата инфликсимаб на основании клинических и иммунологических показателей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 22 с.
6. Даянов А.Н., Азнабаева Л.Ф., Арефьева Н.А. и др. Эраконд в иммунореабилитации больных хроническим ларингитом / Медицинские иммунобиологические препараты в 21 веке: разработка, производство и применение. Мат. Всеросс. научн. конф. с междунар. участием, посвящ. 100-летию со дня основания филиала «Иммунопрепарат ФГУП НПО «Микроген» МЗ и СР РФ. 9 июня 2005 г. Уфа: Иммунопрепарат, 2005. – С. 270–272.
7. Рекомендации по терапии больных псориазом. – М.: ФГУ «Государственный научный центр дерматоневрологии Росмедтехнологий». – 2008. – 91 с.