

Библиографический список

1. A new autosomal dominant disorder of pyogenic sterile arthritis, pyoderma gangrenosum, and acne: PAPA syndrome / N. M. Lindor, T. M. Arsenault, H. Solomon [et al.] // Mayo Clinproc. 1997. № 72. P. 611–615.
2. Mutations in CD2BP1 disrupt binding to PTP PEST and are responsible for PAPA syndrome, an autoinflammatory disorder / C. A. Wise, J. D. Gillum, C. E. Seidman [et al.] // Hum. Mol. Genet. 2002. № 11. P. 961–969.
3. Kanazava N., Furukava F. Autoinflammatory syndromes with a dermatological perspective // J. Dermatol. 2007. № 34. P. 601–618.
4. Tallon B., Corkill M. Peculiarities of PAPA syndrome // Rheumatology (Oxford) 2006. № 45. P. 1140–1143.
5. Hong J.B., Su Y.U., Chiu H.C. Pyogenic arthritis, pyodermagangrenosum, and acne syndrome (PAPA syndrome): report of a sporadic case without an identifiable mutation in the cd2bp1 gene // J. Am. Acad. Dermatol. 2009. № 61. P. 533–535.
6. Stichweh D.S., Punaro M., Pascual V. Dramatic improvement of pyodermagangrenosum with infliximab in a patient with papa syndrome // Pediatr. Dermatol. 2005. № 22. P. 262–265.
7. Dierselhuis M.P., Frenkel J., Wulfraat N.M., Boelens J.J. Anakira for flares of pyogenic arthritis in PAPA syndrome // Rheumatology (Oxford). 2005. № 44. P. 406–408.
8. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология: атлас-справочник. М., 2007. С. 42–43, 208–209, 150–152.

Translit

1. A new autosomal dominant disorder of pyogenic sterile arthritis, pyoderma gangrenosum, and acne: PAPA syndrome / N. M. Lindor, T. M. Arsenault, H. Solomon [et al.] // Mayo Clinproc. 1997. № 72. P. 611–615.
2. Mutations in CD2BP1 disrupt binding to PTP PEST and are responsible for PAPA syndrome, an autoinflammatory disorder / C. A. Wise, J. D. Gillum, C. E. Seidman [et al.] // Hum. Mol. Genet. 2002. № 11. R. 961–969.
3. Kanazava N., Furukava F. Autoinflammatory syndromes with a dermatological perspective // J. Dermatol. 2007. № 34. P. 601–618.
4. Tallon B., Corkill M. Peculiarities of PAPA syndrome // Rheumatology (Oxford) 2006. № 45. R. 1140–1143.
5. Hong J.B., Su Y.U., Chiu H.C. Pyogenic arthritis, pyodermagangrenosum, and acne syndrome (PAPA syndrome): report of a sporadic case without an identifiable mutation in the cd2bp1 gene // J. Am. Acad. Dermatol. 2009. № 61. P. 533–535.
6. Stichweh D.S., Punaro M., Pascual V. Dramatic improvement of pyodermagangrenosum with infliximab in a patient with papa syndrome // Pediatr. Dermatol. 2005. № 22. R. 262–265.
7. Dierselhuis M.P., Frenkel J., Wulfraat N.M., Boelens J.J. Anakira for flares of pyogenic arthritis in PAPA syndrome // Rheumatology (Oxford). 2005. № 44. R. 406–408.
8. Vul'f K., Dzhonson R., Sjurmond D. Dermatologija: atlas-spravochnik. M., 2007. S. 42–43, 208–209, 150–152.

УДК 616.5: [616.5–002.157–02:616.155.391–06:616.911:616.72–009.7]–008.6–039.42]–08 (045) Клинический случай

СЛУЧАИ СИНДРОМА СВИТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Л. В. Панина — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент; **Д. В. Швидун** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, интерн; **Н. А. Слесаренко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук, профессор; **А. Н. Платонова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук, ассистент; **И. Г. Грашкина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук, ассистент; **О. А. Гнилосыр** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, интерн.

CASES OF SWEET'S SYNDROME IN DERMATOLOGIST PRACTICE

L. V. Panina — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant; **D. V. Shvidun** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Intern; **N. A. Slesarenko** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Doctor of Medical Sciences, Professor; **A. N. Platonova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Candidate of Medical Science, Assistant; **I. G. Grashkina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Candidate of Medical Science, Assistant; **O. A. Gnilosyr** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Intern.

Дата поступления — 20.04.2012 г.

Дата принятия в печать — 40.06.2012 г.

Панина Л. В., Швидун Д. В., Слесаренко Н. А., Платонова А. Н., Грашкина И. Г., Гнилосыр О. А. Случаи синдрома Свита в практике врача дерматовенеролога // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 633–637.

Приведены случаи редкого дерматоза — синдрома Свита у двух пациентов. Обобщены данные этиологии, патогенеза, клинической картины, проведена дифференциальная диагностика. Приводятся клинические наблюдения за пациентами с данным заболеванием. Описаны сложности диагностики заболевания.

Ключевые слова: острый фебрильный нейтрофильный дерматоз — синдром Свита.

Panina L. V., Shvidun D. V., Slesarenko N. A., Platonova A. N., Grashkina I. G., Gnilosyr O. A. Cases Sweet's syndrome in dermatologist practice // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 633–637.

The article presents cases of two patients which have Sweet's syndrome, a rare form of dermatosis. The author summarizes data of etiology, pathogenesis and clinical presentation, and then provides differential diagnosis. Clinical observations of patients with Sweet's syndrome and describes possible problems of diagnosis process are displayed.

Key words: acute febrile neutrophilic dermatosis — Sweet's syndrome.

Синдром Свита — заболевание из группы нейтрофильных дерматозов — впервые был описан в 1964 г. Dr. Robert Douglas Sweet [1]. Это островоспалительное заболевание, характеризующееся наличием множественных бляшек от розовой до красной окра-

ски, плотных на ощупь, с валикообразными краями по периферии, которые ассоциируются с лихорадкой, недомоганием и лейкоцитозом. Встречается у взрослых людей любого возраста (средний возраст 56 лет) и не типичен для детей. У многих пациентов началу заболевания предшествует острая респираторная инфекция верхних дыхательных путей. У 15–20% пациентов синдром Свита является паранеопластическим (гематологические злокачественные заболевания,

Ответственный автор — Швидун Д. В.

Адрес: 410086, г. Саратов, ул. Благодарова д. 5, кв. 64.

Тел.: 89378047455.

E-mail: Shvidun-dima@mail.ru

солидные опухоли) и может предшествовать злокачественному заболеванию на период до 6 лет. Другие ассоциированные состояния включают стрептококковую инфекцию, иерсиниоз, воспалительные заболевания кишечника, аутоиммунные заболевания (тиреоидит Хашимото, синдром Шегрена). Описан случай развития синдрома Свита у беременной женщины [2, 3].

Клинически заболевание характеризуется рецидивирующим течением, наличием болезненных, красного цвета, гладких папул диаметром 2–4 мм, которые, сливаясь, образуют бляшки неправильной формы с четкими границами, располагающиеся беспорядочно и асимметрично. Со временем кожа в центре бляшек приобретает нормальный вид, и они становятся похожими на кольца и дуги. Локализация процесса: чаще всего лицо, шея и руки, грудь, реже — ноги и туловище. Возможно генерализованное поражение [4].

Гистологически эпидермис обычно не изменен. В дерме отек, расширенные капилляры, инфильтраты вокруг придатков кожи, состоящие в основном из полинуклеарных нейтрофилов, а также лимфоцитов и гистиоцитов [1]. MacKie (1974) отрицает специфичность гистологических изменений при этом заболевании [5].

Дифференциальный диагноз проводят с многоформной экссудативной эритемой, аллергическими васкулитами, системными заболеваниями типа красной волчанки и дерматомиозита, узловой эритемой и эритемой Гаммела [3].

Основным методом лечения является назначение кортикостероидных препаратов (20–30 мг преднизолон в сутки), назначение таких доз приводит к быстрому клиническому выздоровлению [1]. Однако Ногю и соавторы (1980) наблюдали хороший эффект у 6 больных от лечения иодидом калия [6]. Также существуют литературные данные об успешном применении дапсона и индометацина [7].

Учитывая редкость данной патологии, представляем наши наблюдения двух больных с синдромом Свита.

Больная М., 56 лет, пенсионерка, обратилась с жалобами на болезненные ярко-красные высыпания на коже нижних, верхних конечностей, спины и груди, повышение температуры тела до 40 °С, боли в суставах.

Из анамнеза известно, что 18 и 8 лет назад по поводу злокачественных новообразований были удалены обе молочные железы (получала лучевую терапию).

Считает себя больной в течение трех месяцев, когда впервые появились три волдыря (со слов больной в виде укуса комара) на передней поверхности голени. Через 2 дня заметила такие же элементы на руках. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где был выставлен диагноз: контактный аллергический дерматит — и назначено лечение антигистаминными препаратами, поливитаминами, очаги прокрашивались фукарцином. Улучшение не отмечала. Напротив, повысилась температура тела до 40 °С, которая держалась в течение трех дней. В связи с этим была госпитализирована в инфекционное отделение. После исключения инфекционного процесса была выписана. Появление новых элементов продолжалось, они стали сливаться между собой. Обратилась в частную клинику, где был выставлен диагноз: атопический дерматит — и назначен преднизолон, антигистаминные препараты. Лечение прошло без значительного эффекта. Процесс прогрессировал, в связи с чем госпитализирована в клинику кожных и венерических болезней СГМУ.

Объективно. Характер поражения кожи диссеминированный. На коже верхних и нижних конечностей, спине имеются папулы округлой формы, багрово-красного цвета, до 1 см в диаметре. Местами

они сливаются в бляшки, размерами от 5 до 7 см с желтоватым валиком по периферии (рис. 1, 2, 3). При пальпации периферический валик плотный. Наряду с основными очагами есть пятна бурого цвета.

Субъективно: небольшой зуд в местах высыпаний.

Исходя из клинической картины, был проведен дифференциальный диагноз с многоформной экссудативной эритемой, узловой эритемой, крапивницей и эритемой Гаммела.



Рис. 1, 2, 3. Больная М., 56 лет. Синдром Свита. Множественные багрово-красного цвета папулы, местами сливающиеся в бляшки, с желтоватым валиком по периферии

В отличие от синдрома Свита при узловатой эритеме очаги выглядят как эритема, а при пальпации ощущаются как узлы диаметром от 3–20 см с расплывчатыми границами, расположенные глубоко в подкожной клетчатке. Цвет вначале насыщенный красный. В дальнейшем он меняется на фиолетовый, потом на бурый и, наконец, на желто-зеленый (стадии цветения синяка). Форма очагов овальная, круглая, дугообразная, расположение беспорядочное. Локализация двусторонняя, но не симметричная. Располагаются чаще на голених, коленях, в области предплечий, изредка на лице и шее.

При многоформной экссудативной эритеме высыпания появляются на протяжении 10 суток и более. Элементы сыпи: пятна (первые 48 ч), затем папулы диаметром 1–2 см. Везикулы образуются в



Рис. 4, 5. Больная М., 56 лет. Синдром Свита. На фоне лечения глюкокортикоидами отмечается положительная динамика: папулезные элементы «осели», отмечается гиперпигментация очагов поражения

центре папул. Цвет элементов ярко-красный. Форма высыпаний мишеневидная (элементы напоминают радужку или мишень). Расположение часто бывает симметричное. Характер поражения может быть изолированным или генерализованным. Излюбленная локализация-тыльная поверхность кистей, ладони и подошвы, предплечья, лицо, локти, колени, половой член и вульва, почти всегда поражаются слизистые.

При крапивнице высыпания представлены волдырями диаметром от 1 до 8 см и более, бледно-розовой окраски; у крупных волдырей белый центр и красноватый ободок по периферии. Форма овальная, кольцевидная, дугообразная, полициклическая.

Высыпания образуют кольца, дуги, линии. Существуют от нескольких часов до суток. Поражение может быть локальным, регионарным и генерализованным. Излюбленная локализация: места, подверженные сдавлению, действию солнечного света (солнечная крапивница); туловище, кисти и стопы, губы, уши.

При эритеме Гаммела поражение кожи характеризуется быстро распространяющимися полосовидными, круговидными или гирляндобразными эритематозными высыпаниями с мелкопластинчатым шелушением на поверхности, которые в течение нескольких часов или дней становятся генерализованными. Первые элементы обычно появляются на лице, а затем распространяются на кожу туловища и проксимальных отделов конечностей. Между очагами сохраняется клинически неизменная кожа. Такая, напоминающая рисунок древесного узора или шуры зёбры, картина кожи ежедневно меняется. Возможен различной интенсивности зуд. Ладони и подошвы не поражаются.

С целью уточнения диагноза проведено обследование: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови.

Лабораторные данные: ОАК, лейкоцитоз $11 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты 25%, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 56%, эозинофилы 5%, моноцитоз 11%, гемоглобин 134 г/л, СОЭ до 25 мм/ч.

ОАМ: без патологии.

В биохимическом анализе крови снижение общего белка до 60,5 г/л и альбуминов 37,3 г/л. Повышение аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 49,0 общего холестерина до 6,0, щелочной фосфатазы (ЩФ) до 416 ед/л.

На основании анамнеза заболевания (длительное существование высыпаний, медленное прогрессирование, злокачественные новообразования в анамнезе, артралгия и лихорадка), клинической картины (локализация на коже верхних и нижних конечностей, спине, наличие папул багрово-красного цвета, местами сливающихся в бляшки, размером от 5 до 7 см в диаметре с желтоватым валиком по периферии, плотным по консистенции), лабораторных данных (нейтрофильный лейкоцитоз в общем анализе крови, ускорение СОЭ), был поставлен диагноз: синдром Свита.

Проведено лечение: системные глюкокортикостероиды в максимальной суточной дозе по преднизолону 90 мг (5 дней) с постепенным снижением дозы, до полной отмены, антибактериальная терапия sol. Ofromax 1.0 внутримышечно 1 mg № 10. Tab. Asparcam по 1 таблетке 3 раза в день № 10, наружно крем Белодерм 1 раз в день 16 дней.

На фоне проводимой терапии состояние больной удовлетворительное. Папулезные элементы «осели». На 18-е сутки больная была выписана в удовлетворительном состоянии, с клиническим разрешением кожного процесса, отмечается гиперпигментация очагов поражения (рис. 4, 5). Рекомендована консультация онколога для онкопоиска.

Больной, Ч., 56 лет, водитель. Обратился в клинику кожных и венерических болезней с жалобами на

умеренно зудящие высыпания на коже волосистой части головы, туловище, верхних конечностей, повышение температуры тела до 38,3 С°.

Считает себя больным в течение 5 дней, когда после употребления в пищу рыбы и алкоголя на коже туловища, затем конечностей, стали появляться пятна, узелки ярко-красного цвета, умеренно зудящие, постепенно увеличивающиеся в количестве и размерах. Лечился амбулаторно по месту жительства энтеросорбентами, антигистаминными препаратами, антибиотиками, без эффекта. Обратился за консультацией в клинику кожных и венерических болезней СГМУ, госпитализирован в связи с остротой кожного процесса.

Объективно. Процесс имеет диссеминированный характер. На коже туловища, головы, конечностей, отмечаются множественные гладкие папулы до 1–1,5 см в диаметре, ярко-красного цвета, сливающиеся в бляшки размерами до 10х12 см, с валикообразным возвышением желтоватого цвета по периферии, неправильной формы, с четкими границами, отечные, плотные при пальпации (рис. 6, 7, 8).

С целью уточнения диагноза проведено обследование: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови.

Лабораторные данные: ОАК, лейкоцитоз $10,5 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты 30%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 59%, эозинофилы 5%, моноцитоз 8%, эритроциты $5,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 160 г/л, тромбоциты $342 \cdot 10^9$, СОЭ до 36 мм/ч.

ОАМ: оксалаты в небольшом количестве.

В биохимическом анализе крови повышены аспартатаминотрансфераза (АСТ) 49,0 ед/л., аланинаминотрансфераза (АЛТ) до 63,0 ед/л., холестерин до 7,2 ммоль/л.

Исследование крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) на маркеры гепатитов В (Hbs-ag) и С (HCV-ag) отрицательны.

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) для выявления иерсиниоза у больного дала положительный результат.

Выставлен диагноз: синдром Свита.

Назначено лечение: системные глюкокортикостероиды в максимальной суточной дозе по преднизолону 60 мг (4дня) с постепенным снижением дозы, до полной отмены, антибактериальная терапия tab. Levomicetini 0,5 gr по 1 таблетке 4 раза в день 7 дней. Caps. Enteroli 0,25 по 1 капсуле 2 раза в день 10 дней. Наружно крем Белодерм 1 раз в день — 17 дней.

На фоне проводимой терапии состояние удовлетворительное. Папулезные элементы разрешились с образованием вторичных гиперпигментированных пятен. Выписан из стационара на 20-й день со дня обращения с клиническим разрешением.

Интерес представленных клинических случаев заключается в редкости этого нейтрофильного дерматоза и трудности в постановке правильного диагноза и назначения адекватного лечения. В приведенных наблюдениях диагноз установлен на основании совокупности данных анамнеза, клинической картины, лабораторных данных, проведения дифференциального диагноза с многоформной экссудативной эритемой и узловой, крапивницей и эритемой Гаммела. Наличие в анамнезе паранеопластического процесса у одной больной и иерсиниоза у второго больного, вероятно, является параэтиологическим или патогенетическим фактором развития заболевания, что не противоречит существующим современным представлениям о сущности этого дерматоза.

Конфликт интересов: отсутствует.



Рис. 6, 7, 8. Больной Ч., 56 лет. Синдром Свита. Множественные гладкие папулы ярко-красного цвета, сливающиеся в бляшки с валикообразным возвышением желтоватого цвета по периферии, неправильной формы, с четкими границами, отечные, плотные при пальпации

Библиографический список

1. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Дерматоз острый лихорадочный нейтрофильный // Клиническая дерматология. 1989. С. 141–142.
2. Томас П. Хэбиф. Кожные болезни: диагностика и лечение. М., 2006. С. 308–311.
3. Довжанский С. И. Диагностика и лечение кожных заболеваний. Саратов, 2006. С. 263–264.
4. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмоид Д. Дерматология по Фицпатрику. М., 2007. С. 212–214.
5. Mac Kie R. Sweet's syndrome: A further case of acute febrile neutrophilic dermatosis // Dermatologica. 1974. P. 69–73.
6. Treatment of acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome) with potassium iodide / B. Horio [et al.] // Dermatologica. 1980. P. 341–347.
7. Sterling J. B., Heymann W.R. Potassium iodide in dermatology // Journal of the American Academy of Dermatology. 2000. Vol. 43, №. 4. P. 691–697.

Translit

1. Kalamkarjan A.A., Mordovcev V.N., Trofimova L. Ja. Dermatоз ostryj lihoradochnyj nejtrofil'nyj // Klinicheskaja dermatologija. 1989. S. 141–142.
2. Tomas P. Hjebif. Kozhnye bolezni: diagnostika i lechenie. M., 2006, S. 308–311.
3. Dovzhanskij S. I. Diagnostika i lechenie kozhnyh zabolovanij. Saratov, 2006. S. 263–264.
4. Vul'f K., Dzhonson R., Sjurmoid D. Dermatologija po Ficpatriku. M., 2007. S. 212–214.
5. Mac Kie R. Sweet's syndrome: A further case of acute febrile neutrophilic dermatosis // Dermatologica. 1974. P. 69–73.
6. Treatment of acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome) with potassium iodide / B. Horio [et al.] // Dermatologica. 1980. P. 341–347.
7. Sterling J. B., Heymann W.R. Potassium iodide in dermatology // Journal of the American Academy of Dermatology. 2000. Vol. 43, №. 4. P. 691–697.

УДК 616.517:615.831.4–036.8–085 (045)

Оригинальная статья

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДАЛЬНЕЙ ДЛИННОВОЛНОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ (UVA-1) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Я. А. Рассказов — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, аспирант; **Н. Н. Кондратьева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент; **А. Л. Бакулев** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук.

EFFICIENCY AND SAFETY OF THE USE OF LONG-WAVE UVA-1 PHOTOTHERAPY IN TREATMENT OF PSORIASIS

Y. A. Rasskazov — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Post-graduate; **N. N. Kondratyeva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant; **A. L. Bakulev** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 28.02.2012 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2012 г.

Рассказов Я. А., Кондратьева Н. Н., Бакулев А. Л. Эффективность и безопасность применения дальней длинноволновой фототерапии (UVA-1) в лечении больных псориазом // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 637–639.

Цель: изучить эффективность использования метода дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии (UVA-1) в комплексном лечении больных псориазом. **Материал и методы.** Под наблюдением находились 20 больных среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза, в фазе прогрессирования дерматоза. Терапию проводили с использованием фотокабины Waldmann UV-7001K (Herbert Waldmann GmbH & Co, Germany) и ламп F85/100W-TL10R, создающих излучение УФА-1 спектра ($\lambda = 340–400$ нм) и с максимумом эмиссии на $\lambda = 370$ нм. Группа сравнения составила 20 больных, получавших традиционную терапию в сочетании с ПУВА-терапией, и не отличалась от основной группы по возрасту больных, длительности и формы заболевания. Эффективность терапии контролировали с использованием динамической оценки индекса PASI. **Результаты.** Отчетливые положительные результаты лечения в виде уменьшения тяжести и распространенности кожного процесса наблюдали у всех пациентов — участников исследования. В процессе предпринятой терапии нежелательных явлений отмечено не было. **Заключение.** Назначение дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии весьма эффективно и имеет высокий профиль безопасности при лечении больных псориазом.

Ключевые слова: длинноволновая Уф-терапия, псориаз.

Rasskazov Y.A., Kondratyeva N.N., Bakulev A.L. Efficiency and safety of the use of long-wave UVA-1 phototherapy in treatment of psoriasis // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 637–639.

The effectiveness of the long wavelength ultraviolet therapy (UVA-1) in complex treatment of patients with psoriasis has been studied during the research. There 20 patients with moderately severe and severe psoriasis in the phase of progressive dermatosis have been observed. The therapy was organized using photobox Waldmann UV-7001K (Herbert Waldmann GmbH & Co, Germany) and F85 \ 100W-TL10R lamps, creating radiation spectrum of UVA-1 ($\lambda = 340–400$ nm) and emission maximum was $\lambda = 370$ nm. 20 patients of the comparison group receive standard therapy in combination with PUVA therapy. The group did not differ from the main group of patients in age, duration and form of the disease. The effectiveness of the treatment was measured according to the dynamic assessment of PASI index. The usage of a long wavelength ultraviolet therapy (UVA-1) has caused a reduction of the severity and the extent of skin lesions, gave positive outcomes in all patients of the study. No adverse effects caused by the therapy undertaken have been noted. The administration of long wavelength ultraviolet therapy (UVA-1) is safe and effective in patients with psoriasis.

Key words: psoriasis, long-wave UVA-1 phototherapy, progressive dermatosis.