

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Е.И. Харьков, В.И. Прохоренков, Ю.А. Ширяева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра внутренних болезней педиатрического факультета, зав. – д.м.н., проф. Е.И. Харьков; кафедра кожных и венерических болезней, зав. – д.м.н., проф.

В.И. Прохоренков.

***Резюме.** Предложен оригинальный способ лечения псориаза посредством воздействия магнитно-инфракрасно-лазерной терапии на улучшение функциональной активности тонкой кишки. Способ апробирован на 103 больных различными клиническими формами псориаза в сочетании с синдромом мальабсорбции. Показано, что включение магнитно-инфракрасно-лазерной терапии в комплексное лечение псориаза достоверно улучшает результаты лечения.*

***Ключевые слова:** синдром мальабсорбции, псориаз, магнитно-инфракрасно-лазерная терапия.*

Лечение псориаза остается актуальной проблемой современной медицины [6, 7, 9].

Учитывая взаимосвязь заболеваний кожи с синдромом мальабсорбции (СМ) [2, 9, 10], правомочно предположить, что коррекция всасывательной функции тонкой кишки, в том числе и не медикаментозными методами, может приводить к положительной динамике в клиническом течении псориаза [1, 5, 11].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности магнитно-инфракрасно-лазерной терапии (МИЛ-терапии), обладающей стимулирующим, восстановительным действием на функциональную активность тонкой кишки и клиническое течение псориаза.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели проведено открытое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование.

Обследовано 103 больных с различными клиническими формами псориаза.

Диагноз псориаз верифицировался по клиническим формам, стадиям, с учетом сезонности обострений. Изучение кожного статуса включало в себя визуальную оценку псориазных высыпаний, их распространенность, интенсивность, локализацию, характер поражения придатков кожи. Для клинической оценки состояния кожи использовался международный индекс охвата и тяжести псориаза (PASI) [9, 14, 15].

Всем больным определяли уровень всасывания в тонком кишечнике. Исследование состояния всасывательной функции тонкой кишки оценивалось по показателям теста с Д-ксилозой [3, 4, 8, 12, 13].

Все больные с различными клиническими формами псориаза и наличием синдрома мальабсорбции были рандомизированы методом случайной выборки, с последующим определением метода лечения, на две группы сравнения, кроме того определены 20 человек, которым проводилась традиционная терапия с применением МИЛ-терапии в виде плацебо. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности псориаза.

Первую группу составили 40 пациентов, получавших традиционное лечение: медикаментозная терапия одновременно с коррекцией нарушенного кишечного всасывания, физиолечение в виде СФТ-терапии с воздействием на кожные покровы.

Во вторую группу входило 43 больных, получавших комплексное лечение: медикаментозная терапия (с коррекцией нарушенного кишечного всасывания), физиолечение в виде СФТ-терапии (с воздействием на кожные покровы), МИЛ-терапия (с воздействием на функцию тонкой кишки), которая широко применяется в лечебных целях различных заболеваний и экономически малозатратна [5].

Третью группу составили 20 пациентов, получавших традиционное лечение: медикаментозная терапия одновременно с коррекцией нарушенного кишечного всасывания, физиолечение в виде СФТ-терапии (с воздействием на кожные покровы). Дополнительно проводилась МИЛ-терапия (с воздействием на функцию тонкого кишечника в виде плацебо).

МИЛ-терапия назначалась больным со 2-го дня медикаментозного лечения. Воздействие оказывали на 4-е межреберье слева у края грудины - частота 5 Гц – экспозиция 5 минут; на эпигастрий – 1000 Гц – экспозиция 2 минуты; пупок – 1000 Гц – экспозиция 2 минуты, середина расстояния между мечевидным отростком и пупком – 1000 Гц – экспозиция 2 минуты, правое подреберье – 1000 Гц – экспозиция 2 минуты; левое подреберье – 1000 Гц – экспозиция 2 минуты; вдоль позвоночника справа и слева от середины лопаток до верхнего поясничного отдела сканирующим методом – 1000 Гц – экспозиция по 2 минуты с каждой стороны, курс лечения 10-12 процедур (патент РФ на изобретение №2281796, кл. А61N5/067, БИПМ №23, 20.08.2006г.).

Результаты и обсуждение

У всех больных установлен распространенный кожный процесс и прогрессирующая стадия заболевания. У всех обследованных больных до лечения диагностировался синдром мальабсорбции.

Каждая из трех групп была разделена на подгруппы с отличиями по тяжести течения, обусловленной формами псориаза. С легким течением псориаза больных не было. Подгруппа со средней тяжестью течения соответствовала вульгарной форме псориаза, подгруппа с тяжелым течением – экссудативной, артропатической, эритродермии.

Сравнивались средние показатели индекса PASI и CM у больных с клиническими симптомами поражения кишечника (КСПК) и у больных без данных симптомов.

Проводилась оценка показателей индекса PASI и CM, в зависимости от продолжительности течения псориаза. Больные трех групп были распределены

по длительности псориаза, каждая на две подгруппы: длительность псориаза до 10 лет, более 10 лет.

У больных группы 1 средний показатель индекса PASI составил $32,8 \pm 1,59$ балла, средний показатель СМ $1,0 \pm 0,03$ г; у больных группы 2 индекс PASI – $36,7 \pm 1,53$ балла, показатель СМ $0,97 \pm 0,02$ г; у больных группы 3 – $34,2 \pm 1,89$ балла, $0,97 \pm 0,03$ г соответственно (табл.1).

В группе 1 (n = 40) больные получали традиционную терапию.

В группе 2 (n = 43) больным наряду с традиционной терапией проводились курсы МИЛ-терапии (с воздействием на функцию тонкой кишки).

В группе 3 больные получали традиционную терапию и МИЛ-терапию в виде плацебо.

Традиционная терапия была идентична у больных трех групп.

После окончания курсов лечения больных трех групп проводилась сравнительная оценка результатов традиционного, комплексного лечения с применением МИЛ-терапии и лечения с применением МИЛ-терапии в виде плацебо. Результаты лечения сравнивались по тем же показателям, что и до лечения – показатели индекса PASI и показатели теста с Д-ксилозой – СМ, и в зависимости от тех же параметров, что и до лечения. Большой процент больных с более выраженной положительной динамикой кожного процесса и показателей всасывательной функции тонкой кишки наблюдался в группе 2. Так, индекс охвата и тяжести псориаза PASI достоверно ниже у больных вульгарным псориазом группы 2, в сравнении с больными вульгарным псориазом групп 1 и 3 (3 балла против 5,9 и 6,2 балла, $p < 0,05$). Показатель всасывательной функции тонкого кишечника достоверно выше у больных вульгарным псориазом группы 2, в сравнении с больными групп 1 и 3 (1,8 грамма против 1,57 и 1,51 грамма, $p < 0,05$). Индекс PASI достоверно ниже (3,07 балла против 5,9 и 6,2 балла; 6,8 балла против 11,99 и 10,7 балла, $p < 0,05$), показатель СМ достоверно выше (1,8 грамма против 1,57 и 1,51 грамма; 1,72 против 1,64 и 1,6, $p < 0,05$) у больных со средней и тяжелой степенью тяжести

псориаза в группе 2 по сравнению с больными групп 1 и 3. Индекс PASI достоверно ниже (7,6 против 12,4 и 13,2; 4,3 против 9,8 и 10,4, $p < 0,05$), показатель СМ достоверно выше (1,7 против 1,5 и 1,47; 1,82 против 1,6 и 1,54, $p < 0,05$) у больных с клиническими симптомами поражения кишечника и больных без данных симптомов в группе 2 по сравнению с больными групп 1 и 3. Показатель СМ достоверно выше (1,87 против 1,6 и 1,58; 1,74 против 1,4 и 1,5, $p < 0,05$), индекс PASI достоверно ниже (10,3 против 13,6 и 14,2; 11,5 против 16,1 и 15,4, $p < 0,05$) у больных 1 и 2 подгрупп в группе 2 по сравнению с больными групп 1 и 3.

Результаты терапии больных псориазом при традиционном и комплексном лечении анализировались непосредственно сразу после лечения, также анализировались отдаленные результаты лечения через 6 и 12 месяцев после его окончания, и были прослежены у 91 (88,3%) пациентов.

Как после окончания курса лечения, так и через 6, 12 месяцев после проведенной терапии, в группе больных, получивших комплексное лечение с применением МИЛ-терапии, отмечалась положительная динамика течения псориатической болезни, по сравнению с группой больных, получивших традиционное лечение и лечение с применением МИЛ-терапии в виде плацебо. Это отражалось в менее выраженных показателях индекса PASI и показателях теста с Д-ксилозой в пределах нормы (табл.1).

Таблица 1

Результаты терапии больных псориазом по средним показателям индекса PASI, теста с Д-ксилозой ($M \pm m$)

До лечения			
Средние показатели	Группа 1 (n = 40)	Группа 2 (n = 43)	Группа 3 (n = 20)

Индекс PASI (баллы)	32,8 ± 1,59	36,7 ± 1,53	34,2 ± 1,89
Показатель теста с Д-ксилозой (граммы)	1,0 ± 0,03	0,97 ± 0,02	0,97 ± 0,03
После лечения			
Средние показатели	Группа 1 (n = 40)	Группа 2 (n = 43)	Группа 3 (n = 20)
Индекс PASI (баллы)	7,46 ± 0,68	4,05 ± 0,48*	7,35 ± 0,77
Показатель теста с Д-ксилозой (граммы)	1,57 ± 0,03	1,78 ± 0,04*	1,49 ± 0,01
Через 6 месяцев после лечения			
Средние показатели	Группа 1 (n = 34)	Группа 2 (n = 38)	Группа 3 (n = 19)
Индекс PASI (баллы)	11,3 ± 0,79	6,8 ± 0,47*	12,6 ± 0,49
Показатель теста с Д-ксилозой (граммы)	1,38 ± 0,03	1,58 ± 0,03*	1,32 ± 0,03
Через 12 месяцев после лечения			
Средние показатели	Группа 1 (n = 27)	Группа 2 (n = 31)	Группа 3 (n = 14)
Индекс PASI (баллы)	17,4 ±	10,2 ±	16,8 ±

	0,52	0,39*	0,48
Показатель теста с Д-ксилозой (граммы)	1,27 ± 0,03	1,51 ± 0,04*	1,2 ± 0,04

*Примечание: * - $p < 0,05$, достоверность различий между 1 и 2, 2 и 3 группами; по методу Манна-Уитни с поправкой Бонферрони.*

Таким образом, у больных псориазом, получивших комплексное лечение с применением МИЛ-терапии, отмечался достоверно более низкий средний показатель индекса PASI - 4,05 балла, в сравнении с группами 1 и 3, получивших традиционное лечение – индекс PASI – 7,46 и 7,35 балла соответственно, что говорит о более выраженной положительной динамике кожного процесса у больных, получивших комплексное лечение.

Показатель тяжести и охвата кожных покровов у больных псориазом (индекс PASI), через 6 и 12 месяцев наблюдения, оказался достоверно ниже, чем у больных, получивших МИЛ-терапию (в 1,8 и 1,7 раза, соответственно) по сравнению с больными, получившими традиционное лечение, а показатели всасывательной функции тонкого кишечника (тест с Д-ксилозой) достоверно выше (в 1,2 и 1,3 раза, соответственно).

Лечение псориаза, с использованием МИЛ-терапии, является эффективным, доступным, безопасным, экономически мало затратным способом.

Литература

1.Воронцова Е.М., Машков О.А. Влияние энтеросорбции на течение псориаза // Терапевт. архив. – 1991. – Т.63, №2. – С.82-84.

2.Заерко В.В., Парфенов А.И. О роли заболеваний кишечника в патогенезе некоторых дерматозов// Вестн. дерматологии и венерологии. – 1979. - №4. – С.47-52.

3.Зилва Дж.Ф., Пеннелл П.Р. Клиническая химия в диагностике и лечении: пер. с англ. – М.: Медицина, 1988. – 527с.

4.Златкина А.Р. Диагностика и лечение болезней тонкой кишки// Врач. – 2002. - №7. – С.30-31.

5.Зубкова С.М., Маяцкая Т.В., Миненкова А.А. и др. Низкоинтенсивное лазерное воздействие в дерматологии и косметологии// Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. – 2004. - №4. – С.37 – 45.

6.Корсун В.Ф., Корсун А.Ф. Псориаз. Современные и старинные методы лечения.– М.: ДИЛЯ, 2001. – 208с.

7.Киселев С.Г. Применение магнитосветодиодной терапии в комплексном лечении псориаза и псориатического артрита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2001. – 20с.

8.Ногаллер А.М. Гастроэнтерология вчера, сегодня, завтра// Врач. – 2000. - №3. – С.3-7.

9.Пегано Д. Лечение псориаза – естественный путь: Пер. с англ. – М.: КУДИЦ-ОБРАЗ, 2001. – 288с.

10.Хардикова С.А., Белобородова Э.И., Пестерев П.Н. и др. Морфофункциональные изменения тонкой кишки у больных псориазом в сочетании с хроническим описторхозом// Клинич. медицина. – 2002. – №6. – С.36-38.

11.Шевляков Л.В., Кравченко С.Н., Романчик О.И. О нарушении всасывательной функции кишечника у больных псориазом и экземой// Вестн. дерматологии и венерологии. – 1980. - №7. – С.10-12.

12.Casellas F., Malagelada J.R. Applicability of short hydrogen breath test for screening of lactose malabsorption// Dig. Dis. Sci. – 2003. – Vol.48, №7. – P.1333-1338.

13.Ehrenpreis E.D., Salvino M., Craig R.M. Improving the serum D-xylose test for the identification of patients with small intestinal malabsorption// J. Clin. Gastroenterol. – 2001. – Vol.33, №1. – P.36-40.

14.Gottlieb A.B., Chaudhari U., Baker D.G. The National Psoriasis Foundation Psoriasis Score (NPF-PS) system versus the Psoriasis Area Severity Index (PASI) and Physician's Global Assessment (PGA): a comparison// J. Drugs. Dermatol. – 2003. – Vol.2, №3. – P.260-266.

15.Lee E., Koo J. Modern modified 'ultra' Goeckerman therapy: a PASI assessment of a very effective therapy for psoriasis resistant to both prebiologic and biologic therapies// J. Dermatol. Treat. – 2005. – Vol.16, №2. – P.102-107.