

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Е. Донцова, кандидат медицинских наук
Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко
E-mail: Ledn89@mail.ru

У больных псориазом с метаболическим синдромом при комплексной терапии с использованием семакса, надвального лазерного облучения крови и их сочетания установлено выраженное снижение индекса PASI, что сопровождалось повышением качества жизни.

Ключевые слова: псориаз, метаболический синдром, PASI, дерматологический индекс качества жизни, семакс, лазерная терапия.

Разработка новых адекватных способов лечения псориаза — один из наиболее актуальных вопросов современной дерматологии, так как в последнее время отмечены рост заболеваемости псориазом, утяжеление течения болезни и учащение резистентности к терапии [3]. Особенности псориаза являются рецидивирующий характер кожного процесса, локализация высыпаний на открытых участках кожного покрова, что отрицательно сказывается на качестве жизни пациентов [12]. В последние годы псориаз часто сочетается с сопутствующими заболеваниями, включая метаболический синдром (МС) [5, 6, 8, 14, 15], поэтому при подборе лечения конкретному больному важно учитывать весь комплекс патологических изменений.

Внимание исследователей привлекает применение у больных псориазом препаратов, созданных на основе пептидов и их синтетических аналогов [9]. Особого внимания заслуживает синтетический аналог фрагмента адренокортикотропного гормона (АКТГ₄₋₁₀) — семакс. В ряде исследований выявлены нейрометаболические, нейропротективные, антиоксидантные, антигипоксические, антистрессогенные свойства семакса [2, 7, 11].

В последние десятилетия интенсивно изучается эффективность низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в лечении больных псориазом [1, 4, 10, 13]. Показано наличие в спектре лечебных эффектов НИЛИ стресслимитирующего, адаптогенного, иммуномодулирующего, антиоксидантного, вазоактивного, антипролиферативного, противовоспалительного действий. Интенсивное развитие лазеротерапии (Л) определяется высокой универсальностью метода, который в ряде случаев становится реальной альтернативой существующему медикаментозному лечению (вследствие отсутствия характерных для традиционной медицины противопоказаний), его сочетаемостью с другими видами терапии, возможностью повышать чувствительность к ряду лекарственных препаратов, наконец, высокой экономической эффективностью.

Описанные фармакологические механизмы семакса и лечебные эффекты НИЛИ играют важную роль в обосновании их применения при псориазе с сопутствующим МС.

Целью исследования было изучение клинической эффективности комплексного лечения больных псориазом с МС при дополнении стандартного лечения с применением семакса, надвального лазерного облучения крови (НЛОК) и при их сочетанном использовании.

Обследованы 236 больных вульгарным псориазом с диагностическими признаками МС (116 женщин и 120 мужчин в возрасте 40–65 лет; средний возраст — 54,55±5,44 года). Диагноз псориаза устанавливали на основании клинического обследования при наличии характерных признаков заболевания. Тяжесть заболевания оценивали, вычисляя индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Показатель PASI < 10 баллов указывает на легкое течение заболевания, в пределах 10–50 баллов — на среднюю тяжесть процесса, > 50 баллов — на тяжелое течение псориаза.

Наличие МС определяли на основе критериев Всероссийского научного общества кардиологов и Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (2009). Определяли индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), отношение ОТ/ОБ, АД.

Для оценки качества жизни пациентов использовали опросник «Дерматологический индекс качества жизни» (ДИКЖ; Dermatology Life Quality Index — DLQI), состоящий из 10 пунктов и включающий оценочные показатели от 0 до 3 баллов с максимальной суммой 30 баллов (КЖ пациента обратно пропорционально сумме баллов). Результаты оценивали по следующим критериям: 1–10 баллов — легкая степень снижения КЖ, 11–20 — средняя степень, 21–30 — тяжелая.

В зависимости от вида лечения больные были объединены в 4 группы, сопоставимые по полу, возрасту, а также тяжести и продолжительности заболевания. Наблюдение длилось 3 мес. Больные 1-й группы (n=58) получали только традиционную (Т) терапию (стандартные медикаментозные средства включали гипосенсибилизирующие, детоксицирующие, топические препараты), больные 2-й группы (n=60) наряду с традиционной медикаментозной терапией получали семакс (С+Т). В исследовании применяли 0,1% раствор семакса, который вводили больным эндоназально по 2 капли в каждый носовой ход в положении пациента лежа 3 раза в день в течение 10 дней. Для максимального всасывания препарат закапывали по 1 капле поочередно в каждый носовой ход с интервалом 2 мин. 1 капля (0,05 мл) 0,1% водного раствора семакса содержит 50 мкг пептида. Курсовая доза за 10 дней лечения составила 6000 мкг, суточная доза — 600 мкг. Больным 3-й группы (n=60) дополнительно к стандартной терапии были назначены сеансы НЛОК (Л+Т). Лазеротерапию больным проводили со 2-го дня нахождения в стационаре (после уточнения диагноза, степени тяжести заболевания и выявления противопоказаний к лечению). Применялась методика надвального облучения локтевых сосудов с использованием лазерного полупроводникового терапевтического аппарата Матрикс-ВЛОК (Россия), излучающая головка КЛ-ВЛОК-405 с мощностью на конце световода 2,5 мВт и длиной волны 0,63 мкм. Процедуры проводились 1 раз в сутки — с 8.30 до 11.30 ч утра в одно и то же время ± 2 ч с учетом циркадного ритма. Курс состоял из 10 процедур; время воздействия — 30 мин. Пациенты 4-й группы (n=58) наряду с традиционной терапией получали семакс в сочетании с Л (С+Л+Т).

Результаты лечения оценивали с учетом клинической картины заболевания (PASI) и КЖ (ДИКЖ) пациентов. Показатели определяли перед началом лечения, на 13–14-й день лечения и на 90-й день наблюдения.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакетов статистических программ Statistica for Windows с вычислением среднего арифметического и его стандартной ошибки ($M \pm m$). Различия между сравниваемыми группами считали достоверными при $p < 0,05$.

У обследованных пациентов 4 групп исходно отмечалась среднетяжелая форма заболевания (PASI $49,53 \pm 0,46$ балла). Клинически до начала лечения у больных на коже наблюдались ярко окрашенные высыпания, выраженная инфильтрация, шелушение, значительная площадь поражения кожи ($>10\%$). Давность заболевания варьировала от 1 года до 25 лет. У всех пациентов выявлены артериальная гипертензия ($AD \geq 130/85$ мм рт. ст.), абдоминальное ожирение с индексом массы тела $37,78 \pm 0,15$ кг/м². До начала лечения во всех группах больных ДИКЖ был >20 баллов, что соответствовало тяжелой степени снижения КЖ.

В табл. 1 и на рис. 1 представлена динамика клинической эффективности различных вариантов лечения больных псориазом с МС на 13–14-й день и через 3 мес наблюдения.

Из представленных данных видно, что у больных 1-й группы, получавших только стандартное медикаментозное лечение, отмечено снижение PASI на 41,3% на 13–14-й день лечения ($p < 0,05$).

Дополнительное включение в комплексную терапию семакса (2-я группа) способствовало более значимому уменьшению PASI – на 61,5% по сравнению с состоянием до лечения ($p < 0,05$). Аналогичная динамика с уменьшением PASI на 65,7% по сравнению с показателем до лечения ($p < 0,05$) отмечалась после 10-дневного курса Л у больных 3-й группы.

Наиболее выраженный положительный эффект получен при сочетании использовании семакса и НЛОК на фоне стандартной терапии. Так, у больных 4-й группы PASI снизился на 82,6% ($p < 0,05$), составив $8,59 \pm 0,27$ балла, что характерно для легкого течения псориаза. При этом у больных 4-й группы наблюдалось разрешение воспалительных проявлений на коже с уменьшением степени выраженности гиперемии, инфильтрации, шелушения и снижением площади пораженной кожи, что свидетельствует о преимущественной клинической эффективности совместного применения медикаментозной (семакс) и немедикаментозной (НЛОК) терапии у больных псориазом с признаками МС.

Через 3 мес величина PASI у больных 2–4-й групп (см. табл. 1 и рис. 1) достоверно не отличалась от таковой на 13–14-й день наблюдения ($p > 0,05$), что свидетельствует о пролонгированном действии семакса и НЛОК.

При стандартном лечении (1-я группа) PASI, наоборот, увеличился через 3 мес наблюдения на 20,0% ($p < 0,05$).

В табл. 2 и на рис. 2 приведены показатели ДИКЖ при различных вариантах лечения у больных псориазом с сопутствующим МС.

Видно, что в отличие от стандартной терапии эндоназальное введение семакса, сеансы НЛОК и особенно их комбинированное применение сопровождаются положительной динамикой ДИКЖ. Так, к моменту окончания терапии показатель ДИКЖ уменьшился у больных 2 и 3-й групп соответственно на 48,3 и 36,1% по сравнению с таковым до лечения ($p < 0,05$) и достиг уровня, характерного для средней степени снижения КЖ.

Сочетание стандартной терапии, семакса и НЛОК у больных 4-й группы приводит к еще большему снижению ДИКЖ – на 66,7% по сравнению с показателем до лечения ($p < 0,05$) и равняется $9,09 \pm 0,36$ балла, что соответствует легкой степени снижения КЖ, тогда как в 1-й группе больных (стандартная терапия) ДИКЖ статистически значимо не изменялся по сравнению с исходным значением ($p > 0,05$). Через 3 мес наблюдения динамика ДИКЖ подтвердила пролонгированные терапевтические эффекты семакса и НЛОК при лечении больных псориазом с сопутствующим МС.

Все больные лечение переносили хорошо. Побочных реакций при использовании семакса и НЛОК не отмечено.

Таблица 1
Сравнительная характеристика PASI до и после лечения у больных псориазом с МС, баллы ($M \pm m$)

Терапия	До лечения	После лечения	
		13–14-й день	3 мес
T	49,78±0,44	29,2±0,34*	35,05±0,37*, **
C+T	49,69±0,43	19,14±0,27*	19,38±0,29*
Л+T	49,5±0,49	17,0±0,23*	17,2±0,24*
C+Л+T	49,45±0,48	8,59±0,27*	8,93±0,23*

Примечание. Здесь и в табл. 2: $p < 0,05$ – достоверность различий по сравнению: * с показателем до лечения; ** на 13–14-й день лечения.

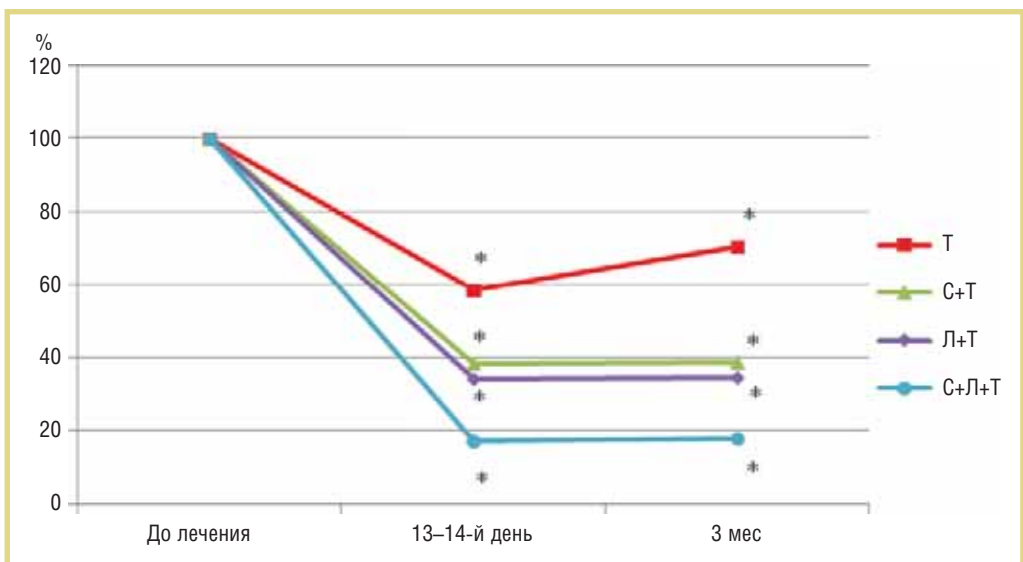


Рис. 1. Динамика PASI на 13–14-й день лечения и через 3 мес после лечения при различных вариантах терапии у больных псориазом с МС. Здесь и на рис. 2: * $p < 0,05$ – по сравнению с показателем до лечения

Таким образом, проведенное исследование показало, что использование семакса и НЛОК в комплексе лечебных мероприятий у больных псориазом с сопутствующим МС позволяет значительно повысить клиническую эффективность стандартной терапии, в частности, не только купировать клинические признаки обострения, но и пролонгировать период ремиссии, положительно влияя на КЖ пациентов. С учетом простоты методик, отсутствия побочных реакций, ограниченности противопоказаний при эндоназальном введении семакса и выполнении процедур НЛОК предлагаемую комплексную терапию можно отнести к перспективным направлениям терапии при псориазе с диагностическими признаками МС.

Литература

1. Карякина Л.А. и др. Влияние лазерного излучения на метаболические процессы у больных псориазом // Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов. – М., 2001; 1: 133–4.

2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Чуканова Е.И. Семакс в профилактике и прогрессирования развития обострений у больных с дисциркуляторной энцефалопатией // Журн. неврол. и психиат. – 2007; 2: 35–9.

3. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Последние тренды в лечении псориаза // Лечащий врач. – 2011; 5: 1–3.

4. Кубылинский А.А. Динамика основных показателей ПОЛ, нейтрофильных лейкоцитов у больных различными формами псориаза под воздействием надвенозного лазерного излучения // Тезисы научных работ VIII Всерос. съезда дерматовенерологов. – М., 2001; 1: 120.

5. Химкина Л.Н. и др. Метаболические изменения у больных распространенными хроническими дерматозами в процессе длительных динамических наблюдений // Клин. дерматол. и венерол. – 2012; 4: 16–21.

6. Копытова Т.В. и др. Особенности метаболических нарушений при хронических распространенных тяжелопротекающих дерматозах различного генеза (псориаз, atopический дерматит, пузырчатка) // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2012; 1: 30–4.

7. Стаховская Л.В. и др. Применение нейротропика «Семакс 1%» в первые часы и дни острого церебрального инсульта. Метод. рекомендац. для практ. здравоохранения. – М., 2007; 45 с.

8. Квереши А.А. и др. Псориаз и риск развития диабета и гипертензии. Проспективное исследование медицинских сестер США // Рус. мед. журн. – 2010; 18 (12): 765–7.

9. Силина Л.В. Изменение содержания адаптивных гормонов и опиоидных пептидов под влиянием даларгина у больных псориазом (сообщение 1) // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2003; 1: 41–4.

10. Шахова А.С. и др. Сравнительный анализ эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения и пува-терапии в лечении псориаза // Физиотер., бальнеол., реабилитация. – 2010; 4: 16–20.

11. Левицкий Г.Н. и др. Улучшение эмоционального состояния как компонента качества жизни у пациентов с болезнью двигательного нейрона на фоне лечения препаратом 1% семакс // Тез. докл. 9-го Всерос. съезда неврологов. – Ярославль, 2006; с. 2.

12. Хобейш М.М. Псориаз и качество жизни. Новые возможности терапии // Мед. вестник. – 2006; 38 (381): 1–4.

13. Шубина А.М., Каплан М.А. Лазерная и фотодинамическая терапия псориаза // Физиотер., бальнеол., реабилитация. – 2004; 2: 31–3.

14. Pearce D., Morrison A., Higgins K. et al. The comorbid state of psoriasis patients in a university dermatology practice // J. Dermatol. Treat. – 2005; 16 (5–6): 319–23.

Таблица 2

Сравнительная характеристика ДИКЖ до и после лечения больных псориазом с МС, баллы (M ± m)

Терапия	До лечения	После лечения	
		13–14-й день	3 мес
T	27,4±0,62	24,43±0,59	25,62±0,58
C+T	27,23±0,60	14,07±0,38*	14,08±0,38*
Л+T	27,25±0,66	17,42±0,49*	17,43±0,48*
C+Л+T	27,29±0,70	9,09±0,36*	9,12±0,37*

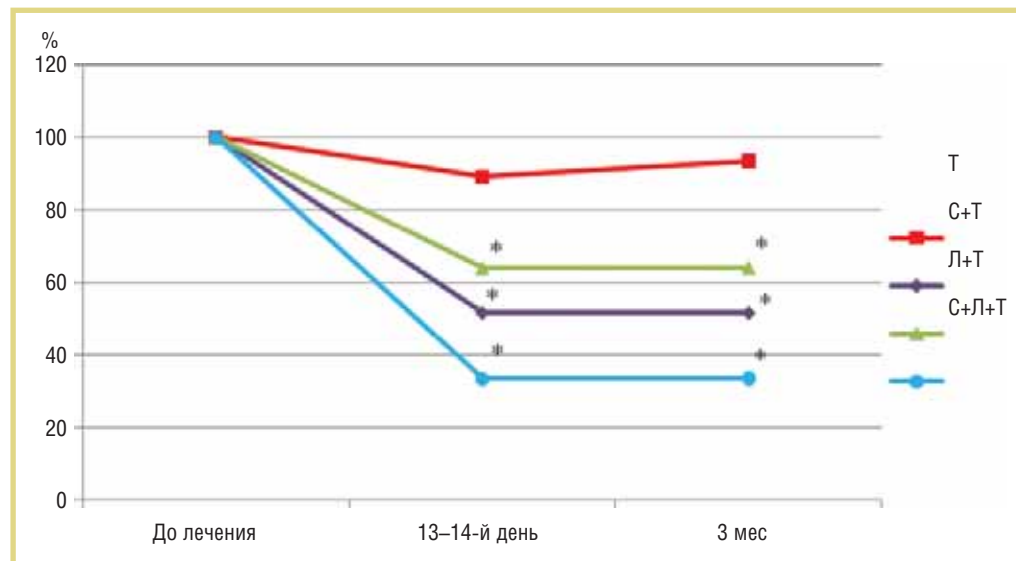


Рис. 2. Динамика ДИКЖ на 13–14-й день лечения и через 3 мес после лечения при различных вариантах терапии у больных псориазом с МС

15. Mallbris L., Ritchlin C., Stahle M. Metabolic disorders in patients with psoriasis and psoriatic arthritis // Curr. Rheumatol. Rep. – 2006; 8 (5): 355–63.

EFFICIENCY OF DIFFERENT TREATMENT OPTIONS IN PSORIATIC PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

E. Dontsova, Candidate of Medical Sciences
N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy

The psoriatic patients with metabolic syndrome who had combination therapy using Semax, supravenuous blood laser radiation, and their combination were found to have a significant reduction in Psoriasis Area and Severity Index (PASI) scores, which was accompanied by better quality of life.

Key words: psoriasis, metabolic syndrome, Psoriasis Area and Severity Index (PASI), dermatology life quality index, Semax, laser therapy.