



Динамика индекса PASI

Gthbjl	УФА-1	P-1	ПУВА	P1	P2
До леч-я	31,11±7,41	<0,025	34,1±5,92	<0,05	>0,05
После леч-я	4,4±1,53		4±2,36		

Примечание: P-1 — достоверность различий показателей до и после лечения; P-2 — достоверность различий показателей после лечения в разных группах пациентов.

Обсуждение. В процессе комплексного лечения с применением дальней длинноволновой фототерапии результат оказался сопоставим с полученным эффектом в группе лиц, получавших стандартную терапию псориаза, что подтвердилось статистически достоверным уменьшением абсолютных величин индекса PASI ($p > 0,05$).

Пациенты — участники исследования терапию УФА-1 переносили удовлетворительно. 7 пациентов отмечали незначительную сухость кожи, у 17 человек после курса дальней длинноволновой фототерапии констатировали вторичную гиперпигментацию. Других побочных эффектов (пузырей, эритемы, тошноты, рвоты) не выявлено. При проведении процедуры больные обращали внимание на повышение температуры воздуха внутри ультрафиолетовой кабины, что вызвало незначительный дискомфорт и не влияло на высокую комплаентность применения дальней длинноволновой фототерапии. Исключение использования фотосенсибилизирующих средств уменьшило спектр противопоказаний к фототерапии псориаза. Полученные в ходе исследования результаты в целом согласуются с доступными литературными данными.

Выводы. Дальняя длинноволновая УФА-1 терапия является эффективным терапевтическим методом лечения больных псориазом среднетяжелого и тяжелого течения. Применение УФА-1 в курсовой дозе излучения 156 Дж/см² длительностью 15 проце-

дур является оптимальным для эффективного комплексного лечения больных, страдающих псориазом. Использование УФА-1 оказалось весьма безопасным методом лечения больных псориазом, так как способствовало уменьшению количества нежелательных явлений, что в том числе было связано с отказом от приема фотосенсибилизирующих препаратов, традиционно используемых при PUVA-терапии.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках диссертационного исследования аспиранта кафедры кожных и венерических болезней СГМУ Расказова Я. А.

Библиографический список

1. Владимиров В. В. Современные методы лечения псориаза // Дерматология: прил. к Consilium Medicum. 2006. С. 23–26.
2. Кунгуров Н. В., Филимонкова Н. Н., Тузанкина И. А. Псориазная болезнь. Екатеринбург, 2002.
3. Сожанский Е. В. Пузырные дерматозы. Псориаз: современные методы лечения. СПб.: СОТИС, 1999. 134 с.
4. Хобейш М. М. Псориаз и качество жизни: новые возможности терапии // Мед. вестн. 2006. № 38. С. 1–5.
5. Довжанский С. И., Пинсон И. Я. Генетические и иммунологические факторы в патогенезе псориаза // Рос. журн. кож. и вен. бол. 2006. № 1. С. 14–18.
6. Cloote H. Psoriasis // Clin. Exp. Dermatol. 2000. Vol. 14, № 15. P. 47–52.
7. Jablonska S., Glinski W. Overview of immunology in psoriasis / eds H. H. Roenigk (Jn), H. J. Maibach. Marcel Dekker INC.; New York; Basel; Hong Kong, 1991. P. 261–283.
8. High-dose UVA1 therapy in the treatment of patients with atopic dermatitis / J. Krutmann, W. Czech, T. Diepgen [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. 1992. № 26. P. 225–30.
9. Drew G. S. Psoriasis // Prim. Care. 2000. Vol. 23, № 2. P. 385–406.
10. Psoriasis / eds H. H. Roenigk, H. I. Maibach. Sec. edition, revised and expanded. New York; Basel; Hong Kong: Marcel Dekker, INC., 1991. 961 p.

Translit

1. Vladimirov V. V. Sovremennye metody lechenija psoriaza // Dermatologija: pril. k Consilium Medicum. 2006. S. 23–26.
2. Kungurov N. V., Filimonkova N. N., Tuzankina I. A. Psoriatičeskaja bolezn'. Ekaterinburg, 2002.
3. Sokolovskij E. V. Puzyrnye dermatozy. Psoriaz: sovremennye metody lechenija. SPb.: SOTIS, 1999. 134 s.
4. Hobejš M. M. Psoriaz i kachestvo žizni: novye vozmožnosti terapii // Med. vestn. 2006. № 38. S. 1–5.
5. Dovžanskij S. I., Pinson I. Ja. Genetičeskie i imunologičeskie faktory v patogeneze psoriaza // Ros. žurn. kozh. i ven. bol. 2006. № 1. S. 14–18.
6. Cloote H. Psoriasis // Clin. Exp. Dermatol. 2000. Vol. 14, № 15. P. 47–52.
7. Jablonska S., Glinski W. Overview of immunology in psoriasis / eds H. H. Roenigk (Jn), H. J. Maibach. Marcel Dekker INC.; New York; Basel; Hong Kong, 1991. P. 261–283.
8. High-dose UVA1 therapy in the treatment of patients with atopic dermatitis / J. Krutmann, W. Czech, T. Diepgen [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. 1992. № 26. P. 225–30.
9. Drew G. S. Psoriasis // Prim. Care. 2000. Vol. 23, № 2. P. 385–406.
10. Psoriasis / eds H. H. Roenigk, H. I. Maibach. Sec. edition, revised and expanded. New York; Basel; Hong Kong: Marcel Dekker, INC., 1991. 961 p.

УДК 616.517:615.03:615.831:615.838–08

Оригинальная статья

БАЛЬНЕОФОТОХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

М. А. Резникова — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, аспирант кафедры кожных и венерических болезней; **Н. А. Слесаренко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **С. Р. Утц** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук.

PUVA-BATH PHOTOCHEMOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PSORIASIS

M. A. Reznikova — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Post-graduate; **N. A. Slesarenko** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **S. R. Utz** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Head of Department Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 10.06.2012 г.

Дата принятия в печать — 15.06.2012 г.

Резникова М. А., Слесаренко Н. А., Утц С. Р. Бальнеофотохимиотерапия в комплексном лечении псориаза // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 639–643.

Цель: изучение эффективности бальнеофотохимиотерапии в комплексном лечении тяжелых форм псориаза. **Материал и методы.** Обследованы 26 больных с вульгарным и экссудативным псориазом в возрасте от 18 до 56 лет. Группы не различались по полу, возрасту, длительности заболевания. Для оценки проводимого лечения использовали индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index). **Все пациенты получали бальнеофотохимиотерапию с водным раствором аммифурина (1 мг/л).** **Результаты.** Клиническое разрешение или значительное улучшение кожного процесса (снижение величины индекса PASI на 76% и более) было достигнуто у 80,9% пациентов обеих групп. Системных побочных эффектов, присущих таблетированной форме фотосенсибилизатора, при бальнеофотохимиотерапии не отмечено. **Заключение.** Показано, что данный метод лечения безопасен и эффективен при всех формах заболевания. Длительность терапии и суммарная доза УФА зависят от клинической формы псориаза.

Ключевые слова: псориаз, бальнеофотохимиотерапия.

Reznikova M.A., Slesarenko N.A., Utz S. R. PUVA-bath photochemotherapy in the treatment of psoriasis // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 639–643.

Aims. The study aimed to evaluate the efficacy of PUVA-bath photochemotherapy in the treatment of the severe psoriasis. **Materials and methods.** Twenty six patients aged from 18 to 56 were examined. All patients suffer from psoriasis vulgaris and exudativa. The two groups were comparable in terms of age, gender, duration of the disease. We used psoriasis area and severity index (PASI) before and after the treatment. All the patients received PUVA bath therapy (aqueous solution of 1 mg ammfurin l). **Results.** Clinical remission and marked improvement of clinical condition (a 76% and more fall in the PASI index) were achieved in 80,9% in both groups in average. No systemic adverse effects inherent in photosensitizing drug tablets were recorded in the course of PUVA-bath therapy. **Conclusion.** Efficiency and safety of this method were demonstrated. The duration and summary dosage of UVA depends on clinical form.

Key words: psoriasis, PUVA-bath photochemotherapy.

Введение. Псориаз — один из наиболее распространенных генетически детерминированных, хронических дерматозов, в основе которого лежит гиперпролиферация, нарушение дифференцировки эпителиоцитов и изменение иммунного гомеостаза. По современным данным, более 2% людей земного шара страдают различными клиническими формами псориаза [1]. Пристальный интерес к этому заболеванию обусловлен не только высоким удельным весом дерматоза (12–15%) среди других болезней кожи, но и ростом заболеваемости псориазом в последнее время, учащением случаев тяжелых форм, нередко приводящих к инвалидности, резистентностью к проводимой терапии [2].

В настоящее время существует множество разнообразных методов лечения псориаза, в том числе местная, системная терапия, фототерапия. Все они направлены на различные звенья патологического процесса, способствуют устранению клинических проявлений болезни, однако обладают и значительным числом побочных эффектов, тем более что псориаз является хроническим дерматозом с периодами обострений и ремиссии, что требует повторного и неоднократного лечения. Это обуславливает поиск более безопасных и эффективных методов терапии, разрешенных к многократному применению [3, 4].

Одним из эффективных методов лечения псориаза является ПУВА-терапия или фотохимиотерапия (ФХТ), основанная на сочетанном воздействии длинноволнового ультрафиолетового излучения (УФА, длина волны 320–400 нм) и псораленовых фотосенсибилизаторов. При ПУВА-терапии основной механизм действия определяется взаимодействием активированного фотосенсибилизатора с ДНК клеток

эпидермиса, в результате чего образуется большое количество монофункциональных связей с пиримидиновыми основаниями, что приводит к торможению клеточной пролиферации за счет временного подавления синтеза нуклеиновых кислот и белка. Действие фотохимиотерапии также может быть связано с иммуномодулирующим эффектом с нормализацией клеточного звена иммунитета, непосредственным воздействием на иммунокомпетентные клетки в коже, влиянием на биосинтез и метаболизм простагландинов [4, 5]. При ФХТ фотосенсибилизаторы назначаются внутрь за 2 часа до облучения УФА. На фоне лечения данным методом клиническое разрешение или значительное улучшение наблюдается у 70–95% больных [6]. Однако пероральное применение фотосенсибилизирующих препаратов может вызвать такие побочные эффекты, как диспептические явления, головокружение, головная боль, длительная фотосенсибилизация глаз и кожи и другие. Также известно, что данный способ ФХТ противопоказан при катаракте, выраженной дисфункции печени и почек, что значительно ограничивает использование данного метода лечения в клинической практике. Кроме того, одной из проблем пероральной ПУВА-терапии является биодоступность фотосенсибилизаторов. Известно, что у 10% пациентов нарушенное всасывание и метаболизм пероральных псораленовых препаратов в желудочно-кишечном тракте могут стать причиной неудовлетворительных результатов ПУВА-терапии [5, 7].

По мнению ряда исследователей, псораленовые фотосенсибилизаторы могут быть эффективны при использовании их в виде водных растворов — ПУВА-ванн [6, 8]. Данный метод может быть эффективен в лечении вульгарных форм псориаза в сравнении с ПУВА-терапией, однако, в отличие от последнего, не обладает перечисленными побочными эффектами, которые наблюдаются при пероральном приеме

Ответственный автор — Резникова Мария Анатольевна.
Адрес: г. Саратов, ул. Большая Горная, 245/265, кв. 104.
Тел.: +79272265760.
E-mail: MakR84@yandex.ru

фотосенсибилизатора [7, 9, 10]. В доступной нам литературе отмечается, что бальнеофотохимиотерапия применялась лишь для лечения сравнительно нетяжелых вульгарных и ладонно-подошвенных форм псориаза с небольшой площадью поражения.

Цель работы: изучение эффективности бальнеофотохимиотерапии в комплексном лечении тяжелых форм псориаза, в том числе экссудативных форм.

Методы. Исследование проводилось на базе клиники кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России. Под наблюдением находились 26 пациентов, страдающих вульгарным и экссудативным псориазом в стадии прогрессирования, из них 9 мужчин и 17 женщин в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст $28,5 \pm 2,2$ года). У 14 (53,8%) пациентов выявлен вульгарный псориаз, у 12 (46,2%) экссудативная форма, у 10 (38,4%) больных поражение волосистой части головы, ониходистрофии у 9 (34,6%). Длительность заболевания составляла в среднем $4,4 \pm 0,92$ года. 19 пациентов имели третий фототип кожи (по Фицпатрику), 7 больных второй фототип. В зависимости от формы псориаза все пациенты были разделены на 2 группы: первую группу составили больные с вульгарной формой псориаза (14 пациентов), индекс PASI от 22 до 40,5 (в среднем $30,33 \pm 1,97$), вторую группу — лица с экссудативной формой (12 человек), индекс PASI от 26,4 до 42 (в среднем $35,18 \pm 1,7$). Сопутствующие заболевания выявлены у 16 (61,5%) пациентов, в том числе заболевания желудочно-кишечного тракта у 8 (30,7%) пациентов, хронический тонзиллит у 9 (34,6%), хронический пиелонефрит у 3 (11,5%), вегето-сосудистая дистония у 1 (3,8%), артериальная гипертензия у 2 (7,7%). Все сопутствующие заболевания были в стадии ремиссии. К критериям исключения относились тяжелая соматическая патология, наличие противопоказаний к фотохимиотерапии, сведения о непереносимости хотя бы одного из компонентов изучаемой терапии, применение цитостатической, биологической терапии в анамнезе, псориазический артрит.

Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование до и после лечения, включающее осмотр, сбор анамнестических данных, исследование общих анализов крови и мочи, биохимических анализов крови, осмотр терапевта. С помощью индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index) определяли площадь пораженной поверхности тела и интенсивность основных клинических симптомов псориаза. Эффективность лечения определяли по количеству больных, достигших клинического выздоровления, значительного улучшения, улучшения или не отреагировавших на проводимую терапию. Клиническим выздоровлением считали полное разрешение очагов поражения или уменьшение величины индекса PASI на 96% и более от исходного значения, значительным улучшением и улучшением — уменьшение величины указанного индекса соответственно на 76–95 и 26–75%. Отсутствие эффекта констатировали при уменьшении индекса PASI менее чем на 26%.

Все пациенты принимали антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, гепатопротекторы, местное лечение, включающее смягчающие средства и топические глюкокортикостероиды. При наличии экссудативной формы псориаза к лечению в первые дни добавлялись антисептики для местного применения.

Бальнеофотохимиотерапию проводили с водным раствором аммифурина. Для получения водного рас-

твора аммифурина использовали официальный 0,3%-ный спиртовой раствор препарата. Вначале пациенты принимали ванну с фотосенсибилизатором с концентрацией аммифурина 1 мг/л в течение 15 минут, температура воды 36°C , затем проводилось облучение длинноволновым ультрафиолетовым светом (УФА, длина волны 320–400 нм) в универсальной ультрафиолетовой кабине Waldmann UV 1000KL (Германия, 2010). Начальную дозу УФА облучения устанавливали после определения минимальной фототоксической дозы. Процедуры проводили по методике 4-разового облучения в неделю с постепенным увеличением дозы УФА на $0,5 \text{ Дж/см}^2$.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel. Применяли методы описательной статистики с вычислением средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m). Степень достоверности различия показателей определяли по t-критерию Стьюдента. Достоверно значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты. Клиническая характеристика пациентов с различными формами псориаза в стадии прогрессирования представлена в табл. 1. До лечения все пациенты предъявляли жалобы на кожный зуд различной интенсивности, наличие высыпаний на коже туловища, конечностей. У всех обследуемых пациентов была значительная площадь поражения кожи ($39,1 \pm 3,6\%$). Высыпания носили диссеминированный характер. Результаты лечения пациентов представлены в табл. 2. Всего на курс больные получили от 11 до 20 процедур ПУВА-ванн с суммарной дозой облучения от 31 до $114,5 \text{ Дж/см}^2$ (в среднем $85,2 \pm 14,7$). Переносимость бальнеофотохимиотерапии у всех пациентов была хорошей. Побочные эффекты наблюдались в 26% случаев (у 7 пациентов) и выражались в 15% (4 больных) в виде сухости кожных покровов, что не требовало прекращения терапии и купировалось при наружном использовании смягчающих средств. Три пациента (11,5%) предъявляли жалобы на усиление зуда в первые дни терапии, которое купировалось самостоятельно при последующем продолжении лечения. По окончании терапии у всех больных формировался легкий загар, однако пигментация не была такой выраженной, как после ПУВА-терапии. Продолжительность и интенсивность лечения при помощи ПУВА-ванн определялись по выраженности клинических симптомов, уменьшения индекса PASI.

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов

Показатель	1 группа	2 группа
Количество больных	14	12
Длительность заболевания	$5,06 \pm 1,4$	$3,66 \pm 1,16$
Возраст	$27,4 \pm 2,9$	$29,7 \pm 3,4$
Поражение волосистой части головы	7 (50%)	7 (58,3%)
Ониходистрофии	4 (28,5%)	5 (41,6%)
Индекс PASI до лечения	$30,33 \pm 1,97$	$35,18 \pm 1,7$

В результате лечения у всех пациентов отмечалась положительная динамика, что выражалось в исчезновении зуда, уменьшении эритемы, инфиль-

Оценка эффективности терапии

Показатель	Клиническое разрешение		Значительное улучшение		Улучшение	
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
Количество больных	10 (71,4%)	8 (66,7%)	1 (7,1%)	2 (16,6%)	2 (14,2%)	2 (16,6%)
Число процедур	18,2±0,81	19,5±0,5	15	18±0,7	15±1	16,5±1,5
Курсовая доза УФА, Дж/см ²	90,1±3,7	96,7±3,8	79	91,2±1,2	69,5±9,5	73,7±1,2
Индекс PASI после лечения	1,3±0,15	1,4±0,18	6,5	6,75±0,25	11±1	10,5±1,5

трации, шелушения. На месте разрешившихся элементов у большинства больных оставались гипер- или гипопигментированные пятна. У всех пациентов после окончания терапии отмечалось значимое уменьшение индекса PASI ($p \leq 0,05$). Эффект от лечения в обеих группах был сопоставим, значимых статистических различий не наблюдалось ($p \geq 0,05$). Так, у пациентов первой группы клиническое разрешение кожного процесса наблюдалось в 71,4% (у 10 пациентов), значительное улучшение в 21,4% (3 пациента), улучшение в 7,14% (1 больной). Во второй группе клиническое разрешение констатировано у 66,7% (8 больных), значительное улучшение в 16,6% (2 больных), улучшение в 16,6% (2 больных). Однако пациентам с вульгарной формой псориаза на курс лечения требовалось меньшее количество процедур (от 11 до 18), суммарная доза УФА составляла от 31 до 93 Дж/см². Больным с экссудативной формой на курс терапии потребовалось от 15 до 20 процедур, суммарная доза УФА составила от 59,5 до 114,5 Дж/см².

Обсуждение. Ряд авторов в настоящее время предполагает, что метод ПУВА-ванн не уступает по эффективности ПУВА-терапии с использованием пероральных фотосенсибилизаторов [8–10]. Однако чрезвычайно мало сведений об эффективности бальнеофототерапии в комплексном лечении тяжелых форм псориаза, выраженности побочных эффектов. Проведенное нами исследование показало, что бальнеофототерапия способствует разрешению кожного процесса либо значительному улучшению. Доза и/или длительность терапии зависит от формы и тяжести псориатического процесса. По данным литературы, применение наружных форм фотосенсибилизаторов позволяет уменьшить риск развития ближайших и отдаленных побочных эффектов ПУВА-терапии [6, 7]. В нашем исследовании системные побочные эффекты не обнаружены. Местные побочные эффекты выражались в виде сухости кожных покровов и усиления зуда и наблюдались в 26% случаев, не требовали прекращения лечения. Все перечисленное свидетельствует о возможности использования ПУВА-ванн в качестве альтернативного метода ПУВА-терапии в комплексном лечении псориаза, в том числе его тяжелых форм.

Заключение. На основании проведенного исследования можно заключить, что бальнеофототерапия является высокоэффективным методом лечения диссеминированных форм псориаза в составе комплексной терапии. Эффективность указанного вида лечения подтверждена у пациентов как с вульгарной формой псориаза, так и с экссудативной. Данный вид терапии может быть использован в схеме лечения у пациентов с различным объемом поражения кожного покрова, включая тяжелые формы псориаза, с индексом PASI более 30. Однако дли-

тельность процедур и суммарная доза облучения УФА должна рассчитываться исходя из клинической формы псориатического поражения.

Одним из преимуществ исследуемого метода лечения является незначительное количество ближайших побочных эффектов, не требующих отмены терапии. Учитывая все изложенное, можно предположить, что включение ПУВА-ванн в комплексную терапию пациентов, страдающих псориазом, позволит более эффективно и безопасно выполнять лечебные процедуры и подходит для многократного применения.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках диссертационного исследования аспиранта кафедры кожных и венерических болезней СГМУ Резниковой М. А.

Библиографический список

1. Скрипкин Ю. К., Бутов Ю. С. Клиническая дерматовенерология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 2. С. 212–233.
2. Молочков В. А., Бадюкин В. В., Альбанова В. И., Волнухин В. И. Псориаз и псориатический артрит. М., 2007. 300 с.
3. Traub M., Marshall K. Psoriasis — Pathophysiology, Conventional, and Alternative Approaches to Treatment // *Alternative Medicine Review*. 2007. Vol. 12, № 4. P. 319–330.
4. Владимиров В. В. Современные представления о псориазе и методы его лечения // *Русский медицинский журнал*. 2001. Т. 6, № 20. С. 1318–1323.
5. Leone G., Pacifico A., Iacovelli P. Photochemotherapy: A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic use in immunoregulatory disorders // *Clin. Exp. Dermatol.* 2006. Vol. 31, № 2. P. 200–205.
6. Жилова М. Б., Бутарева М. М., Волнухин В. А. Современные аспекты фототерапии псориаза // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2010. № 3. С. 27–32.
7. Zanolli M. Phototherapy arsenal in the treatment of psoriasis // *Dermatol. Clin.* 2004. № 22. P. 397–406.
8. PUVA-bath photochemotherapy (PUVA-soak therapy) of recalcitrant dermatoses of the palms and soles / S. Behrens, G. von Kobyletzki, C. Gruss [et al] // *Munksgaard Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*. 1999. Vol. 15, № 2. P. 47–51.
9. Rodriguez-Granados M. T., Carrascosa J. M., Garate T., Gomez-Diez C., Guimaraens-Juantorena D. Consensus Document on Therapy With Bath Psoralen-UV-A // *Actas Dermosifiliogr.* 2007. Vol. 98. P. 164–170.
10. Эффективность лечения больных псориазом ПУВА-ваннами / А. Волнухин, В. А. Самсонов, И. В. Кравцова [и др.] // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2006. № 5. С. 56–61.

Translit

1. Skripkin Ju. K., Butov Ju. S. Klinicheskaja dermatovenerologija. M.: GJeOTAR-Media, 2009. T. 2. S. 212–233.
2. Molochkov V. A., Badokin V. V., Al'banova V. I., Volnuhin V. I. Psoriaz i psoriaticeskij artrit. M., 2007. 300 s.
3. Traub M., Marshall K. Psoriasis — Pathophysiology, Conventional, and Alternative Approaches to Treatment // *Alternative Medicine Review*. 2007. Vol. 12, № 4. P. 319–330.
4. Vladimirov V. V. Sovremennye predstavlenija o psoriaze i metody ego lechenija // *Russkij medicinskij zhurnal*. 2001. T. 6, № 20. S. 1318–1323.

5. Leone G., Pacifico A., Iacovelli P. Photochemotherapy: A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic use in immunoregulatory disorders // Clin. Exp. Dermatol. 2006. Vol. 31, № 2. P. 200–205.

6. Zhilova M. B., Butareva M. M., Volnuhin V. A. Sovremennye aspekty fototerapii psoriaza // Vestnik dermatologii i venerologii. 2010. № 3. S. 27–32.

7. Zanolli M. Phototherapy arsenal in the treatment of psoriasis // Dermatol. Clin. 2004. № 22. P. 397–406.

8. PUVA-bath photochemotherapy (PUVA-soak therapy) of recalcitrant dermatoses of the palms and soles / S. Behrens, G.

von Kobyletzki, C. Gruss [et al] // Munksgaard Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine. 1999. Vol. 15, № 2. P. 47–51.

9. Rodriguez-Granados M. T., Carrascosa J. M., Garate T., Gomez-Diez S., Guimaraens-Juantorena D. Consensus Document on Therapy With Bath Psoralen-UV-A // Actas Dermosifiliogr. 2007. Vol. 98. P. 164–170.

10. Jeftektivnost' lechenija bol'nyh psoriazom PUVA-vanna / A. Volnuhin, V. A. Samsonov, I. V. Kravcova [i dr.] // Vestnik dermatologii i venerologii. 2006. № 5. S. 56–61.

УДК:616.516–003.6.05–007.23–071.2

Клинический случай

СЛУЧАЙ ПИГМЕНТНО-АТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Е. М. Решетникова — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, клинический ординатор; **С. Р. Утц** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **Н. А. Слесаренко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук; **М. Г. Еремина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент; **Н. В. Алипов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, клинический ординатор.

CASE OF LICHEN PLANUS PIGMENTED-ATROPHIC

E. M. Reshetnikova — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Attending Physician; **S. R. Utz** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **N. A. Slesarenko** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **M. G. Yeremina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant; **N. V. Alipov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Attending Physician.

Дата поступления — 01.06.2012 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2012 г.

Решетникова Е. М., Утц С. Р., Слесаренко Н. А., Еремина М. Г., Алипов Н. В. Случай пигментно-атрофической формы красного плоского лишая // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 643–646.

Представлен случай сочетания пигментной и атрофической форм красного плоского лишая, которые относятся к редко встречающимся разновидностям данного дерматоза. Приведены результаты измерений индексов пигментации и эритемы в очагах поражения и здоровой кожи, сравнение этих показателей при разных формах КПЛ. Проведено комплексное обследование больной с целью выявления патологии внутренних органов.

Ключевые слова: пигментный красный плоский лишай, атрофический красный плоский лишай, индекс пигментации, сопутствующие заболевания.

Reshetnikova E. M., Utz S. R., Slesarenko N. A., Yeremina M. G., Alipov N. V. Case of lichen planus pigmented — atrophic // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 643–646.

This study presents a case of a combination of rarely encountered forms of lichen planus (pigmented and atrophic). The results of measurements of indexes of pigmentation and erythema in the lesions and healthy skin are given, and comparing them with different forms of LP. A comprehensive examination of the patient to identify the pathology of internal organs.

Key words: lichen planus pigmented, lichen planus atrophic, index of pigmentation, associated diseases.

Введение. Красный плоский лишай (КПЛ) (lichen ruber planus, син.: красный лишай, плоский лишай) — хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся поражением кожи, слизистой оболочки полости рта, половых органов и онхиходистрофией. По современным представлениям КПЛ является специфическим типом клеточно опосредуемой реактивности кожи и слизистой к ряду антигенов (вирусы, лекарственные препараты, собственные метаболиты, абберантные клетки). Доля дерматоза среди кожных заболеваний составляет от 1,5 до 2,5% и до 50–70% — среди заболеваний полости рта (lichen oris) [1–3].

Описано злокачественное перерождение КПЛ, что послужило поводом для причисления дерматоза к предраковым заболеваниям с частотой малигнизации от 1% до 10–12% [4–6]. Многие авторы отмечают сочетание данного дерматоза с патологией

внутренних органов, аутоиммунными заболеваниями [7]. Высыпания при хронической реакции трансплантата против хозяина (gvhV) соответствует клинической картине КПЛ [8]. В связи с этим заболевание привлекает к себе внимание не только дерматологов и стоматологов, но и иммунологов, терапевтов, трансплантологов, онкологов.

В последние годы увеличилась частота рецидивирования заболевания, отмечается рост числа больных, страдающих атипичными формами КПЛ: гипертрофической, пигментной, эрозивно-язвенной, атрофической, зостериформной и др. [9].

Пигментная форма красного плоского лишая (lichen ruber pigmentosa) — редкая форма дерматоза, впервые описанная Pirila в 1918 г. По данным ряда авторов, она составляет 0,9–1% от обычных форм красного плоского лишая и примерно 2,5–3% от атипичных. Эта форма заболевания особенно часто встречается в странах Востока у пациентов со смуглой кожей, где она составляет 20–30% всех случаев красного плоского лишая [10, 11].

Ответственный автор — Решетникова Елена Михайловна.

Адрес: г. Саратов, ул. Симбирцева, 23/37, кв. 183.

Тел.: 89085509129.

E-mail: info@sarderm.ru