



О.А. Проценко

**УЗКОПОЛОСНАЯ ФОТОТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ БОЛЬНЫХ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького***Ключові слова:** псоріаз, ВІЛ-позитивні хворі, клініка, лікування, вузькосмугова фототерапія (NB UVB – 311 нм).**Ключевые слова:** псориаз, ВИЧ-позитивные больные, клиника, узкополосная фототерапия ((NB UVB – 311 нм).**Key words:** psoriasis, HIV-positive patients, clinic peculiarities, UVB narrowband phototherapy (NB UVB – 311 nm).

Представлено особливості клінічних ознак псоріазу у 26 ВІЛ-позитивних пацієнтів, залежно від стадії ВІЛ/СНІДу. Доведено доцільність застосування та приведена ефективність комплексної терапії із застосуванням вузькосмугової фототерапії (NB UVB – 311 нм) у ВІЛ-позитивних хворих на псоріаз.

Представлены особенности клинических проявлений и течения псориаза у 26 ВИЧ-позитивных пациентов. Выделены особенности течения заболевания в сопоставлении со стадией ВИЧ/СПИД. Обоснована целесообразность и приведены результаты лечения больных с использованием в комплексной терапии узкополосной фототерапии с длиной волны 311 нм

The peculiarities of clinic and treatment of psoriasis at 26 HIV-positive patients with different stage of infection are present. Clinical features may be impact on the choice therapy. Experience of use the UVB narrowband phototherapy (NB UVB – 311 nm) are presented.

Фототерапия относится к базисным видам лечения псориаза (6). В последние годы в дерматологии широко используется узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм (УФВ 311 нм, NB UVB 311 нм) (3, 5). Считают, что механизм лечебного действия УФВ-излучения 311 нм связан с прямым влиянием на клетки эпидермиса и сосочкового слоя дермы, способностью оказывать иммунорегуляторное действие и нормализовать баланс про- и противовоспалительных цитокинов (5). Многочисленными исследованиями показано, что в основе развития псориазических высыпаний лежит иммунное воспаление с аккумуляцией в дерме лимфоцитов Th1, способствующих формированию инфильтрата в сосочковом и даже сетчатом слоях дермы, эпидермальным нарушениям, в том числе расстройствам кератинизации (2). Основопологающим фактором патогенеза ВИЧ-инфекции остается взаимодействие вируса с клетками иммунной системы, в том числе кожи, дезорганизация клеточного иммунитета с дисбалансом Th1 и Th2 субпопуляциями лимфоцитов (1, 4). В связи с изложенным, в терапии псориаза у ВИЧ-позитивных лиц логичным есть использование методов лечения и топических средств, которые могут оказывать действие на сочетанный патогенез заболевания и не инициировать возможные осложнения как основных заболеваний, так и применяемой терапии (2, 5).

**ЦЕЛЬЮ РАБОТЫ** был анализ особенностей клинической картины псориаза у ВИЧ-инфицированных пациентов и оценка эффективности узкополосной фототерапии у данной исследовательской группы.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Под наблюдением находились 26 ВИЧ-позитивных пациентов в возрасте от 16 до 53 лет, в том числе 12 (46,2%) мужчин и 14 (53,8%) женщин, с различными формами псориаза.

ВИЧ-статус был подтвержден в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом, при этом бессимптомное носительство (БН) было у 12 (46,2%), персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ) – у 6 (23%), СПИД-ассоциированный комплекс (СПИД-АК) – у 7 (26,9%), СПИД – у 1 (3,8%). Антиретровирусную терапию получали 8 пациентов, в основном, в стадии СПИД-АК и ПГЛ.

Все пациенты подвергались клиническому обследова-

нию, с исследованием общего анализа крови, мочи, билирубина, трансаминаз, сахара крови, серологических реакций крови на сифилис, по показаниям – исследование на патогенные грибы, мазков на сексуально трансмиссивные инфекции. Определяли абсолютное и относительное количество CD4 и CD8 лимфоцитов в периферической крови, соотношение CD4/CD8 лимфоцитов по общепринятым методикам.

Узкополосную фототерапию (NB UVB – 311 нм) проводили с помощью фототерапевтического аппарата GH-8 ST (Cosmedico Medizintechnik GmbH, Steinkirching 56 D-78056 Villingen-Schwenningen, Германия) и узкополосного УФ-терапевтического устройства Philips PL01 (Cosmedico Medizintechnik GmbH, Германия). Облучение проводили на расстоянии не более 20 см в следующем режиме: 3-4 процедуры в неделю, на курс 16-20 процедур. Первоначальная доза облучения, в зависимости от фототипа кожи – от 0,1 Дж/см кв. до 0,4 Дж/см кв., последующее повышение разовой дозы было на 0,036 – 0,20 Дж/см кв., суммарная доза до 28 Дж/см кв.

Статистическую обработку материала проводили с помощью персонального компьютера IBM PC/AT и использования лицензионного пакета Statistica 6 (Stat Soft Rus).

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Проведен сравнительный анализ особенностей клинических проявлений псориаза в зависимости от пола больного и стадии инфицирования. Из 26 пациентов ограниченный псориаз (до 20% площади тела, PASI менее 10) был у 12 (46,2%), несколько чаще на стадии БН и ПГЛ. Распространенный псориаз (более 20% площади тела, PASI более 10) выявлен у 14 (53,8%), одинаково часто на всех стадиях инфицирования, но несколько чаще у ВИЧ-позитивных пациентов со снижением уровня CD4 ниже 600 клеток в 1 мкл.

Среди всех клинических форм псориаза преобладала бляшечная – у 19 (73,1%) больных, в том числе распространенная – у 11 (табл.1). Поражение волосистой части головы было у 22 (84,6%), при этом у 17 из них это было первым клиническим проявлением дерматоза. У 14 (53,8%) больных отмечались экссудативные проявления псориаза с поражением крупных складок и присоединением вторичной микотической инфекции.



Таблица 1

## Клинические формы псориаза у ВИЧ-положительных больных

Клинические формы псориаза	Всего больных N=26	Женщин N=14	Мужчин N=12
Бляшечный	19 (73,1%)	10	9
Монетовидный	6 (23%)	4	2
Эритродермический	1 (3,8%)		1
Артропатический	2 (7,7%)	2	
Ониходистрофии	11 (42,3%)	7	4

При анализе особенностей проявлений псориазических поражений отмечено многообразие сочетанных дерматозов у одного и того же больного. Так, себорейный дерматит различной степени выраженности был у 14 (53,8%) больных, его наблюдали при всех клинических формах псориаза, за исключением эритродермической, независимо от стадии инфицирования ВИЧ.

Ониходистрофии кистей и стоп выявлены у 11 (42,3%) больных, чаще у мужчин - у 7, чем у женщин - у 4, в основном, на стадии СПИД-АК. Ониходистрофии у 9 больных сочетались с микозом стоп. У 25 (96,2%) больных псориаз сочетался с различной микотической патологией: микозом стоп, онихомикозом, микозом крупных складок, кандидозом слизистой полости рта.

Выраженная сухость кожи вне очагов поражения была у всех ВИЧ-положительных больных с псориазом.

Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной. У 7 (26,9%) больных через несколько часов после процедуры отмечалась бессимптомная эритема, которая регрессировала на фоне применения смягчающих кремов и не требовала изменения режима лечения. У 8 (30,8%) больных отмечался зуд кожи, который развивался на фоне сухости кожи и проходил на фоне использования смягчающих кремов. Активный регресс сыпи наступал уже после 4-8 процедуры и к концу курса лечения полное клиническое выздоровление было у 16 (61,5%) больных, в основном, на стадии БН и ПГЛ. Значительное улучшение достигнуто у 7 (26,9%), преимущественно на стадии

ПГЛ и СПИД-АГ. Улучшение после лечения отмечали 3 (11,5%) больных, находившихся на стадии СПИД-АГ.

Ремиссия дерматоза в течение 2 лет наблюдения была у 8 (30,7%) больных, в основном на стадии БН и ПГЛ. Рецидивы в количестве 1-2 в течение года были у 6 (23,1%) больных, преимущественно на стадии СПИД-АГ и ПГЛ. Таким образом, анализируя результаты проведенной работы, можно сделать следующие **ВЫВОДЫ**:

1. У ВИЧ-положительных пациентов псориаз встречается на всех стадиях инфицирования, характеризуется разнообразием клинических форм, частым сочетанием с микотическими поражениями (у 96,2%).

2. Наиболее часто выявляются бляшечная форма псориаза (у 73,1%), с поражением ногтей пластинок кистей и стоп (у 42,3%), волосистой части головы (у 84,6%).

3. Выявлена зависимость характера течения псориаза от стадии ВИЧ-инфекции.

4. Показана хорошая переносимость и высокая терапевтическая эффективность узкополосной фототерапии в комплексном лечении псориаза у ВИЧ-положительных пациентов.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Арифов С.С., Сабиров У.Ю., Набиев Т.А. Дерматологические знаки у больного СПИДом// Клиническая дерматология и венерология. – 2005. – №3. – С. 14-15.
2. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии. – Харьков: «Факт», 2007. – 784 с.
3. Олисова О.Ю., Микрюков А.В., Верхотурова Е.Г. Фототерапия узкого спектра 311 нм в лечении различных дерматозов// Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – № 5. – С. 52-57.
4. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В. ВИЧ-инфекция (клиника, диагностика и лечение). – М., 2000. – 102 с.
5. Пономаренко Г.Н. Физиотерапия в косметологии. – Киев, 2007. – С. 61-74.
6. Рациональна діагностика та лікування в дерматології та венерології/За ред. проф. І.І. Маврова.- Київ, 2007. – 344 с.
7. Honigsmann H. What is today's phototherapy choice for psoriasis//20th World Congress of Dermatology. 1-5 Yule 2002. Paris/ Abstr.- p. 1532.
8. Lebowohl M. Current use of combined therapy in psoriasis//20th World Congress of Dermatology. 1-5 Yule 2002. Paris/ Abstr.- p. 15208.

**Сведения об авторе:**

Проценко Олег Анатольевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Тел. (062) 337-20-60, 8-050-570-79-79