

7. Стрижакова А.В. Применение различных видов лазерной энергии в лечении возрастной макулярной дегенерации. – Москва – Клиническая офтальмология, Том 6, 2005, № 1, с. 7-9.

8. Филатов В.В., Сидоренко Е.И. Фармакокинетика радиофармпрепаратов в тканях глаза под воздействием инфразвукового и ультразвукового фонофорезов. – Москва. – Вестник офтальмологии. Том 122, № 2, 2006, с. 9-11.

9. Черикчи Л.Е. Физиотерапия в офтальмологии. Киев. 1979. 144 с.

10. Шамшинова А.М. Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва. – Москва. – «Медицина». 2001, с. 229-263.

11. Шершевская С.Ф. Классификация, клинические формы, диагностика и лечение хориоретинальных дистрофий и атрофий. Терапевтическая офтальмология. Под ред. М.Л. Краснова. Москва. «Медицина». 1985, с. 333-336.

12. Bressler N., Bressler S., Fine S. Age-related macular degeneration // Surv. Ophthalmol. – 1988. – Vol. 32, N 6. – P. 375-413.

13. Klein R., Davis M.D., Magli V.L., et al. Wisconsin Age-Related Maculopathy Grading System. Madison: Department of Ophthalmology University of Wisconsin School of Medicine, 1991. // Ophthalmology. – 1991. – Vol. 98, N 9. – P. 1128-1134.

14. Klein R., Klein B. E., Jensen S. C. et al. The relationship of ocular factors to the incidence and progression of age-related maculopathy // Arch. Ophthalmol. – 1998. – Vol. 116. – P. 506 – 516.

АННОТАЦИЯ

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД), по данным ряда исследователей, относится к одной из четырех нозологических форм, наиболее часто вызывающих слепоту среди населения развитых стран мира. Заболевание встречается в возрасте старше 40 лет в 25-40% случаев, у лиц старше 60 лет – в 58-100% случаев. У лиц работоспособного возраста выход на первичную инвалидность вследствие ВМД наблюдается в 11% случаев, а среди пожилых людей старше 60 лет – в 28% случаев. ВМД является одним из самых сложных для лечения глазных заболеваний. Считается, что эффективных способов патогенетической терапии и профилактики прогрессирования ВМД в настоящее время, к сожалению, не существует. Поиском новых методов решения этой проблемы посвящена наша работа.

Проведенные исследования позволили разработать один из наиболее простых, доступных, безопасных и высокоэффективных способов комплексного лечения ВМД.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ В ЗДРАВНИЦАХ КУБАНИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

КАТХАНОВА О.А.

НИЦ курортологии и реабилитации Росздрава, г. Сочи

Адрес : 354057, Россия, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Невская 6, кв. 40, тел 8 (862) 261-06-40; e-mail osmol1970@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Авторский комплекс физических лечебных факторов черноморских курортов Кубани высокоэффективен при лечении детей с различными формами псориаза. Предложенные схемы восстановительного лечения в здравницах обеспечивали в основных группах наблюдения существенную позитивную динамику первично измененных количественных показателей лейкоцитов, лимфоцитов и фагоцитарной активности гранулоцитов периферической крови, тогда как в контрольных группах наблюдения под влиянием традиционных схем медикаментозной терапии отмечалась лишь слабая тенденция к нормализации показателей клеточного иммунитета.

Ключевые слова: лечение псориаза, климатолечение, лечение на черноморском побережье Кубани

ВВЕДЕНИЕ

Дискуссия об эффективности того или иного метода лечения псориаза как медикаментозными, так и немедикаментозными средствами в специальных профильных отечественных и зарубежных журналах зачастую сводится к обсуждению только одного вопроса: как быстро эти способы лечения могут блокировать различные патогенетические звенья в возникновении и генерализации псориатического процесса. Названное, в первую очередь, связывается с процессом функционирования иммунной системы больных псориазом, а внутри этой системы – с доминированием цитокинового профиля Th I-типа. При этом следует учесть, что патология цитокинового

профиля у детей, страдающих изучаемыми нозологическими формами псориаза (L 40.0; L 40.5; L 40.8 по МКБ-X), в основном характеризуется повышением уровня IL-1 α , IL-2, IL-6, IL-7, IL-8, интерферона- γ , что сопряжено (по мнению Н.Г. Короткого, 2005), вероятнее всего, с повышением уровня фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α). По свидетельству Н.Г. Кочергина, Л.М. Смирновой, Н.Р. Айрапетян и соавт. (2005), ФНО- α , относящийся к провоспалительным цитокинам, является мощным модификатором воспалительной и иммунной реакций. Он способен тормозить клеточную пролиферацию, дифференцировку и функции клеток почти всех типов, служит медиатором цитотоксичности. Кроме того, ФНО- α способствует накоплению воспалительных клеток в эпидермисе и дерме путем индукции экспрессии молекул межклеточной адгезии ICAM-1 на эндотелиальных клетках и кератиноцитах.

Подобный терапевтический эффект наблюдался нами в основных группах единиц наблюдения, т.е. у детей, страдающих изучаемыми нозологическими формами псориаза.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Бальнеотерапия наружно применялась в виде общих сероводородных (50-100-150 мг/л при температуре 36°C, продолжительностью 6-8-10-12 минут с нарастающим итогом, через день, 8-10 ванн на курс лечения) или йодобромных (при температуре 36-38°C, продолжительностью 1 ванны 10-15-20 минут с нарастающим итогом через день, 8-10 проце-

дур на курс лечения) общих ванн природных минеральных источников местных месторождений. В ходе восстановительного лечения детей, страдающих псориазической эритродермией (L 40.8 по МКБ-Х), использовался дистанционный способ магнитно-инфракрасно-лазерной (МИЛ) терапии, при котором терминал лазера располагался на расстоянии 0,5-1 см от облучаемого объекта. В зависимости от распространенности процесса продолжительность экспозиции составляла от 5 до 30 мин. Максимальная площадь, обрабатываемая во время 1 сеанса, – 40 см². Первые 5 сеансов проводили с частотой импульсов 1 кГц, последующие – 1-5 кГц, остальные – 5 или 10-5 кГц. Курс терапии состоял из 15-20 сеансов, проводимых ежедневно. При наличии отклонений в иммунном статусе больного с учетом результатов иммунологических исследований проводили облучение области тимуса в течение 2 мин. частотой импульсов 80 Гц и мощностью излучения светодиодов 80 мВт. Детям, страдающим артропатическим псориазом (L 40.5 по МКБ-Х), рекомендовался фонофорез с отжимом лечебной грязи на пораженные суставы по методике Н.А. Гаврикова (1992). Одной из постоянных составляющих примененной нами схемы восстановительного лечения изучаемого контингента детей, страдающих монетовидной или бляшечной формой псориаза обыкновенного (L 40.0 по МКБ-Х), стала импульсная фототерапия (ИФТ) по методике Ю.Э. Русак и соавт. (2001) при использовании фототерапевтической импульсной установки «Имфолукс-1-01», которая состоит из облучателя с ксеноновой лампой ДКСТ 5000, установленного на стойке, позволяющей регулировать его высоту и наклон, переносного пульта и блока питания. Установка обладает фиксированными и регулируемыми электрическими и временными параметрами, позволяющими получить увеличение облученности поверхности кожи в 10 раз и более в сравнении с источниками излучения, работающими в непрерывном режиме. Облучение пациентов проводилось с расстояния 1,5 м ежедневно, начальная доза составляла 5 биодозы, это 40-60 импульсов с постепенным повышением на 40 импульсов через каждые 2 процедуры. В зависимости от локализации высыпаний отдельно облучалось от 1 до 4 полей. Максимальное количество импульсов на 1 поле доходило до 360-400. Лечение проводилось в отдельной кабине с максимальной светоизоляцией, курс составлял 15-25 процедур. Противопоказаний для проведения импульсной фототерапии (ИФТ) не выявлено. Механизм действия данного метода заключается в подавлении пролиферации и нормализации процессов кератинизации эпидермоцитов, модификации иммунного ответа кожи и стимуляции меланогенеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценивая динамику (до и после лечения в здравницах-базах исследования) псориазических поражений кожных покровов у наблюдаемых групп пациентов, следует констатировать существенный позитивный терапевтический эффект от реализации авторских технологий санаторно-курортной реабилитации детей, страдающих псориазом, что представлено в табл. 1. Обсуждая данные этой таблицы, следует подчеркнуть, что для получения показателей сыворотки периферической крови детей, страдающих

изучаемыми формами псориаза, использовались типовые тест-системы «ELISA KIT» производства GENESIS Diagnostics (British medlab Technology). При этом изначальное повышение (до лечения в здравницах – базах исследования) процентных показателей цитокинов крови, а также соотношения Т-хелперов I и II (Th1/Th2) свидетельствовало о том, что иммунный ответ у детей с монетовидной и бляшечной формами псориаза, артропатическим псориазом и псориазической эритродермией смещался под влиянием авторских схем восстановительного лечения в сторону оптимизации местной иммуносупрессии, необходимой для регенерации пораженных кожных покровов этих пациентов.

Таблица 1.

Изменение уровня противовоспалительных цитокинов, интерферона- γ и ФНО- α в процессе санаторного лечения детей*, страдающих псориазом.

Показатели	Основные группы наблюдаемых детей, проходивших восстановительное лечение по авторским методикам					
	L 40.0 по МКБ-Х Псориаз обыкновенный (n=279, p<0,05)		L 40.5 по МКБ-Х Псориаз артропатический (n=278, p<0,05)		L 40.8 по МКБ-Х Распространенный псориаз, псориазическая эритродермия (n=283, p<0,05)	
	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
	средние значения	средние значения	средние значения	средние значения	средние значения	средние значения
1. Цитокины крови (в % от нормального уровня)						
IL-1 α пг/мл	> на	> на	> на	> на	> на	> на
IL-2 пг/мл	19,4%	1,1%	21,3%	> на	22,2%	> на
IL-6 пг/мл	> на	> на	> на	1,9%	> на	2,9%
IL-7 пг/мл	16,7%	0,8%	17,8%	> на	19,1%	> на
IL-8 пг/мл	> на	> на	> на	1,2%	> на	1,3%
Th1/Th2	12,4%	0,5%	11,4%	> на	12,8%	> на
(N=1,4-1,5)	> на	> на	> на	0,7%	> на	0,8%
	12,9%	0,9%	13,1%	> на	14,4%	> на
	> на	> на	> на	1,1%	> на	1,5%
	17,7%	1,0%	18,9%	> на	18,0%	> на
	1,82 $\pm$ 0,0 4	1,52 $\pm$ 0,0 2	1,77 $\pm$ 0,0 4	1,54 $\pm$ 0,0 1	1,96 $\pm$ 0,0 3	1,57 $\pm$ 0,0 2
2. Интерферон пг/мл (N=25- 28)	36,2 $\pm$ 1, 36	29,41 $\pm$ 1, 01	37,31 $\pm$ 1, 42	29,95 $\pm$ 0, 9	38,66 $\pm$ 1, 31	29,89 $\pm$ 0, 8
3. ФНО- α	Превышение предельно допустимых значений					
	у 84,6% пациентов	у 21,7% пациентов	у 83,9% пациентов	у 22,9% пациентов	у 85,2% пациентов	у 23,0% пациентов

* **Примечание:** при использовании метода непреднамеренного статистического отбора детей в возрасте 7-13 лет, проходивших реабилитацию в 2002-2006 годах на базе детских профильных санаториев Росздрава «Юность» (курорт Сочи); «Вулан» (Архипо-Осиповка); «Бимлюк» (курорт Анапа).

В частности, снижение таких информативных иммунных параметров сыворотки периферической крови, как IL-1 α , IL-2, IL-6 и других цитокинов после полноценного курса авторского восстановительного лечения в здравницах обеспечивало у 82,2% детей, больных псориазом, существенную редукцию индекса PASI, тогда как применяемая медикаментозная терапия (например, инфликсимат, представляющий собой химерические IgG₁ моноклональные антитела) только у 20-28% больных псориазом приводит к надежной клинической эффективности (Н.Г. Кочергин и соавт., 2005). Более того, пункт 3 табл. 1 свидетельствует о ключевой роли системного использования природных физических курортных факторов черноморского побережья Кубани (сопря-

женных с прогрессивными формами аппаратной физиотерапии) в существенном снижении исходно повышенного уровня фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α), подавляя его гиперпродукцию.

Таблица 2.

Систематизация показателей иммунного статуса детей с псориазом, прошедших лечение по авторским схемам в здравницах-базах исследования.

Показатели иммунного статуса	Основные группы наблюдения детей, проходивших восстановительное лечение по авторским схемам					
	Псориаз обыкновенный (n=279, p<0,01)		Псориаз артропатический (n=278, p<0,01)		Распространенный псориаз, псориазная артропатия (n=283, p<0,05)	
	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
CD 38 (N=14,6)	22,7±1,1	15,0±0,3	23,4±1,0	15,1±0,1	23,2±1,2	15,4±0,2
CD 8 (N=21,9)	30,5±0,9	22,1±0,3	31,6±1,3	22,6±0,4	33,2±1,2	22,8±0,1
CD 4 (N=55,0)	26,8±1,0	34,6±0,2	27,9±1,1	34,8±0,2	26,9±0,9	34,6±0,3
CD 3 (N=55,6)	60,4±0,6	55,8±0,1	61,2±0,2	56,0±0,1	60,7±0,3	56,1±0,3
CD DR (N=6,9)	12,2±1,2	7,1±0,1	13,4±1,3	7,4±0,2	14,1±1,3	7,8±0,2
CD T1 (N=1,0)	1,5±0,2	1,1±0,2	1,7±0,1	1,1±0,2	1,8±0,3	1,0±0,1
CD 25 (N=1,8)	1,3±0,1	1,8±0,1	2,6±0,2	1,8±0,2	2,4±0,3	1,9±0,1
CD 22 (N=9,5)	9,9±0,1	9,6±0,1	10,6±0,3	9,6±0,1	10,3±0,2	9,4±0,2
CD 95 (N=2,0)	3,2±0,4	2,1±0,1	3,9±0,3	2,2±0,1	3,7±0,6	2,2±0,1
CD 16 (N=16,5)	14,0±0,5	16,1±0,1	14,2±0,3	16,3±0,1	13,8±0,3	16,2±0,2
IgA	2,3±0,2	2,1±0,1	2,8±0,2	2,2±0,2	2,9±0,2	2,3±0,1
IgM	1,4±0,01	1,26±0,01	1,5±0,01	1,3±0,01	1,9±0,3	1,3±0,01
IgG	12,6±0,4	10,8±0,1	12,3±0,1	10,9±0,1	12,7±0,2	10,4±0,1
ЦИК с ПЭГ 3,5 (N=29,5)	19,6±0,2	29,0±0,1	18,7±0,2	28,9±0,1	19,9±0,3	29,0±0,2
ЦИК с ПЭГ 7,0 (N=247)	184±9,3	237±9,6	179±9,9	231±8,4	184±11,2	231±8,1

Вышеописанный клинический подход к оптимизации механизма иммунопатогенеза различных нозологических форм псориаза получил в рамках настоящего исследования дальнейшее подтверждение при лабораторном исследовании гепаринизированной крови наблюдаемых детей, что описано в табл. 2. Комментируя данные этой таблицы, надо добавить, что в контрольных группах наблюдаемых детей с различными нозологическими формами псориаза (L 40.0; L 40.5; L 40.8 по МКБ-X) представленные иммунологические параметры были исходно изменены до практически тех же значений, однако под влиянием только стандартных медикаментозных схем их не удалось нормализовать. Одновременно с этим в основных группах исследования отмечалась оптимизация уровня В-лимфоцитарной популяции (CD 22), а также количества CD 4-лимфоцитов, т.е. маркеров Т-хелперных клеток, а также ряда маркеров клеточной дифференцировки, по которой можно судить о степени участия лимфоцитарных субпопуляций в иммунном

ответе. С этой точки зрения существенной информативностью обладают полученные показатели CD 3-маркера зрелых клеток, поскольку их нормализация является свидетельством активизации зрелых (медуллярных) тимоцитов. Знаменательным является то, что в ходе применения авторских схем немедикаментозного воздействия удалось нормализовать уровень CD 8 как маркера активации супрессорно-цитотоксических Т-лимфоцитов на фоне нормализации уровня CD 95, что позволяет позитивно расценить конечный этап пролиферативного звена иммунного ответа в виде запрограммированной гибели клеток (апоптоза). Одновременно гуморальное звено иммунного ответа базировалось на нормализации (после лечения по авторским методикам) изначально низких уровней крупно- и низкомолекулярных ЦИК у детей из основных групп наблюдения, а также на восстановлении количественного соотношения натуральных киллеров (CD 16).

ВЫВОДЫ

Предложенные схемы восстановительного лечения в здравницах обеспечивали в основных группах наблюдения существенную позитивную динамику первично измененных количественных показателей лейкоцитов, лимфоцитов и фагоцитарной активности гранулоцитов периферической крови, тогда как в контрольных группах наблюдения под влиянием традиционных схем медикаментозной терапии отмечалась лишь слабая тенденция к нормализации показателей клеточного иммунитета. В ходе применения авторских схем немедикаментозного воздействия удалось нормализовать уровень CD 8 как маркера активации супрессорно-цитотоксических Т-лимфоцитов на фоне нормализации уровня CD 95, что позволяет позитивно расценить конечный этап пролиферативного звена иммунного ответа в виде запрограммированной гибели клеток (апоптоза).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавриков Н.А. Методология отпуска процедур фонофореза с отжимом лечебной грязи. Методич. рекоменд., утв. Ученым Советом Сочинского НИИ КиФ. – Сочи, 1992. – 16 с.
2. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М., Айрапетян Н.Р. и соавт. Инфликсимаб в терапии псориаза. // Vestn Dermatol Vntrol. – 2005. – № 5. – С.33-34.
3. Короткий Н.Г. Первый опыт применения анти-ФНО-α (ремикейд) при лечении тяжело протекающего псориаза. // Vestn Dermatol Venerol. – 2005. – № 1. – С.35-36.
4. Кубанова А.А. Актуальные вопросы дерматологии в практическом здравоохранении. // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2000. – № 4. – С.12-14.
5. Русак Ю.Э. и соавт. Методика импульсной фототерапии для детей, страдающих псориазом. // Новое в аппаратной физиотерапии: Материалы III традиционной научн.-практ. конф. Ассоциации физиотерапевтов Сибири. – Новосибирск, 2001. – С.38-39.

ПЕЛОИДОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ЕВСЕЕВА М. М., к.м.н., науч. сотrud. гинекологического отделения восстановительного лечения
ФГУ «НЦ АГ и П Росмедтехнологий», г. Москва, Россия, wadgelmir@mtu-net.ru

АННОТАЦИЯ

Пелоидотерапия – самый распространенный метод использования естественных физических факторов в гинекологии. Пелоидотерапия улучшает гемо- и лимфодинамику органов малого таза, снижает ак-

тивность экссудативного и инфильтративного процессов, размягчает спаечные структуры, усиливает гормональную функцию яичников, способствует развитию мышечных волокон. Кроме того, грязь является природным источником антибиотиков. В механизме