

выявляемостью ТК в гиподерме через 1 час после воздействия.

Повышение содержания гистамина в эпителии и в сосочковом слое дермы можно объяснить влиянием ЛП на ТК, расположенных в непосредственной близости от эпителия. Интересен тот факт, что в нашем исследовании ТК под эпителием не выявлялись. Однако отсутствие люминесцирующих ТК может свидетельствовать об их высокой защищенности гепарином, что подтверждается наличием большого числа ТК при окраске срезов другими гистохимическими методами, в частности, методом Унна.

В ранних исследованиях было показано, что в ТА содержание ТК выше, чем в окружающих зонах [5]. Следовательно, повышение функциональной активности многочисленных ТК, проявляющееся в их дегрануляции в области акупунктурных точек, сопровождается более значительным повышением концентрации гистамина. С другой стороны, полное восстановление популяции ТК происходит не ранее, чем через 4-6 часов. Наши исследования подтверждают эти данные, т.к. через 1 сутки после ЛП содержание гистамина в ТК гиподермы, в сосочковом слое дермы вернулось к исходным показателям.

Таким образом, ЛП способствует увеличению содержания в тканях гистамина, что можно расценивать как один из механизмов воздействия лазеропунктуры на организм. Это подтверждает гипотезу нейрогормональных механизмов рефлексотерапии и участие акупунктуры в стимуляции секреции ряда нейромедиаторов, включая гистамин [6].

ВЫВОДЫ

1. Лазеропунктура в течение 30'' в акупунктурные точки LI 11 и GV 14 приводит к увеличению содержания гистамина, в основном в эпителии, фибробластах сосочкового слоя, гиподерме.

2. Увеличение времени воздействия лазером приводит к росту содержания гистамина, особенно в эпителии, фибробластах сосочкового слоя, гиподерме.

3. Лазеропунктура в течение 90'' приводит к полной дегрануляции тучных клеток в гиподерме через 1 час после процедуры в обеих исследованных точках.

4. Через 1 час после 30'' лазеропунктуры содержание гистамина приближается к исходному уровню в точке LI 11 в сетчатом слое дермы, гиподерме и тучных клетках, в точке GV 14 – в тучных клетках. Че-

рез 1 час после 90'' лазеропунктуры содержание гистамина снижается, но не достигает первоначальных показателей.

5. При проведении сеансов лазеропунктуры необходимо учитывать точное время воздействия, поскольку реакция на лазеропунктуру в различных точках отличается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко А.М. Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия // Рефлексотерапия. – 2004. – № 1. – С. 7-18.
2. Василенко А.М. Концепция интегрального регуляторного континуума как основа современной теории рефлексотерапии // Рефлексотерапия. – 2006. – № 4. – С. 5-8.
3. Вогралик В.Г., Вогралик В.М. Основы традиционной восточной рефлексодиагностики и пунктурной адаптационной терапии. – М., 2001. – 435 с.
4. Cross S. A., Ewen S. W., Rost F. WA study of methods available for cyto-chemical localization of histamine by fluorescence induced with ophthalde-hyde or acetaldehyde // Histochem. J. – 1971. Vol. 3, N 6. – P 471-476.
5. Гурьянова Е.А., Любовцева Л.А., Любовцева Е.В. и др. // Вестник восстановительной медицины. Москва. 2007. – С. 98-100.
6. Лиманский Ю.П., Гуляев С.А., Самосюк И.З. Научные основы акупунктуры // Рефлексотерапия. – 2007. – № 2. – С. 59-71.

РЕЗЮМЕ

При изучении влияния лазеропунктуры люминесцентно-гистохимическим методом Кросса в течение 30 и 90 секунд на структуры кожи белых беспородных крыс в области точек акупунктуры, расположенных на верхней конечности и туловище, выявлено, что изменения в гистаминном статусе кожи начинаются уже через 15 минут после воздействия. Установлено достоверное повышение содержания гистамина, в основном в эпителии, фибробластах сосочкового слоя, гиподерме. При увеличении времени воздействия лазером в ТА GV 14 поверхностные слои кожи – эпителий и сосочковый слой дермы – реагируют интенсивнее, чем в дистальной ТА. Лазеропунктура в течение 90'' приводит к полной дегрануляции тучных клеток в гиподерме через 1 час после процедуры в обеих исследованных точках. Возвращение к исходным показателям происходит к концу первых суток.

ABSTRACT

While studying laserpuncture influence during 30 and 90 seconds on skin structure of rats in the region of acupuncture points located on the upper extremity and the trunk, it was revealed that changes in the histamine state of the skin begin as early as in 15 minutes after laserpuncture, however of, the results of influence in acupuncture point GV 14 and LI 11 are different: skin structures in acupuncture point LI 11 respond quicker and more intensively. The authentic increase of the content of the histamine is determined mainly in the epithelium, the fibroblasts of the papillary layer, the hypodermis. With the time increase the laser effects react more intense on the acupuncture points GV 14 superficial layers of skin – epithelium and the papillary layer of the derma, than on the LI 11. During 90 seconds the laserpuncture results in the degranulation of the mast cells in the hypodermis, in both examined points in an hour after the procedure. The return to the initial figures happens at the end of the first day.

СОСТОЯНИЕ И СПОСОБ КОРРЕКЦИИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*ДИКОВА О.В., ТИМОШКИНА М.В., КОСОЛАПОВА Т.А.
ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»
Медицинский институт*

АННОТАЦИЯ

Изучено влияние комплексной терапии с включением в ее состав антиоксиданта эмоксипина на клиническое течение псориаза, психический статус пациентов, некоторые показатели иммунитета. Отмечено корригирующее воздействие препарата на

некоторые изучаемые сферы, что дает возможность его применения в практическом здравоохранении для восстановления патологически измененной кожи и иммунного гомеостаза.

Ключевые слова: псориаз, эмоксипин, восстановительная клинико-иммунологическая и психическая коррекция.

ВВЕДЕНИЕ

Псориаз – распространенное заболевание кожи с мультифакториальным патогенезом, его доля в структуре всех дерматозов – от 0,1 до 8 % [1,2]. Псориазом страдает от 2 до 4% населения планеты [3,4], почти 30% – средне- и тяжелой формами [5].

Дерматоз характеризуется типичной клинической картиной, длительно рецидивирующим течением, учащением торпидных, приводящих к инвалидности больных клинических форм, их социальной дезадаптации. Совершенствование существующих и поиск новых эффективных средств терапии дерматоза, способных корригировать многочисленные гомеостатические и личностные нарушения, способствуя восстановлению работоспособности пациентов – актуальная проблема не только дерматологии, но и всего практического здравоохранения [6,7].

Цель работы: изучить влияние эмоксипина на динамику некоторых показателей иммунитета больных псориазом, качество жизни, текущее психологическое состояние и оценить терапевтическую эффективность комплексного лечения с применением антиоксиданта эмоксипина.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на базе Мордовского Республиканского кожно-венерологического диспансера г. Саранска. Обследовано 115 больных псориазом (66 мужчин (57,4%), 49 женщин (42,6%)) в возрасте от 17 до 65 лет (средний возраст – 41,2±0,17 лет), находящихся на стационарном лечении в отделениях МРКВД за период с 2005 по 2007 годы.

Исследуемые больные были распределены на 2 группы.

Первая – группа сравнения – 85 больных (48 – мужчин, 37 – женщин) в возрасте от 16 до 65 лет (средний возраст – 40,1±1,7 лет), получивших стандартное лечение (СТ), предусмотренное протоколами ведения больных от 2001 г., состоящее из общефармакологической терапии: дезинтоксикационные – активированный уголь, полифепан; антигистаминные – димедрол, супрастин; гипосенсибилизирующие – 10%-ный р-р хлористого кальция и 30%-ный р-р тиосульфата натрия внутривенно, 10%-ный р-р глюконата кальция внутримышечно; седативные препараты – валериана, настойка пустырника; витаминотерапия – витамины группы В, А, Е; препараты, нормализующие процессы микроциркуляции – пентоксифиллин; местного и физиотерапевтического лечения [8].

Вульгарный псориаз диагностирован у 80 больных (94,1%), псориаз эритродермический – у 2-х (2,3%), себорейный псориаз – у 2-х (2,3%), псориаз волосистой части головы – у 1-го пациента (1,3%); поражение суставов имело место у 21 (24,7%), ногтевых пластинок – у 10 больных (11,8%). Зимняя форма псориаза зарегистрирована у 46 (54,1%) и смешанная – у 31 пациента (36,5%), впервые заболели 8 человек (9,4%). Средняя продолжительность заболевания составила 12,7±2,35 лет. Отягощенная наследственность (наличие псориаза у членов семьи) отмечена у 22 пациентов (25,9%).

Вторая исследуемая группа – 30 больных (18 мужчин (60%), 12 женщин (40%)) – в возрасте от 17 до 65 лет (средний возраст – 38,01±0,5 лет), которым в комплекс стандартного лечения был введен эмоксипин внутримышечно по 3,0 мл 1%-ного раствора один раз в сутки в течение 10 дней.

Вульгарный псориаз диагностирован у 26 больных (86,7%), псориаз эритродермический – у 2-х (6,6%), псориаз волосистой части головы – у 2-х (6,6%); поражение суставов имело место у 8 (26,7%), ногтевых пластинок – у 6 пациентов (20%). Зимняя форма псориаза зарегистрирована у 22 (73,3%) и смешанная – у 5 больных (16,7%), впервые заболели 3 человека (10%). Средняя продолжительность заболевания составила 11,5±1,3 лет. Отягощенная наследственность отмечена у 9 пациентов (30%).

Больные изучаемых групп были сопоставимы по полу, возрасту, давности патологического кожного процесса и наличию сопутствующей патологии с преобладанием патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы.

Все больные находились в прогрессирующей стадии заболевания. Патологический процесс преимущественно имел распространенный характер и был представлен при вульгарном папулезно-бляшечном псориазе – папулами и бляшками с четкими контурами, гиперемией, инфильтрацией, покрытыми асбестовидно-белыми чешуйко-корками; при псориаз эритродермический – сливными эритематозно-сквамозными участками с инфильтрацией и очагами лихенизации; диагноз псориаз эритродермический преимущественно был подтвержден рентгенологически (сужение суставной щели, явления остеоартроза), что сопровождалось болями различной интенсивности в области мелких суставов кистей и стоп, а также коленных, локтевых, тазобедренных); ногтевые пластинки были поражены по типу симптома «рабочей поверхности наперстка», онихогрифоза или онихолизиса. У всех больных методом поскабливания определялась патогномоничная псориаз эритродермическая триада: симптом «стеаринового» пятна, «терминальной» пленки и «кровавой росы» или точечного кровотечения.

Дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС), разработанный на кафедре кожных и венерических болезней Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, определялся по отдельным индексам морфологического и субъективного симптомов, входящих в симптомокомплекс заболевания. При данных исследованиях индексировались 9 симптомов: эритема, отек, эксфолиация, лихенизация, папулы, сухость, шелушение, трещины, зуд. Каждый из них оценивался по четырехбалльной шкале: от 0 до 3. Суммарная оценка – индекс шкалы симптомов на данный момент времени. Max. индекс = 27.

Негативное влияние кожного процесса на различные аспекты жизни больных нами оценивалось по цифровому Дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ), разработанному F.Y. Finlay (Уэльский университет, Великобритания), получаемому в результате ответов на вопросы предлагаемой анкеты. Чем выше индекс, тем сильнее болезнь «ухудшает» качество жизни. Max. индекс = 30 [9].

Текущее психическое состояние больных псориазом мы определяли по трем шкалам – самочувствие (сила, здоровье, утомление), активность (подвижность, скорость, темп протекания функций), настроение (характеристика эмоционального состояния), входящим в опросник SAN. Анкета состояла из 30 противоположных по смыслу характеристик. Суммарные результаты по каждому из трех состояний усреднялись и варьировали от одного (наихудший

показатель) до девяти (наилучший показатель). Кроме того, больные протестированы по методу Спилбергера с оценкой ситуативной и личностной тревожности [10].

Для определения степени тяжести и эффективности проводимой терапии нами использовались индексы PASI и PSS. Итоговый индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) равен сумме локальных PASI, вычисляемых по формуле: PASI = «Доля» x «Охват» x («Зуд» + «Краснота» + «Шелушение» + «Толщина»), определяемых по 4-балльной системе для каждой части тела: 0 = нет, 1 = слабо, 2 = умеренно, 3 = тяжело, 4 = максимум). Суммарный итоговый индекс PASI может изменяться в диапазоне от 0 до 96 условных единиц. Индекс определяли каждому больному до лечения и при выписке. Индекс PSS (Psoriasis Severity Score (Scale) вычисляли для всего тела в целом по формуле: PSS=1/6 x («Краснота» + «Шелушение» + «Инфильтрация») x Площадь поражения, определяемую правилом девятки [11].

Для оценки эффективности проводимой терапии использованы иммунологический метод исследования с определением иммуноглобулиновых фракций радиальной иммунодиффузией в геле по Манчини (1965) и циркулирующих иммунных комплексов малого диаметра методом преципитации с 3,5%-ным раствором полиэтиленгликоля [12] и клиническое наблюдение.

Контрольную группу составили 15 клинически здоровых доноров (мужчин – 12, женщин – 3) в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст – $38,4 \pm 10,2$ лет).

Пациенты до проведения обследования и лечения заполняли лист информированного согласия, где были ознакомлены со всем комплексом планируемых лечебно-диагностических мероприятий.

Клинические результаты лечения больных псориазом оценивались по следующим критериям: клиническое выздоровление – полное разрешение всех признаков острого или подострого воспаления кожи с образованием пятен вторичной пигментации; индекс PASI = 0; улучшение – разрешение симптомов заболевания более чем на 50 %, в очагах сохраняются умеренно выраженные отек кожи и эритема, единичные первичные и вторичные морфологические элементы; снижение индекса PASI до величины, составляющей менее 30% от исходной; без эффекта – отсутствие положительной динамики на фоне проводимой терапии.

Расчеты производились с помощью программы Microsoft Excel путем расчета средних арифметических (M) и ошибок средних ($\pm m$). Клиническая эффективность исследуемых методов лечения экземы оценивалась по критерию χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среднее значение ДИШС до начала лечения у больных I и II групп составило соответственно $11,74 \pm 0,98$ и $12,55 \pm 0,82$ и соответствовало средней степени тяжести состояния кожных покровов больных псориазом. Установлено достоверное снижение ДИШС на фоне СТ и с включением в ее состав эмоксипина соответственно до $6,84 \pm 0,63$ ($p < 0,001$) и $4,92 \pm 0,71$ ($p < 0,001$), т.е. на 41,74 и 60,8%, что свидетельствует об отсутствии полного регресса псориаза после проведенной терапии.

Произошла достоверная коррекция ДИКЖ больных псориазом. До лечения в I и II группах в среднем

индекс составлял соответственно $9,7 \pm 0,16$ и $10,5 \pm 0,21$, после стандартного лечения с введением эмоксипина – соответственно $5,33 \pm 0,27$ ($p < 0,001$) и $4,42 \pm 0,31$ ($p < 0,001$), т.е. достоверно снизился на 45,1 и 57,9%.

Согласно полученным данным тестов САН, у большинства больных псориазом самочувствие удовлетворительное. У больных плохая работоспособность, легко развивается утомление на фоне ощущения вялости и внутреннего дискомфорта. Часты соматические жалобы, особенно со стороны органов желудочно-кишечного тракта, печени, бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем. Больные испытывают усталость, нежелание заниматься каким-либо видом деятельности ввиду отсутствия заинтересованности в результатах своих действий. Настроение подавлено, угнетено, больные раздражительны, тревожны.

При оценке по Спилбергеру, больные псориазом имеют два уровня тревожности. Высокий: их охватывает сильное беспокойство, иногда без особой причины, и приходится прикладывать немалые усилия, чтобы не потерять контроль над собой; тоскливое, унылое состояние сочетается с нервозностью. Средний: охватывает немотивированное беспокойство и приходится прикладывать усилия, чтобы удерживать себя в руках, не впадая в депрессию и не проявляя излишней раздражительности.

Достоверного полного восстановления психического статуса больных после обоих видов проведенной терапии не произошло, мы имели лишь тенденцию к его улучшению на фоне применения эмоксипина.

Клинический индекс PASI у больных псориазом на фоне эмоксипина снизился к концу проводимой терапии с $18,7$ до $3,1$ ($p < 0,001$), на фоне стандартной терапии – с $17,64 \pm 1,44$ до $5,54 \pm 0,73$ ($p < 0,001$). Индекс PSS имел снижение при стандартной терапии с $15,71 \pm 0,32$ до $5,72 \pm 0,21$ ($p < 0,01$), на фоне исследуемой – с $14,52 \pm 0,42$ до $3,62 \pm 0,23$ ($p < 0,01$).

Согласно нашим данным, уровень IgA до лечения превышал данные здоровых доноров на 42,07% ($p < 0,05$), к концу лечения снизился на 1,73% ($p > 0,05$) с $281,1 \pm 51,27$ до $276,23 \pm 46,77\%$, оставаясь достоверно выше значений контроля в 1,4 раза ($p < 0,05$). Значения IgA, изначально превышающие показатель доноров на 35% ($p > 0,05$), в процессе лечения с введением в комплекс базовой терапии эмоксипина снизились на 1 % ($p > 0,05$), оставаясь выше контрольных цифр в 1,34 раза ($p > 0,05$). Уровень IgM до проведения курса стандартной терапии превышал данные контроля в 1,7 раза ($p < 0,01$), к концу лечения снизился на 6,7% ($p > 0,05$) с $195,77 \pm 26,37$ до $182,67 \pm 26,54\%$, оставаясь выше значений контрольных цифр на 61,65% ($p < 0,01$). IgM у больных II группы, изначально превышающие контрольные значения на 76% ($p < 0,01$), в процессе терапии снизились на 13% ($p > 0,05$), оставаясь повышенными в 1,6 раза ($p < 0,05$). Значения IgG изначально превышали показатель контроля в I группе на 3,6% ($p > 0,05$), во II – были ниже значений доноров на 1% ($p > 0,05$). В процессе проводимой терапии показатель вырос соответственно на 6 ($p > 0,05$) и 2 % ($p > 0,05$), оставаясь выше контрольных цифр на 2,3 и 1,35 % ($p > 0,05$).

Уровень ЦИК малого диаметра до и после курса СТ был выше показателя контроля в 2,5 и 2,3 раза соответственно ($p < 0,001$). В исследуемой группе больных значения ЦИК, превышающие изначально

данные контроля в 2,7 раза ($p < 0,001$), в процессе проводимой терапии снизились на 39,73% ($p < 0,05$), оставаясь выше контрольных значений в 1,9 раза ($p < 0,001$).

Начало улучшения патологического кожного процесса при псориазе на фоне стандартной терапии с применением эмоксипина наступило на 17,8 день ($p < 0,001$) (при стандартной терапии – на 23,3 день), продолжительность стационарного лечения составила 32 и 36 койко-дней соответственно при 30%-ной выписке больных с клиническим выздоровлением на фоне исследуемой терапии (при СТ – 12% больных выписаны с клиническим выздоровлением). Комплексное лечение с применением эмоксипина клинически достоверно эффективно по критерию χ^2 .

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно нашим данным, у больных псориазом наблюдаются определенные изменения со стороны иммунного статуса: высокие значения IgA ($p < 0,05$), имеющие только небольшую тенденцию к снижению при обоих видах проводимой терапии; изначально высокий уровень IgM ($p < 0,05$), незначительно снижающийся на фоне проводимого лечения; показатель IgG без значимой динамики; высокие значения ЦИК малого диаметра ($p < 0,001$), имеющие достоверное снижение в 1,4 раза ($p < 0,05$) на фоне лечения с применением эмоксипина. По данным литературы, 47% внутриклеточных (эпидермальных) антител составляют JgM, в то же время, фракция JgM сыворотки крови является специфическим антителом к кератину; ее количество коррелирует с тяжестью кожного процесса [13,14]. Таким образом, наличие в сыворотке крови больных псориазом высоких значений JgM, по-видимому, может говорить о наличии у больных аутоиммунных процессов, что может иметь патогенетическое значение в развитии дерматоза.

Для клинической оценки состояния кожных покровов обследуемых больных псориазом определялись индексы PASI и PSS, достоверно снижающиеся на фоне изучаемых вариантов терапии, причем более значимо при введении в комплекс лечения эмоксипина, что способствовало более высокой клинической эффективности терапии дерматоза, восстановлению трудоспособности пациентов. Таким образом, исследуемая терапия псориаза оказала корректирующее воздействие на динамику клинической картины дерматоза, способствовала уменьшению сроков госпитализации пациентов, а это патогенетически и экономически обуславливает применение данного метода лечения в практическом здравоохранении.

В то же время, учитывая выявленные частые соматические жалобы пациентов, особенно со стороны органов желудочно-кишечного тракта, печени, бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем, при наличии усталости, тревожности, беспокойства, раздражительности, частого плохого настроения необходимо проведение соматической восстановительной коррекции соответствующими клиническими специалистами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплексное воздействие препаратов стандартной терапии и эмоксипина повышает клиническую эффективность лечения псориаза, корректируя уровень циркулирующих иммунных комплексов в периферической крови. Выявленные

психические расстройства, проявляющиеся в виде социально-психологической дезадаптации (тесты САН, Спилберга, ДИКЖ), требуют разработки методов психотерапевтической, в том числе фармакологической коррекции; наличие патологий со стороны желудочно-кишечного тракта, печени, бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем – восстановительной, в том числе медикаментозной коррекции с целью увеличения продолжительности клинической ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Довжанский С.И. Патогенез и клиника хронических дерматозов у больных пожилого и старческого возраста // Вестн. дерматол. и венерол. – 2002. – № 6. – С. 8-11.
2. Прохоренков В.И., Вандышева Т.М., Терещенко С.Ю. Структурно-функциональное состояние мембран лимфоцитов у больных псориазом // Вестн. дерматол. и венерол. – 2003. – № 2. – С. 21-23.
3. Костянова Е.Н. Измерение показателей окислительного стресса у больных псориазом // Мат-лы конф., посвящ. памяти А.Л. Машкиллейсона. – 2004. – С. 73-74.
4. Маркушева Л.И., Самсонов В.А., Саруханова А.Г., Саватеева М.В. Оценка продукции различных цитокинов у больных псориазом // Вестн. дерматол. и венерол. – 2004. – № 4. – С. 4-6.
5. Greaves M.W., Weinstein G.D. Treatment of psoriasis. // N. Engl. J. Med. – 1995. – Vol. 322. – P. 581-588.
6. Гришко Т.Н., Опарин Р.Б. Применение крема «Апулеин» в терапии кожных заболеваний у детей // Вестн. дерматол. и венерол. – 2000. – № 2. – С. 39-40.
7. Гуськова Т.А., Либерман С.С. Эмоксипин. Молекулярные и биохимические механизмы действия, фармакологические свойства, клиническое применение // Химико-фармацевтич. журн. – 1994. – № 11. – С. 8-11.
8. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и заболеваний кожи. Протоколы ведения больных. – М. – 2001. – 128 с.
9. Айзятюлов Р.Ф. Клиническая дерматология. – Донецк: Донетчина. – 2002. – 287 с.
10. Смулевич А.Б., Дороженюк И.Ю., Белоусова Т.А. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицина. – 2003. – 154 с.
11. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз или псориагическая болезнь. Ч. 1. – Саратов, 1992. – 175 с.
12. Лебедь К.А., Понякина И.Д. Иммунограмма в клинической практике. – М.: Наука, 1990. – 224 с.
13. Westphal H.J., Hopsu-Havu V.K., Joronen Iris, Kaben Ursula. Prazipitierende Keratin-Antikörper bei Psoriasis vulgaris // Dermatol. Monatsschr. – 1989. – Bd. 175. – № 5. – S. 268-281.
14. Wollina U., Scharschmidt H., Koch H.J. Direkte immunfluoreszenzuntersuchung tersuchung aktiver Psoriasis herde // Dermatol. Monatsschr. – 1989. – Bd. 175. – № 5. – S. 282-285.

РЕЗЮМЕ

Проведены исследования 115 больных псориазом (66 мужчин (57,4%), 49 женщин (42,6%)) в возрасте от 17 до 65 лет (средний возраст – 41,2±0,17 лет), находящихся на стационарном лечении в отделениях МРКВД за период с 2005 по 2007 годы, с согласия пациентов при заполнении ими листа информированного согласия. В состав стандартной терапии 30 больных псориазом введен эмоксипин – препарат антиоксидантного типа действия, производное 3-оксиридина – внутримышечно по 3,0 мл 1%-ного раствора один раз в сутки в течение 10 дней. Больные протестированы по опроснику САН методом Спилберга высчитаны ДИКЖ и ДИШС, выявлены изменения со стороны иммунного статуса. Показана клиническая эффективность эмоксипина, введенного в комплекс стандартной терапии псориаза и необходимость проведения больным психотерапевтической, в том числе фармакологической и иммунологической коррекции.

ABSTRACT

115 patients with psoriasis (male – 66 (57, 4%), female – 49 (42, 6%)) in aged from 17 to 65 years (average age – 41, 2±0, 17 years) were observed. All patients were on a hospital treatment in MRDVIH in a period from 2005 to 2007. The research was provided with forms of information agreement. Derivative of 3-oxipiridin – emoxipine with antioxidant type of activity was used (3,0 ml 1% solution intramuscular once per day during 10 days period) as a complement to standard therapy of 30 patients with psoriasis. The patients were tested by Wealth Activity Mood (WAM) questionnaire and by Spilberg's method; Dermatological Index of Life Quality (DILQ) and Dermatological Index of Symptom's Scale (DISS) were counted, changes of immune status were founded. Clinical effectivity of emoxipine as a complement to standard therapy of psoriasis and necessity of psychological, pharmacological and immunological correction for patients were showed.