

Методы фототерапии в лечении и профилактике хронических дерматозов

С.А. МОНАХОВ¹, М.А. ПЕРМИНОВА², Р.А. ШАБЛИЙ², Н.Б. КОРЧАЖКИНА³, О.Ю. ОЛИСОВА¹

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России;

²Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер, Югра; ³ИГПО «ФМБЦ им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, Москва

The methods of phototherapy for the treatment and prevention of chronic dermatoses

S.A. MONAKHOV¹, M.A. PERMINOVA², R.A. SHABLIY², N.B. KORCHAZHKINA³, O.YU. OLISOVA¹

¹Department of Skin and Venereal Diseases, Faculty of Medicine, State budgetary educational institution of higher professional education «I.M. Sechenov First Moscow State Medical University», Russian Ministry of Health and Social Development; ²Khanty-Mansi Clinical Dermatovenerological Dispensary, Yugra; ³Department of Rehabilitative and Sports Medicine, Kinesitherapy, Balneotherapy and Physiotherapy, Institute of Postgraduate Professional Education at the A.I. Burnazyan Medical Biophysical Centre, Federal Medico-Biological Agency

Представлены результаты лечения 70 больных атопическим дерматитом при помощи разновидности фототерапии — поляризованного света, генерируемого медицинскими лампами Biopton-2, Biopton compact. Эффективность проводимой терапии оценивалась по динамике кожного статуса и изменению дерматологического индекса качества жизни.

Ключевые слова: атопический дерматит, фототерапия, поляризованный свет, дерматологический индекс качества жизни.

This paper reports the results of the treatment of 70 patients presenting with atopic dermatitis using a variant of phototherapy (polarized light generated by Biopton-2 and Biopton compact medical lamps). The efficacy of the treatment was estimated based on the dynamics of the skin conditions and variations of the dermatological index of the quality of life.

Key words: atopic dermatitis, phototherapy, polarized light, dermatological index of the quality of life.

Среди хронических воспалительных дерматозов неинфекционного генеза атопический дерматит (АтД) занимает особое положение. В середине прошлого столетия на кафедре кожных и венерических болезней 1-го ММИ им. И.М. Сеченова под руководством член-корр. РАМН, проф. В.А. Рахманова было доказано благотворное влияние климатотерапии на больных АтД. Непрерывное нахождение больного в сухом жарком климате на протяжении 2—3 лет у подавляющего числа пациентов реализуется в состояние клинического излечения.

На современном этапе развития медицинской науки и практического здравоохранения восстановительная медицина обеспечивает не только научное обоснование, но и возможность практического системного применения немедикаментозных технологий в комплексной терапии заболеваний, использование их в профилактике и медицинской реабилитации с учетом адаптивных возможностей организма. Преимущества немедикаментозных методов восстановительной коррекции функциональных резервов основываются, прежде всего, на активации эндогенных биорегуляторов, что обеспечивает отсутствие явлений тахифилаксии, аллерги-

ческих, токсических и других побочных эффектов, свойственных медикаментозной терапии и позволяет снижать эффективную терапевтическую дозу лекарств или полностью обходиться без них [7, 8]. Одной из основных задач восстановительной медицины является разработка технологий использования лечебных физических факторов в целях активного восстановления нарушенного болезнью функционального состояния систем организма.

В последние годы большое внимание уделяется использованию естественных и преформированных физических факторов в восстановительной медицине и профилактике кожных заболеваний. Среди аппаратных физиотерапевтических методов, применяемых в дерматологии, по-прежнему основное место занимает фотолечение [2, 4]. Патогенетическая направленность различных видов фототерапии, возможность влиять на регуляторные системы организма в сочетании с непосредственным воздействием на функциональное состояние кожи делают

Сведения об авторах:

Монахов Сергей Анатольевич — канд. мед. наук, ассистент (samskin@yandex.ru); Перминова Мария Александровна — аспирант; Шаблий Раиса Александровна — аспирант; Корчажкина Наталья Борисовна — д-р мед. наук, проф.; Олисова Ольга Юрьевна — д-р мед. наук, проф.

это направление физиотерапии приоритетным применительно к кожным заболеваниям. В полной мере это относится и к АтД.

АтД является серьезной медицинской и социальной проблемой, значимость которой определяется, прежде всего, его широким распространением. По данным ВОЗ, распространенность АтД за последнее десятилетие увеличилась в 2 раза, им страдает 5—20% населения планеты [9]. Рост заболеваемости, прежде всего, связан с экологическим прессингом, аллергизацией населения, нерациональной вакцинацией, несоблюдением плановых мероприятий по профилактике АтД [3, 11]. Проблема АтД охватывает сферу деятельности врачей многих специальностей: аллергологов, дерматологов, педиатров, физиотерапевтов. Заболевание относится к числу дерматозов, в этиологии и патогенезе которых до настоящего времени остается много сложных и нерешенных аспектов [3, 9]. В научно-исследовательском плане весьма актуальным продолжает оставаться необходимость дальнейших исследований механизмов этого заболевания и на их основе разработка и совершенствование физиотерапевтических возможностей при различных проявлениях АтД, в том числе и мероприятий, направленных на профилактику обострений.

В каждой возрастной группе АтД имеет свои специфические проблемы. У взрослых — это, прежде всего, социально-поведенческие стороны жизни, дополняемые экономическими, когда при частых обострениях и особенно госпитализациях ущемляются возможности больного к полноценной жизнедеятельности, что в целом приводит к общему снижению качества жизни пациентов, их социальной дезадаптации [6, 9]. В данном контексте лечебное применение методов фототерапии при АтД, прежде всего, направлено на нормализацию нейрогуморальной регуляции иммунологической реактивности, повышение адаптивных и компенсаторных возможностей организма, улучшение кровообращения и метаболизма в коже. В последние годы появились работы, свидетельствующие об эффективности применения различных видов фототерапии при АтД [3, 10]. В 1981 г. впервые венгерскими учеными, занимавшимися лазером, было установлено, что биологическая активность лазерного излучения обусловлена, прежде всего, поляризацией. На основании полученных данных был предложен и научно обоснован новый, более щадящий вид фототерапии — поляризованный свет (Пайлер-свет), представляющий полихроматическое (разные длины волн) некогерентное излучение низкой интенсивности. Биостимулирующее воздействие света на клеточную ткань известно давно. Поляризованный некогерентный свет (ПС) физиологически воздействует на обменные процессы клетки, улучшает их регенерацию, обладает иммуномодулирующим

действием, опосредованно влияет на защитные системы организма [10]. ПС включает видимую часть света без ультрафиолетового диапазона и часть инфракрасного (длина волны от 460 до 3400 нм). Отсутствие ультрафиолетовой части спектра делает ПС безопасным. ПС оказывает более мягкое по сравнению с лазерным излучением действие, не обладает повреждающим действием, не требует защиты глаз. Многочисленными экспериментальными исследованиями, проведенными в нашей стране и за рубежом, была доказана безопасность этого физического фактора. Воздействуя на клетки эпидермиса, ПС улучшает микроциркуляцию, усиливает обменно-трофические процессы [10]. При применении ПС происходит активация иммунокомпетентных клеток кожи. Имеются данные, свидетельствующие о фотомодифицирующем действии ПС на форменные элементы крови, что сопровождается усилением продукции иммуноглобулинов, фагоцитарной активности [1]. Все это способствует выраженному противовоспалительному антиаллергическому и иммуностимулирующему действию ПС. Аппарат Биоптрон (Швейцария) генерирует видимую и инфракрасную часть спектра солнечного света (от 480 до 3400 нм), исключая ультрафиолетовый диапазон, что делает его безопасным для организма. В настоящее время Пайлер-терапия с успехом применяется в комплексном лечении аллергических заболеваний, хронической экземы, кожного зуда, пиодермий и других болезней [5]. Все это послужило основанием для включения данного физического фактора в программу медицинской реабилитации и профилактики обострений у больных АтД.

Для проведения фототерапии применялись медицинские лампы Bioptron-2, Bioptron compact (рег. №2000/44 Швейцария). Противопоказания для проведения процедур с использованием ПС: общие противопоказания к проведению физиотерапии, фотодерматозы. Для оценки эффективности использовались следующие критерии: дерматологический статус, определение сывороточных иммуноглобулинов. Содержание иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови определяли методом радиальной иммунодиффузии по Manchini с помощью моноспецифических антисывороток и стандартов. Также проводилось анкетирование пациентов с определением дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Под наблюдением на протяжении 48 нед находились 70 больных АтД в период ремиссии, составившие основную группу, в возрасте от 15 до 38 лет (средний возраст $17,3 \pm 2,2$ года) со средней продолжительностью заболевания $16,1 \pm 3,1$ года, с частотой обострений у большинства (84,6%) больных $4,7 \pm 0,8$ раза в год, преимущественно в холодное время года. У 86,2% пациентов коэффициент отягощенности сопутствующими соматическими заболеваниями

составлял 2,9. При последнем обострении все пациенты получали комплексное фармако-физиотерапевтическое лечение. Контрольную группу составили пациенты ($n=30$) с АтД, которые в период между обострениями не получали профилактического лечения.

Воздействие ПС при наличии хронических очагов проводили локально на очаг патологического процесса и на рефлекторно-сегментарные зоны, паравертебрально на шейно-грудной отдел и на пояснично-крестцовую область. У 25 (35,7%) пациентов основной группы после последнего курса лечения оставались единичные ограниченные хронические очаги с локализацией на задней поверхности шеи и в области локтевых сгибов. Использовали аппарат Виортрон-2 с облучением на расстоянии 15 см. Суммарная экспозиция составляла 10—12 мин, воздействие на одно поле занимало 2—5 мин, за одну процедуру облучению подвергались 1—4 поля. Курс составлял 8—12 процедур.

При констатации полной клинической ремиссии (отсутствие высыпаний) у 45 (64,3%) пациентов воздействие аппаратом Виортрон контраст на расстоянии 5 см проводили паравертебрально на рефлекторно-сегментарные зоны в шейно-грудном отделе позвоночника и в пояснично-крестцовой области по 2—4 мин на одно поле, общей продолжительностью 10—12 мин, на курс 8—10 процедур. Повторные курсы проводили при необходимости через 3 мес. Все пациенты отмечали хорошую переносимость процедур, побочных реакций не отмечалось, из ощущений больные отмечали легкое, приятное тепло в зоне воздействия.

Наблюдения, проведенные в течение 48 нед, свидетельствуют о стойкости терапевтического эффекта, что выражалось в сокращении количества рецидивов, улучшении качества жизни больных. Количество рецидивов в год снизилось на 57,5% в основной группе по сравнению с контрольной ($p<0,05$). Был отмечен общий оздоровительный эффект: снижение частоты респираторно-вирусных заболеваний, уменьшение частоты обострений сопутствующей соматической патологии. Установлено иммуномодулирующее действие Пайлер-терапии, проявляющееся повышением содержания иммуноглобулинов классов А и М, и снижением иммуноглобулина класса G (см. таблицу).

При определенных обстоятельствах оценка пациентами своего состояния (качество жизни) является самым важным показателем физического, эмоционального и социального благополучия, которое изменяется под влиянием заболевания или его лечения [6]. Считается, что наступление ремиссии уже само по себе улучшает качество жизни больных. Несмотря на то что во многих случаях это утверждение справедливо, в ряде клинических ситуаций при оценке КЖ результаты оказываются весьма неожиданными. При длительно протекающих, хронических, часто рецидивирующих дерматозах, таких как АтД, даже в период ремиссии ДИКЖ бывает значительно выше, чем сразу после лечения. По-видимому, это объясняется тревожным состоянием больного, ожиданием наступления очередного обострения, переживаниями по поводу заболевания. Поэтому в целом можно говорить, что при хронических дерматозах в периоде ремиссии качество жизни является основным критерием оценки здоровья пациента.

До начала терапии ДИКЖ в основной группе составлял $8,1\pm 0,2$ балла, через 3 мес показатель снизился до $2,8\pm 0,6$ балла ($p<0,05$). После последнего лечения ДИКЖ в группе сравнения составлял $3,2\pm 0,6$ балла, а после проведенного профилактического физиотерапевтического лечения — $2,8\pm 0,2$ балла ($p>0,05$). Эти данные говорят о том, что реабилитационные профилактические мероприятия улучшают физическое и эмоциональное состояние больных АтД, что в свою очередь отражается на социально-семейном благополучии и качестве повседневной жизни.

Таким образом, данное клиническое исследование показало высокую эффективность полихроматического некогерентного ПС (Пайлер-терапии) при использовании у больных АтД в межрецидивный период, особенно при сопутствующей соматической патологии, частых респираторно-вирусных инфекциях, что позволяет рекомендовать этот метод на всех этапах восстановительного лечения и реабилитации (стационар, поликлиника, реабилитационный центр, санаторий). Применение Пайлер-терапии в периоде ремиссии у больных АтД повышает адаптационные свойства организма, укрепляет общее состояние пациентов, способствует снижению частоты (в среднем частота рецидивов снизилась на

Показатели гуморального звена иммунитета у больных АтД до и после лечения ($M\pm m$)

Показатель	IgA, г/л	IgM, г/л	IgG, г/л
До лечения ($n=70$)	$3,3\pm 0,4$	$1,8\pm 0,2$	$19,4\pm 3,6$
После лечения ($n=70$)	$4,1\pm 0,3^*$	$2,8\pm 0,3^*$	$11,2\pm 2,5^*$
Контрольная группа ($n=30$)	$2,9\pm 0,3$	$1,7\pm 0,2$	$15,1\pm 2,8$

Примечание. *— $p<0,05$ по сравнению с контрольной группой.

60%; $p < 0,05$) и тяжести обострений кожного процесса. В соответствии с новой парадигмой клинической медицины качество жизни является главной целью реабилитационных мероприятий в инкурабельной

стадии заболевания. Включение в комплекс медицинских реабилитационных мероприятий физиотерапевтических методов значительно улучшает качество жизни больных АтД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. М: Медицина 1999; 328—330.
2. Владимиров В.В. Светотерапия в лечении кожных болезней. Les nouvelles esthetiques. 2003; 2: 90—96.
3. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Таганов А.В., Можеенко А.В. Атопический дерматит у детей: Руководство для врачей. Тверь: Триада 2003.
4. Микрюков А.В., Олисова О.Ю., Верхотурова Е.Г. Фототерапия узкого спектра 311 нм в дерматологии. В кн.: Материалы VII Всероссийской науч.-практ. конф. «Социально значимые заболевания в дерматовенерологии». М 2007; 65—66.
5. Иванов О.Л., Халдин А.А., Кочергин Н.Г., Монахов С.А. Применение полихроматического некогерентного поляризованного света в дерматологии, косметологии и эстетической медицине: Метод. рекомендации. М: Zepiter 2008.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб 2002.
7. Разумов А.Н., Бобровицкий И.П. Научные основы концепции восстановительной медицины и актуальные направления ее реализации в системе здравоохранения. Вестн восстановит мед 2002; 1: 3—9.
8. Здоровье здорового человека: научные основы восстановительной медицины. Разумов А.Н., Покровский В.И., Сточик А.М. и др. М 2007; 15—24.
9. Хаитов Р.М., Кубанова А.А., ред. Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей. М: Фармарус Принт 2002; 112—125.
10. Новые технологии физиотерапии при бронхиальной астме у детей: Пособие для врачей. Хан М.А., Конова О.М., Балаболкин И.И. и др. М 2006.
11. Mar A., Marks R. Prevention of atopic dermatitis. In: Williams H.C., ed. Atopic dermatitis. Cambridge: Cambridge University Press, 2000; 205—218.

Поступила 01.04.2012