

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ЛЕЧЕБНЫМ ПЛАЗМАФЕРЕЗОМ

Мадашева А.Г.¹, Жураева М.З.²

¹Мадашева Анажон Газхановна – ассистент
курс гематологии,

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд;

²Жураева Муниса Закировна – ассистент,
кафедра гематологии,

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент,
Республика Узбекистан

Аннотация: представлены данные по клинической картине тяжелых форм псориаза. Приведены результаты комплексной терапии, включающей процедуру плазмафереза в сочетании со стандартными методами лечения. Результаты проведенного исследования показали, что данный алгоритм терапии позволил сократить время пребывания в стационаре, а также продлить ремиссию заболевания.

Ключевые слова: псориаз, клиника, плазмаферез, фармакотерапия, биохимические показатели.

Актуальность. Учение о псориазе имеет многовековую историю. По свидетельству Роберта Виллана (Willan, 1809), термин «psoriasis» впервые применил знаменитый римский врач и естествоиспытатель Клавдий Гален (ок. 129 г. - ок. 201 г. до н.э.). Однако «psoriasis» от Гален называл поражение век и углов глаз с образованием чешуек, а также чешуйчатое поражение кожи мошонки со значительным зудом и экскориациями [23-26].

Псориаз - распространенный хронический воспалительный дерматоз мультифакторной природы, ассоциированный с такими системными заболеваниями и состояниями, как ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия и метаболический синдром, а также с повышенным риском сердечно -сосудистых заболеваний, инфаркт миокарда и инсульт [7-9]. Несмотря на пристальное внимание ученых к вопросам разработки новых методов лечения и профилактики заболевания, псориаз и сегодня остается актуальной проблемой дерматологии. Распространенность данного дерматоза продолжает расти как в Узбекистане, так и за рубежом. Отдельного внимания заслуживают тяжелые распространенные формы заболевания, а именно экссудативный, эритродермический, псориазический артрит. Самой частой разновидностью заболевания является хронический бляшечный псориаз, характеризующийся четко очерченными папулами и бляшками, покрытыми серебристо-белыми чешуйками. Сыпь как правило, симметрична, однако возможно и одностороннее, зостериформное расположение бляшек. Высыпания могут держаться месяцами и годами, локализуясь в одной или нескольких «излюбленных» областях: на коже волосистой части головы, локтей, коленей, ладоней и подошв, пояснично-крестцовой области, межъягодичной складки [11-18].

Псориазическая эритродермия может развиваться за счет постепенного прогрессирования псориазического процесса, слияния бляшечных элементов. Данная форма заболевания развивается чаще вследствие воздействия неблагоприятных факторов, а именно избыточной инсоляции, передозировки ультрафиолетовых лучей и назначения их в прогрессирующей стадии заболевания. Привести к эритродермии могут нерациональная наружная терапия, в том числе применение раздражающих средств до перехода процесса в стационарную стадию, назначение антималярийных препаратов, пенициллина и других препаратов, резкая отмена глюкокортикостероидов [26-30]. Псориазическая эритродермия характеризуется поражением практически всего кожного покрова. Кожа приобретает ярко-красный цвет, становится отечной, в различной степени инфильтрированной, отмечается обильное мелко- и крупнопластинчатое шелушение. Нередко состояние сопровождается сильным зудом. Псориазической эритродермии сопутствует изменение общего состояния: появляется слабость, недомогание, высокая температура, снижение аппетита. Состояние сопровождается глубокими метаболическими нарушениями [14-18].

Псориазический артрит развивается у 5.94-23,9% пациентов и более, страдающих псориазом. Псориазический артрит может предшествовать высыпаниям на коже, дебютировать одновременно или наступить после кожных проявлений. В 75% случаев поражение кожи предшествует артриту, в 10% происходит одновременно, в 15% случаев псориазический артрит может предшествовать высыпаниям на коже [9-11].

Рентгенологически различные изменения костно-суставного аппарата могут обнаруживаться без клинических признаков поражений суставов. Наиболее часто это околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей, остеофиты, кистозные просветления костной ткани, реже – эрозии костей, анкилозы мелких суставов [6-9].

Псориазический артрит, развившийся на фоне эритродермии или пустулезного псориаза, часто протекает тяжело, с нарушением общего состояния и функции внутренних органов. За рубежом и в Российской Федерации комплексной терапии псориаза, а также ряда других дерматозов широкое применение нашли экстракорпоральные методы, в частности мембранный плазмаферез,

зарекомендовавший себя как дополнительный метод в качестве высокоэффективного средства лечения многих заболеваний. Эффективное лечение псориаза и его тяжелых форм является актуальной проблемой медицины. Требуется более широкое изучение и внедрения в лечебную практику такой метод как плазмаферез (ПФ) [14-18]. ПФ оказывает очень хороший эффект, в первую очередь в лечении тяжелых форм псориаза, это один из видов эфферентной терапии, направленной на выведение из организма различных патологических продуктов (лат. efferens – удаление) [11-18]. В нашей стране также накоплен положительный опыт применения плазмафереза в терапии кожных заболеваний, однако в силу различных причин методика применяется реже.

При псориазе плазмаферез показан больным с эритродермией, а также пациентам с экссудативной формой заболевания. Имеются сообщения об эффективности данного метода в качестве дополнительного лечения при псориатическом артрите. При псориазе курс лечения состоит из 7-10 процедур с интервалом 1-2 дня с удалением по 800-1000 мл плазмы за одну процедуру. После первой процедуры плазмафереза уровень циркулирующих иммунных комплексов в крови возрастает (феномен рикошета), что свидетельствует о перемещении их из тканей в кровяное русло, в связи с чем возможно обострение патологического процесса. Последующие процедуры сопровождаются ускоренным разрешением высыпаний на коже [5,9]. Возможно разделение терапии псориаза с использованием плазмафереза на два этапа: на 1 этап проводят курс плазмафереза, а в последующем, при стабилизации патологического процесса и отсутствии свежих высыпаний переходят ко 2 этапу – к назначению ультрафиолетового облучения, фотохимиотерапии, цитостатиков или синтетических ретиноидов. Критериями эффективности лечения служат снижение инфильтрации и последующий регресс папул и бляшек, увеличение количества Т-лимфоцитов, стимуляция фагоцитирующей активности нейтрофилов, элиминация из крови циркулирующих иммунных комплексов. Проведение 2-3 курсов такой терапии приводило к клиническому улучшению у 78% больных.

Цель исследования. Изучить влияние плазмафереза на эффективность комплексной терапии тяжелых форм псориаза и сопоставит биохимические показатели

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 47 пациента с торпидным плохо поддающимся лечению псориатическим процессом на коже. У части пациентов высыпаниями на коже сопутствовал псориатический артрит. Все пациенты получали ранее методики и препараты «резерва»: ПУВА –терапия, метотрексат, системные ретиноиды. Больные в возрасте от 21 до 61 лет, (средний возраст $41,1 \pm 1,7$ лет), с длительностью заболевания от 3 до 33 лет, проходившие курс стационарного лечения в дерматологическом отделении Самаркандском городском и областном кож- вен диспансере. Период госпитализации составлял от 21 до 30 дней. Всех больных разделили на 2 группы. В 1-ю группу вошли 27(53,4) больных(11 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 27до 61 лет (средний возраст $43,8 \pm 2,2$ лет). Во 2-ю группу вошли 20(46,6%) пациентов (11 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 31 до 59лет(средний возраст от $44,7 \pm 2,8$), получивших лечебный плазмаферез. Пациенты получали комбинированную терапию, включающую дезинтоксикационные средства (Сорбалак 0,9% раствор натрия хлорида), гепатопротекторы, седативные и антигистаминные препараты(при наличии выраженного зуда), наружные средства. Больные второй группы в комплексную фармакотерапию включен мембранный плазмаферез. До начала плазмафереза больным проводили: ЭКГ и лабораторные обследование, включавшее клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, исследования методом иммуноферментного анализа на сифилис, гепатит В, С и ВИЧ- инфекцию. Клинический анализ крови и мочи у больных псориазом находились в пределах возрастной нормы. В результате биохимических исследований крови до лечения у больных были выявлены повышения уровней щелочной фосфатазы (ЩФ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), а также общего билирубина. Изменение липидных показателей в сыворотке крови до лечения у больных псориазом были выражены в увеличении количества общих липидов(ОЛ) при незначительном снижении холестерина (ХС) и увеличении триглицеридов (ТГ). Процедуру проводили на портативном аппарате Гемофеникс - Российского производства, с помощью фильтра ПФМ-ТТ «Роса» с магистральями одноразового применения. Объем удаляемой плазмы составлял 600-800 мл на каждый сеанс, курсом по 8-10 сеансов через день. В качестве замещающей жидкости использовали 0,9% раствор хлорида натрия по 500,0 мл. Результаты терапии оценивали по степени очищения кожи от псориатических высыпаний (PASI индекс распространенности и тяжести псориаза, диапазон 1-72 балла) и длительности лечения. DLQI (Дерматологический индекс качества жизни, диапазон 1-30 баллов).

Результаты и обсуждение: согласно нашим наблюдениям, наиболее эффективной оказалась методика комбинированной терапии с включением процедур плазмафереза, что отразилось в ходе оценки индексов PASI и DLQI, а также динамики биохимического анализа крови. На момент выписки пациенты второй группы которые получали медикаментозное лечение и плазмаферез существенно опережали первую группу по PASI и DLQI. В отношении динамики показателей биохимического анализа крови было отмечено следующее: у пациентов 2-й группы наблюдалась более выраженная нормализация печеночных трансаминаз. В клиническом анализе крови не было выявлено выраженных изменений, непосредственно связанных с каким –либо конкретным методом терапии. Если до лечения отмечались отклонения в ту или иную сторону, то на момент выписки большинства показателей приблизились или достигли границ нормальных значений как у первой так и у второй группы. Следует отметить, что у

пациентов 2-й группы клиническое выздоровление наступило быстрее, а период ремиссии, согласно данным наблюдения в течение 1,5 года, у этой группы пациентов удлинился.

Выводы: Таким образом, сопоставляя результаты 1-й и 2-й группы больных позволяют утверждать, что методика комплексной фармакотерапии псориаза в сочетании с плазмаферезом позволит сократить время пребывания в стационаре, продлить ремиссию заболевания, а в перспективе возможно снизить дозировку или даже отказаться от использования препаратов резерва, обладающих токсичными свойствами и множеством побочных эффектов. Ввиду широкого применения плазмафереза в различных отраслях медицины целесообразно внедрение данного метода в клиническую практику для лечения псориаза. Благодаря простоте и доступности используемых средств делает процедуру ПФ безопаснее. В ходе такой обработки из плазмы удаляется от 30 до 50 % таких метаболитов, как липопротеины, продукты деградации фибриногена- фибрина, коллаген, бактерии, вирусы, грибы, ЦИК, Ig M,A,G более 80% криоглобулинов, около 90% фибронектина.

Список литературы

1. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент. 1996.
2. *Давлатов С.С.* Новый метод детоксикации организма в лечении больных гнойным холангитом //Журнал МедиАль, 2013. № 3 (8).
3. *Давлатов С.С.* Дифференцированный подход к лечению больных с холангитом //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука, 2015. Т. 68. № 4.
4. *Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.* Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом //Вестник Российского государственного медицинского университета, 2006. № 2. С. 250-250.
5. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей //Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1.
6. *Мадашева А.Г., Махмудова А.Д.* Клинико-неврологические и нейромиеографические сопоставления у больных гемофилией //Врач-аспирант, 2012. № 5. С. 38.
7. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
8. *Хамракулова Н.О., Хушвакова Н.Ж., Дадажанов У.Д.* Цитологические особенности применения раствора Декасан и озонотерапии в лечении хронического экссудативного среднего отита при хроническом лейкозе //Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2014. № 2-3.
9. *Юсупов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // Педиатрия, 2009. Т. 61. № 7.
10. *Юсупов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей //Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.
11. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей. / Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение // Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
12. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Из-во «Ибн-Сино, 2001.
13. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
14. *Шамсиев А.М., Зайниев С.С.* Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.
15. *Шамсиев Ж.А.* Декомпрессия кишечника в комплексе лечения разлитого гнойного перитонита, осложненного паралитической кишечной непроходимостью у детей: Дисс..... канд. мед. наук // Шамсиев Ж.А. Автореф. канд. дисс. Ташкент, 2003.
16. *Шамсиев Ж.А. и др.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени //European science, 2017. № 7 (29).
17. *Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аинов Р.Р.* Ультразвуковая сонография в диагностике аноректальных мальформаций у детей // Колопроктология, 2017. № 3S. С. 49а-50.
18. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
19. *Шамсиев Р.А.* Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
20. *Davlatov S.S. et al.* Plasmapheresis in the treatment of cholemic endotoxemia // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 30-31.
21. *Kasimov S. et al.* Hemosorption In Complex Management Of Hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8. С. 548.
22. *Kasimov S.Z., Davlatov S.S.* Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome //ББК 51.1+ 74.58 Қ 22, 2013. С. 85.

23. *Rakhmanov K.E. et al.* The treatment of patients with major bile duct injuries // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 33-34.
24. *Saydullayev Z.Y. et al.* Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 101-107.
25. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // *Klinicheskaia khirurgiia*, 1981. № 6. С. 78.
26. *Sayit I.* Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication // *European science review*, 2016. № 7-8.
27. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомиєліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
28. *Shamsiyev A., Davlatov S.* A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // *International Journal of Medical and Health Research*, 2017. С. 80-83.
29. *Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K.* Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2016. Т. 26. №. 2.
30. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // *Journal of Experimental and Clinical Surgery*, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.