

УДК 616.831.03:616.5

© О. А. Проценко, А. В. Борисенко, 2009.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОТОТЕРАПИИ УЗКОГО СПЕКТРА 311НМ В ЛЕЧЕНИИ ЛИХЕНОИДНЫХ ДЕРМАТОЗОВ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ БОЛЬНЫХ

О. А. Проценко, А. В. Борисенко

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.*

### THE CLINICAL EFFECIENCY PHOTOTHERAPY UVB NARROWBAND OF LICHENOID'S DERMATOSIS IN HIV-POSITIVE PATHIENTS

O. A. Protsenko, A. V. Borisenko

## SUMMARY

The peculiarities of clinic and treatment of lichenoid dermatosis at 36 HIV-positive patients with different stage of infection are present. The clinical efficiency of UVB narrowband phototherapy (NB UVB – 311 nm) are presented.

### ЕФЕКТИВНІСТЬ ФОТОТЕРАПІЇ ВУЗКОГО СПЕКТРУ 311НМ В ЛІКУВАННІ ЛІХЕНОЇДНИХ ДЕРМАТОЗІВ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ХВОРИХ

О. А. Проценко, А.В. Борисенко

## РЕЗЮМЕ

Представлено особливості клінічних ознак та ефективність фототерапії вузького спектру 311 нм у 36 ВІЛ-позитивних пацієнтів з ліхеноїдними дерматозами (псоріазом, червоним блискучим ліхеном, рожевим ліхеном Жибера, параспоріазом), залежно від стадії ВІЛ/СНІДу.

**Ключевые слова:** лихеноидные дерматозы, ВИЧ-позитивные больные, фототерапия узкого спектра 311 нм, эффективность.

Технологии фототерапии относятся к базисным методам лечения лихеноидных дерматозов, в том числе псориаза, красного плоского лишая, параспориоза и др. [3, 7]. Узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм (УФВ 311 нм, NB UVB 311 nm) в последние годы занимает лидирующее место среди всех методов светолечения из-за высокой эффективности, хорошей переносимости и безопасности [2, 6]. Доказано, 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 [8, 9].

Многочисленными исследованиями показано, что узкополосная УФВ терапия, в отличие от широкополосной (селективной фототерапии с длиной волны 280-320 нм) и ПУВА-терапии (длина волны 320-400 нм), обладает низким кумулятивным эффектом и лучшим соотношением риск осложнений/польза [4, 9].

Основополагающим фактором патогенеза ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных дерматозов остается взаимодействие вируса с клетками иммунной системы, в том числе кожи, дезорганизация клеточного иммунитета с дисбалансом Th1 и Th2 субпопуляциями лимфоцитов [1, 5]. В связи с изложенным, в терапии ВИЧ-ассоциированных лихеноидных дерматозов целесообразно 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 нашей работы было представить свой опыт лечения лихеноидных дерматозов у ВИЧ-позитивных лиц, дать оценку эффективности разработанного терапевтического подхода с использованием фототерапии узкого спектра 311 нм.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 36 ВИЧ-позитивных пациентов в возрасте от 16 до 53 лет, 17 (47,2%) мужчин и 19 (57,8%) женщин, страдающих псориазом – 26 чел., красным плоским лишаем – 6, мелкобляшечным параспориозом – 2, розовым лишаем Жибера – 2.

ВИЧ-статус был подтвержден в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом, при этом бессимптомное носительство (БН) было у 22 (61,1%), персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ) – у 6 (16,7%), СПИД-ассоциированный комплекс (СПИД-АК) – у 7 (19,4%), СПИД – у 1 (2,8%). Антиретровирусную терапию получали 8 пациентов, в основном, в стадии СПИД-АК и ПГЛ.

Все пациенты подвергались клиническому обследованию, 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, соотно-

шение 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 лихеноидных дерматозов в зависимости от стадии инфицирования. Из 36 больных ограниченным процесс был лишь у 12 (33,3%) больных, распространенным – у 24 (66,7%). Из 26 больных псориазом ограниченный процесс (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. 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.

Красный плоский лишай у всех 6 больных был распространенным, с поражением слизистой полости рта (у 4), гениталий (у 3), волосистой части головы (у 2). У всех этих пациентов установлено БН. Мелкобляшечный парапсориаз (2 пациента на стадии БН) и розовый лишай Жибера (2 больных на стадии БН) имели типичные распространенные высыпания.

При анализе особенностей проявлений лихеноидных дерматозов отмечено многообразие сочетанных дерматозов у одного и того же больного. Так, себорейный дерматит различной степени выраженности был у 14 (38,9%) больных, его наблюдали при всех видах лихеноидных дерматозов, независимо от стадии инфицирования ВИЧ.

Ониходистрофии кистей и стоп выявлены у 15

(41,7%) больных, в том числе у 11 (42,3%) больных псориазом и у 4 из 6 больных красным плоским лишаем, несколько чаще на стадии СПИД-АК. Ониходистрофии у 9 из 15 больных сочетались с микозом стоп. У 25 (69,4%) больных лихеноидные дерматозы сочетались с различной микотической патологией: микозом стоп, онихомикозом, микозом крупных складок, кандидозом слизистой полости рта.

Выраженная сухость кожи вне очагов поражения была у всех ВИЧ-позитивных больных с лихеноидными дерматозами.

Переносимость узкополосной фототерапии у всех больных была удовлетворительной. У 7 (19,4%) больных через несколько часов после процедуры отмечалась незначительная эритема, которая регрессировала на фоне применения смягчающих кремов и не требовала изменения режима лечения. У 9 (25%) больных отмечался зуд кожи, который развивался на фоне сухости кожи и проходил на фоне использования смягчающих кремов.

Активный регресс высыпаний наступал уже после 3-4 процедуры у пациентов с розовым лишаем Жибера, после 4-6 процедуры у пациентов с мелкобляшечным парапсориазом и после 4-8 процедуры у больных псориазом и красным плоским лишаем. Полный регресс высыпаний достигнут после 22-24 процедур у 23 из 26 больных псориазом и у 5 из 6 больных красным плоским лишаем, после 12-14 процедур у всех пациентов с розовым лишаем Жибера и мелкобляшечным парапсориазом. К концу курса лечения полное клиническое выздоровление было у 32 (88,9%) больных, в основном, на стадии БН и ПГЛ. Значительное улучшение достигнуто у 4 (11,1%), преимущественно на стадии ПГЛ и СПИД-АГ.

Ремиссия дерматозов в течение 2 лет наблюдения была у 18 (69,2%) больных псориазом, у 4 больных розовым лишаем Жибера и красным плоским лишаем, в основном на стадии БН и ПГЛ. Рецидивы в количестве 1-2 в течение года были у 6 (23,1%) больных псориазом, преимущественно на стадии СПИД-АГ и ПГЛ.

Таким образом, анализируя результаты проведенной работы, можно сделать следующие выводы.

#### ВЫВОДЫ

1. У ВИЧ-позитивных пациентов лихеноидные дерматозы встречается на всех стадиях инфицирования, характеризуется разнообразием клинических форм, частым сочетанием с микотическими поражениями (у 69,4%).

2. Выявлена зависимость характера течения лихеноидных дерматозов от стадии ВИЧ-инфекции.

3. Показана хорошая переносимость и высокая терапевтическая эффективность узкополосной фототерапии в комплексном лечении псориаза, красного плоского лишая, мелкобляшечного псориаза, розового лишая Жибера у ВИЧ-позитивных пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арифов С.С., Сабиров У.Ю., Набиев Т.А. Дерматологические знаки у больного СПИДом// Клинико-дерматол.венерол. – 2005.- №3.- С. 14-15.
2. Волнухин В.А., Самсонов В.А., Кравцова И.В. и др. Эффективность лечения больных псориазом ПУВА-ваннами//Вестн.дерматол. и венерол.- 2006. - №5.- С.56-61.
3. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии. – Харьков: «Факт», 2007. – 784 с.
4. 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.
5. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В. ВИЧ-инфекция (клиника, диагностика и лечение).- М., 2000.- 102 с.
6. Пономаренко Г.Н. Физиотерапия в косметологии. – Киев, 2007. – С. 61-74.
7. Рациональна діагностика та лікування в дерматології та венерології/За ред. проф. І.І. Маврова.- Київ, 2007. – 344 с.
8. Honigsmann H. What is today's phototherapy choice for psoriasis//20<sup>th</sup> World Congress of Dermatology. 1-5 Yule 2002. Paris/ Abstr.-p. 1532.
9. Lebowhl M. Current use of combined therapy in psoriasis//20<sup>th</sup> World Congress of Dermatology. 1-5 Yule 2002. Paris/ Abstr.- p. 15208.