

КЛИНИЧЕСКАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ КЛИМАТО-БАЛЬНЕОТЕРАПИИ НА ОЗЕРЕ САКИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

CLINICAL EFFICACY OF KLIMATE-BALNEO THERAPY ON THE LAKE SAKY IN PATIENTS WITH PSORIASIS MILD TO MODERATE SEVERITY

**M. Kuznetsova
E. Zagornaya
M. Ngema
G. Vintserskaya**

Summary. Influence of a klimato-balneotherapy on the lake Saky on the clinical current of a psoriasis mild and moderate severity is studied. There are 45 patients were examine with a psoriasis of mild to moderate severity, a stationary stage on the basis of Saky's Military clinical sanatorium of MO of the Russian Federation of N. I. Pirogov. It was establishe that for a 14-day course of a peloido-balneoterapiya on the lake Saky it was succeeded to reduce the size of the dermatologic PASI, DLQI indexes, for 2,3; 4,5 times. At a psoriasis of moderate severity of PASI(75) and PASI (50) reached in 6,7% and 44,3%, in group with a psoriasis of mild severity the considerable improvement and clinical improvement is recorded at 40% of patients. Remission duration up to 12 months is noted at 29,7% of patients and to 9 months of 69,1% of patients with a psoriasis.

Keywords: psoriasis, dermatologic indexes, klimato-balneoterapiya, peloids and brine of the lake Saky.

Кузнецова Мария Юрьевна

Ассистент, Медицинская академия
им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный
Университет им. В. И. Вернадского»
mary.kuznetz2013@yandex.ua

Загорная Элеонора Станиславовна

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет
им. В. И. Вернадского»
eleonora3001@mail.ru

Нгема Мария Владимировна

К.м.н., доцент, Медицинская академия
им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный
Университет им. В. И. Вернадского»

Винцерская Галина Арнольдовна

К.м.н., доцент, Медицинская академия
им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный
Университет им. В. И. Вернадского»

Аннотация. Изучено влияние климато-бальнеотерапии на озере Саки на клиническое течение псориаза легкой и средней степени тяжести. С этой целью обследовано 45 пациентов с псориазом стационарной стадии легкой и средней степени тяжести на базе Сакского Военного клинического санатория МО Российской Федерации им. Н. И. Пирогова. Установлено, что за 14-дневный курс пелоидо-бальнеотерапии на озере Саки удалось уменьшить величину дерматологических индексов PASI в 2,3, а ДИКЖ — 4,5 раз. При псориазе средней степени тяжести PASI(75) и PASI(50) достигнуто в 6,7% и 44,3%, в группе с псориазом легкой степени тяжести значительное улучшение и клиническое улучшение зафиксировано у 40% пациентов. Длительность ремиссии до 12 месяцев отмечена у 29,7% пациентов и до 9 месяцев 69,1% больных псориазом.

Ключевые слова: псориаз; дерматологические индексы; климато-бальнеотерапия; пелоиды и рапа озера Саки.

Псориаз один из наиболее распространенных, и в большинстве случаев тяжело протекающих дерматозов мультифакториальной природы, обусловленных генетическими (64–72%) и средовыми (28–36%) факторами, частым поражением суставов и вовлечением различных органов систем. [9,10,11]. На территории Российской Федерации популяционная частота псориаза, достигает 6–8% имеет тенденцию к росту и составляет в общей структуре дерматологической патологии 25–30% среди госпитализированных больных [7,9,10,13]. В настоящее время иммунологическая концепция механизма возникновения псориаза рассматривается как ведущая, что

подтверждено многочисленными современными исследованиями отечественных и зарубежных авторов [9,10,11,17,18,20,21].

Несмотря на объективную результативность — современная терапия псориаза не всегда достаточно эффективна, обладает токсическим эффектом, что ограничивает длительное применение, особенно при наличии коморбидных состояний [9,10,13,18,22].

Поэтому поиск эффективных и безопасных методов лечения и восстановительной терапии для больных псориазом остается актуальной.

Грязелечение является одним из самых древних и наиболее активных и безопасных лечебных методов курортной терапии, признанной на сегодняшний день достаточно эффективным, экономически доступным и приоритетным методом лечения и реабилитации больных псориазом. [1,2,3,5,12,15].

Уникальным приморским курортом является Крымский полуостров, где есть возможность сочетать прием грязевых процедур, минеральных ванн, раполечения с аэро-гелио-талассотерапией, что является особо значимым для больных псориазом. Классическая школа русского бальнео-грязелечения берет свое начало с грязевых озер приморской части Западного побережья Крымского полуострова, где 1827 году открылся официально на земские средства грязевой курорт. Озеро Саки является единственным грязевым и рассольным водоемом Крыма, где по всем правилам гидрогеологии функционирует современный, постоянный мониторинг качества природных, лечебных ресурсов со стороны Сакской гидрогеологической режимно-эксплуатационной станции [14].

Основными природными факторами озера Саки являются: пелоиды, рапа, приморский степной климат с наибольшим количеством солнечного сияния в году, до 2500 часов. Сакские пелоиды относятся к сульфатно-карбонатному типу грязей с минерализацией до 250г/л со слабощелочной, физиологической средой, реакцией — рН-7,37 близкой к рН крови и высококонцентрированной хлоридно-натриевой рапой с минерализацией до 300 г/л. По результатам современного рентгенофлуоресцентного спектрального анализа, установлено, что по содержанию биологически активных веществ сульфатов, карбонатов, бишофита, магния, лития, марганца, селена, молибдена, йода, серы, липотропных веществ (каротиноидов, ретиноидов) ферментативной активности пероксидазы и каталазы, обладающих значительным терапевтическим эффектом образцы Сакского озера превосходят ряд термальных водоемов и Мертвое море. [14,8,19].

Саногенетический эффект пелоидов и рапы озера Саки реализуется воздействием температурного, химического и механического факторов. Грязевые процедуры оказывают на кожу очищающий, пиллинговый и микромассажный эффект, а повторно применяемые грязевые процедуры способствуют закреплению лечебного эффекта. Различные газообразные вещества пелоидов и рапы и, в частности, экзогенный водород сульфид тормозит главные факторы в процессе локального воспаления и пролиферации, что интегрирует процессы саногенетического эффекта природных факторов термов [4,15,19].

Проведено исследование 45 больных псориазом, стационарной стадии, на базе Сакского военного клинического санатория МО Российской Федерации имени Н.И. Пирогова.

Критерии включения в исследование: возраст от 18 до 60 лет, наличие подтвержденного диагноза, информированное письменное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования: возраст младше 18 и старше 60 лет, наличие сопутствующих соматических заболеваний тяжелого течения: сердечная и почечная недостаточность, сахарный диабет, психические заболевания, псориатический артрит, онкологические заболевания, туберкулез, осложненные формы псориаза (пустулезный псориаз, псориатическая эритродермия, псориатический артрит, обострение сопутствующих хронических заболеваний, отсутствие информированного согласия на обследование.

Все пациенты — 45 (100) разделены на две группы. В группе 1А (легкая степень тяжести) — 18 пациентов (40%), группе 1В (средняя степень) — 27 (60%).

Средний возраст обследованных пациентов составил $36,7 \pm 2,7$ лет. Из них женщин 22(48,3%), мужчин 23(51,6%). Средняя продолжительность заболевания составила $14,2 \pm 1,2$ лет, с обострениями более 2 раз в год. Среди больных псориазом в 90,2% случаях доминировала осенне-зимняя форма заболевания, выраженная сезонность обострений отсутствовала в 9(20%) случаях. Продолжительность заболевания составила $13,2 \pm 8,2$ лет. Псориаз у близких родственников выявлен у 32 (71,1%) пациентов.

На момент исследования из общего числа обследованных больных (45) кожный процесс сочетался с сопутствующими заболеваниями у 63(70,0%) больных в основном, старше 40 лет- 42,2% сердечно-сосудистые заболевания –35,6%, гипертоническая болезнь 30%, желудочно-кишечные заболевания –30%, ожирение с метаболическим синдромом-20%, сахарный диабет –5,6%.

Клиническое обследование больных псориазом включало углубленное изучение анамнеза, жалоб и дерматологического статуса.

Для объективной оценки дерматологического статуса и эффективности терапии, использовался индекс PASI- [Psoriasis Area and Severity Index] T.Fredriksson, U. Pettersson, 1978].

Для оценки степени негативного влияния псориаза на различные аспекты жизни больного был приме-

нен модифицированный руссифицированный вариант дерматологического индекса качества жизни DLQI (Dermatology Life Quality Index), Finlay A.Y. et al., 1998, в адаптации Кочергина Н.Г. и соавт., 2010, представляющий интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального социального состояния больного, на его субъективном восприятии, что позволяет оценить эффективность проводимой терапии.

В нашей работе использовались общепринятые критерии эффективности лечения: значительным улучшением PASI(75) считались достижение регресса клинических симптомов и снижение индекса на 75–89%, клиническое улучшение PASI(50) — снижение индекса PASI и регресс клинических симптомов не менее чем на 50–74%. Незначительное улучшение PASI (25) снижение индекса на 25–49%. Отсутствие эффекта от проводимой климатотерапии — стабильное состояние кожного процесса и индекса PASI. Ухудшением клинического течения считалось нарастание клинических симптомов и увеличение индекса PASI. Оценка дерматологических показателей проводилась до лечения и на 14 сутки принятия процедур лечебной грязи и рапы озера Саки.

Анализ отдаленных результатов лечения больных псориазом на курорте озера Саки проведен на основании данных письменного анкетирования больных.

Процедуры лечебной грязи назначались в двух режимах с учетом выраженности клинических проявлений.

Обычный режим лечения назначался больным псориазом легкой формой ($7,55 \pm 1,25$) при торпидном течении кожного процесса и отсутствии тяжелой коморбидной патологии.

Методом грязевых аппликаций “куртка”, “брюки” исключая шею, голову и кардиальную область. Продолжительность грязевой аппликации составляла 20–25 мин, Т грязи –37–38 °С интервалами через день, чередуя с разводными рапными ваннами.

Митигированную методику (ослабленную) пелоидотерапии назначали пациентам с псориазом средней степенью тяжести PASI $15,78 \pm 3,45$. Длительность экспозицией грязевой аппликации составила 15–20 мин, Т –37–38 °С через день, чередуя с разводными (концентрация 40г/л) рапными ваннами, курсом 14 дней. Больным с псориазическими очагами на волосистой части головы назначали орошение этой же природной минеральной водой при температуре орошения 38–37°, 10–15 минут через/день в дни принятия ванн.

Применение локальных и системных стероидов было исключено. В качестве средств наружной терапии при

явлениях сухости кожи больные применяли различные крема-эмоленты в состав, которых входят натуральные масла — карите, оливковое, авокадо, глицерин, витамины А, Е, В3, увлажняющий фактор.

Благодаря, климатическим особенностям приморского Сакского курорта процедуры лечебной грязи и рапных ванн сочетали в период с июня по октябрь месяц, с гелиотерапией в рассеянном режиме, таласотерапией, купанием в озере за 3 часа до принятия процедур по щадящему режиму начиная с 5 минут, доводя до 20 минут максимально на одно купание при температуре воды не ниже 23 °С один раз в день.

Результаты лечения оценивали по уменьшению клинических симптомов заболевания, частоты рецидивов, улучшению качества жизни пациентов, отсутствию побочных эффектов от проводимой терапии.

Все полученные результаты подвергнуты статистической обработке для параметрических и непараметрических критериев с использованием программного пакета STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc., USA). Для оценки достоверности различий показателей между независимыми выборками использовался непараметрический U-критерий Mann-Whitney.

В процессе климато-бальнеотерапии отмечалась положительная динамика клинических симптомов заболевания в подгруппе 1(А) и подгруппе 1(В).

При динамическом наблюдении больных установлено, что у большинства пациентов 12(67,4%) подгруппы 1(А) уже после 5–6 процедур лечебной грязи и рапных ванн начинался регресс клинических симптомов заболевания- папулы рассасывались, начиная с центра элементов по направлению к их периферии, приобретая форму кольца или с периферии к центру. Уменьшалось шелушение и инфильтрация, бляшки стали очищаться от чешуек. К 14 суткам лечения в большинстве случаев 15(86,7%), по периферии папул зафиксировано формирование «псевдоатрофического ободка» Воронова в виде беловатой зоны со складчатостью рогового слоя. На месте исчезновения элементов сыпи появлялись участки гипопигментации. Симптомы себорейного псориаза на волосистой части головы к окончанию лечения у большинства пациентов значительно уменьшалось шелушение, практически исчезал зуд, высыпания очищались от чешуек, исчезала «псориазическая корона». Величина индекса PASI уменьшилась с $7,55 \pm 1,29$ до $3,54 \pm 1,22$, в 2,1 раза, Δ PASI –53,8±6,04%

В подгруппе 1(В) регресс клиническо-морфологических симптомов псориаза начинался несколько позднее. После 8–9 процедур пелоидо-терапии в 16(57,1%)

Таблица 1. Динамика снижения индекса PASI в группе больных псориазом легкой и средней степени тяжести под влиянием лечебной грязи и рапы на озере Саки

1 группа	mean±SD	mean±SD
n=45	PASI	PASI
	до лечения	на 14 день
1(A) n=18	7,55±2,29	3,54±2,21
1(B) n=27	15,78±3,45	6,81±2,56
	P<0,001;	P<0,001;
	P1<0,01	P1<0,001

Примечание: n — число больных; p — достоверность различия показателя между группами; p1 — достоверность различия показателя в динамике. mean±SD — среднее значение показателя и стандартное отклонение.

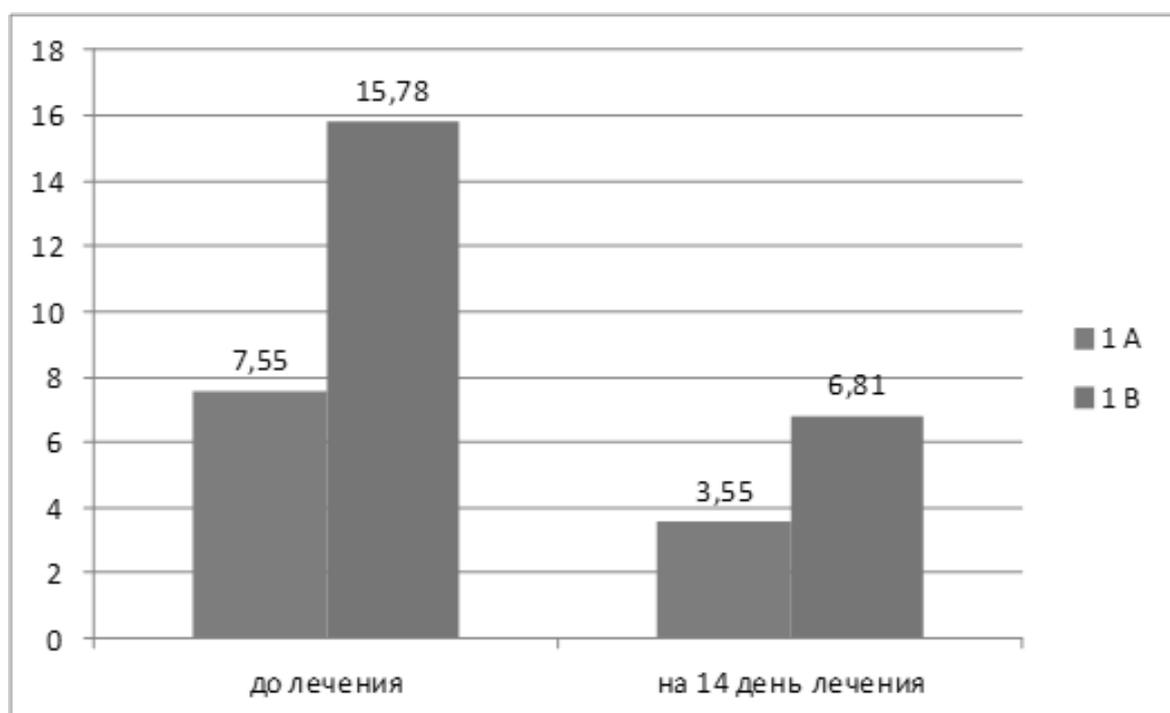


Рис. 1. Динамика снижения индекса PASI у больных псориазом с различной степенью тяжести под влиянием лечебной грязи и рапы озера Саки (M±m).

случаев отмечалось уменьшение гиперемии, отека, шелушения и инфильтрации. К окончанию лечения формирование «псевдоатрофического ободка» Воронова диагностировано у 12(42,4%) пациентов. Величина индекса PASI до лечения составил 15,78±3,45 и к окончанию лечения снизился до 6,81±2,56~<2,1раза, Δ PASI — 56,01±5,26% (Таблица 1, Рис. 1).

При сравнении показателей индекса PASI между подгруппами 1(A) и 2(B) в динамике лечения выявлена статистическая достоверность между показателями. (p<0,001).

Клинические результаты лечения природными факторами озера Саки у больных псориазом легкой и средней степени тяжести представлены в (Таблице 2, Рис. 2).

Представленные данные в таблице 2., рис. 2. демонстрируют, что на 14 сутки терапии в подгруппе пациентов с псориазом легкой степени тяжести (1A) в равном соотношении зафиксировано, значительное улучшение (PASI 75) у 9(20,0%) пациентов и улучшение клинического течения заболевания PASI (50) у 20,0% пациентов. Незначительный эффект PASI (25) не зарегистрирован ни в одном случае.

Таблица 2. Влияние лечебной грязи и рапы озера Саки на динамику кожного процесса в группе псориаза легкой и средней степени тяжести

Группы n=45	Значительное улучшение		Улучшение		Незначительное улучшение		Отсутствие эффекта	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1 A n=18	9	20,0%	9	20,0%	0	0,0%	0	0,0%
1B n=27	3	6,7%	20	44,4%	4	8,9%	0	0,0%

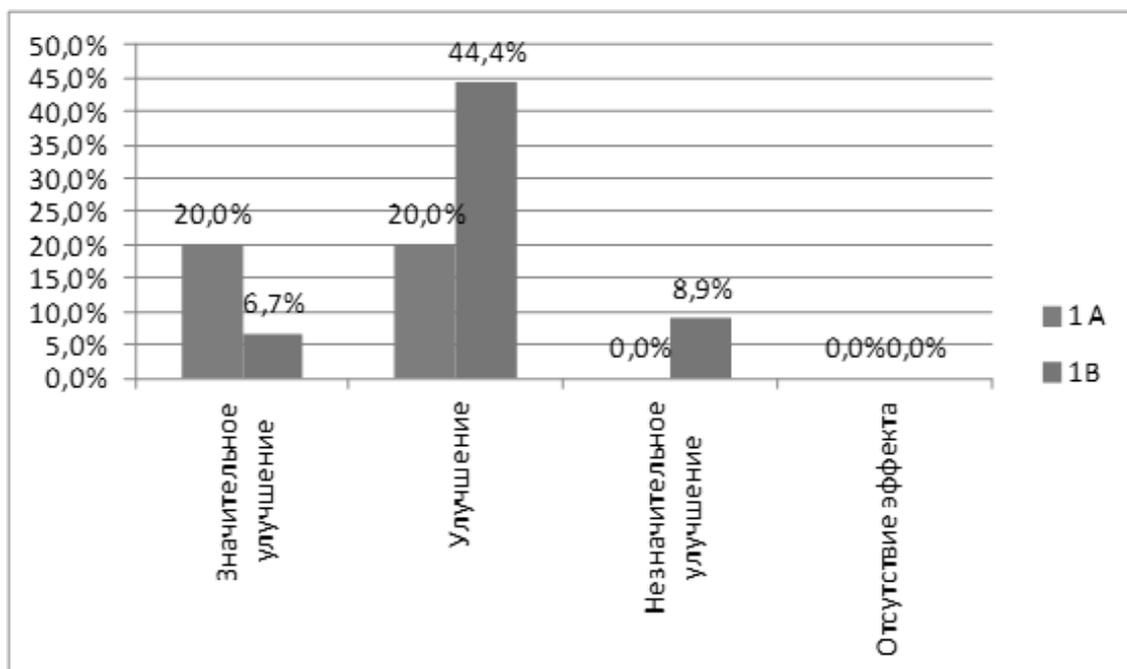


Рис. 2. Регресс индекса PASI после лечения в подгруппах псориаза легкой и средней степени тяжести.

В подгруппе (1B) значительное улучшение клинического течения PASI (75) зафиксировано — у 3(11,2%), улучшение клинического течения псориаза PASI (50) выявлено у 20 (62,8%) пациентов, незначительный эффект PASI (25) — у 4(14,8%).

В результате анализа динамики ДИКЖ выявлено, что качество жизни пациентов зависит от тяжести клинического течения псориаза. Рис. 3.

Так в группе пациентов 1 (A) среднее значение индекса ДИКЖ до лечения было $9,56 \pm 2,46$ баллов, что соответствовало умеренному влиянию заболевания на качество жизни пациента. На 14 сутки терапии индекс ДИКЖ уменьшился до $3,44 \pm 0,43$, ($- 64,01 \pm 5,15\%$), находясь в диапазоне от 2 до 5 баллов, что соответствовало не-

значительному влиянию заболевания на качество жизни пациента.

В подгруппе 1(B) величина ДИКЖ до лечения составила $16,43 \pm 0,44$ и соответствовала сильному отрицательному влиянию дерматоза на качество жизни больного. На 14 сутки лечения природными факторами озера у 21(77,8%) индекс ДИКЖ снизился до $6,01 \pm 0,17$ баллов, ($-54,6\%$), что соответствовало умеренному влиянию псориаза на качество жизни пациента.

Необходимо отметить, что климато-бальнеотерапия на озере Саки переносилась хорошо, лишь у 1 (2,3%) пациента отмечалась бальнеореакция в виде: незначительного усиления зуда, интенсивности эритемы, что разрешилось без дополнительных терапевтических

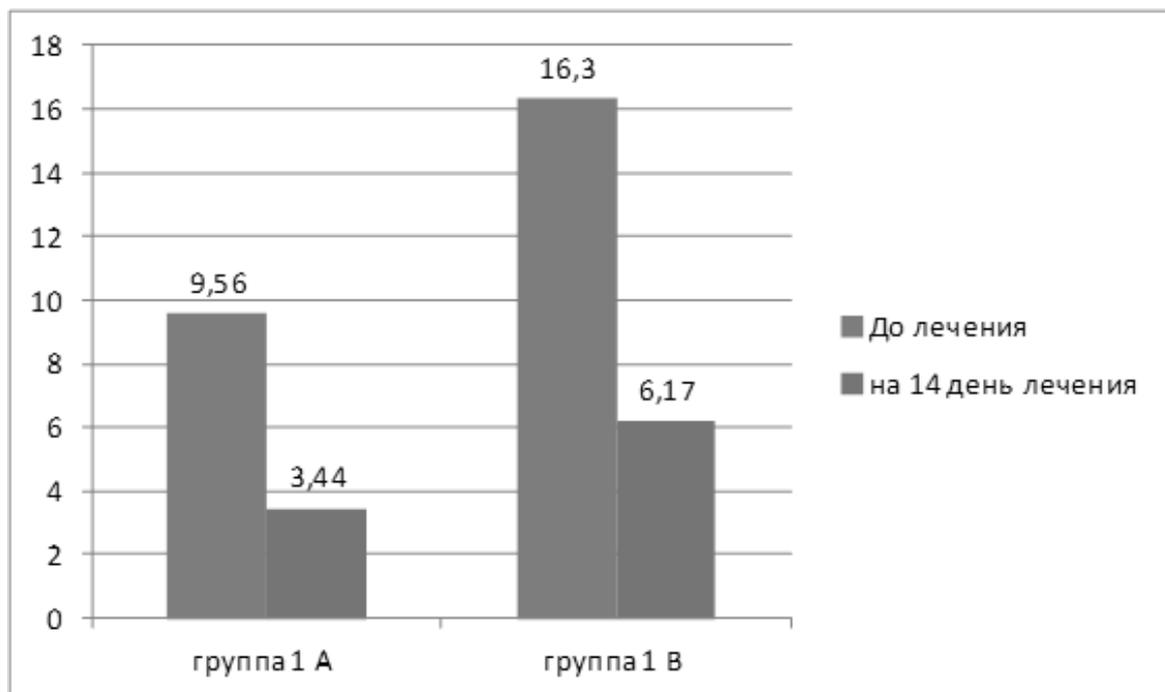


Рис. 3. Изменение ДИКЖ в процессе терапии

вмешательств, после перерыва процедур в течение 2 дней.

Динамическое наблюдение за пациентами в течение года показало, что длительность ремиссии от 9 до 12 месяцев отмечена у 11(29,7%) пациентов и от 6 — до 9 месяцев — 26(69,1%) случаев.

Выводы

1. Лечение природными факторами на озере Саки является достаточно эффективным методом, для лечения больных псориазом, позволяющим за 14-дневный курс терапии уменьшить величину дерматологических индексов PASI, ДИКЖ в 2,3; 4,5 раз и достичь значительного клинического улучшения PASI(75) у 26,7% и улуч-

шения PASI (50) у 64,4% больных. При псориазе средней степени тяжести PASI(75) и PASI(50) достигнуто в 6,7% и 44,3% пациентов.

2. Анализ отдаленных результатов исследования подтверждает высокую клиническую результативность климато-бальнеотерапии на озере Саки со снижением количества и тяжести рецидивов, улучшением качества жизни, длительность ремиссии до 12 месяцев отмечена у 29,7% пациентов и до 9 месяцев 69,1% больных псориазом.

3. Установлено, что данный метод восстановительного лечения больных псориазом на озере Саки не дает побочных эффектов и ухудшения течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалов Н. Г. Грязелечение: теория, практика, проблемы и перспективы / Н. Г. Бадалов, С. А. Крикорова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2012. — Т89, № 3. — С.50–54.
2. Бальнеотерапия в комплексе лечения псориаза и атопического дерматита / О. Л. Иванов [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2007. — № 2. — С. 14–21
3. Боголюбов В. М. Физиотерапия и курортология. Книга 3 / В. М. Боголюбов. — Издательство: БИНОМ 2017. — Кн. 3. — с. 312
4. Верба О. Ю. Особенности механизмов саногенетического влияния иловых сульфидных пелоидов при вертеброгенных дорсопатиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О. Ю. Верба. — Новосибирск, 2005. — 32 с.
5. Гриднева Т. Д. Возможности повышения эффективности и внедрение новых медицинских технологий в санаторно-курортную практику / Т. Д. Гриднева // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2001. — № 6. — С. 534–537
6. Ерина И. А. Лечение больных псориазом в центре реабилитации «Тинаки»: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. А. Ерина. — Астрахань, 2009. — 30с.

7. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации / Л. Ф. Знаменская, Л. Е. Мелехина, Е. В. Богданова, А. А. Минеева // Вестник дерматологии и венерологии. — 2012. — № 5. — С. 20–29.
8. Котова И.К., Каюкова Е. П., и др. Закономерности формирования состава иловых грязей Мертвого моря и соляных озер Крыма. Вестник СПбГУ Сер.7.2015. Вып.-2.
9. Кубанова А.А. Иммунные механизмы псориаза. новые стратегии биологической терапии / А. А. Кубанова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2010. — № 1. — С. 35–47.
10. Кубанов А. А., Карамова А. Э., Знаменская Л. Ф., Чикин В. В., Кондрашова В. В. Индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) в оценке клинических проявлений псориаза. Вестник дерматологии и венерологии. 2016;(4):33–38.
11. Кунгуров Н. В. Псориазическая болезнь и коморбидности / Н. В. Кунгуров, С. Л. Матусевич, Е. А. Бахлыкова. — Тюмень, 2015. — 232 с.
12. Нгема М. В. Оценка эффективности лечения больных очаговой склеродермией с использованием Сакской грязи по показателям Т-клеточного звена иммунитета/ Кузнецова М. Ю., Мараках Марван Якин Нажи, Смолиенко В. Н. // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2016. — Том 22. № 3. — С. 756-76.
13. Олисова О. Ю. Современные методы лечения псориаза / О. Ю. Олисова, Н. П. Теплюк, В. Б. Пинегин // РМЖ. — 2015. — № 9. — С. 483.
14. Попов Ю. В. Гулов О. А., Васенко В.И., 2015. О строении и составе толщи илов Сакского озера (Крым). Отечественная геология 2015, № 3. — с. 45–52
15. Рассказов Н.И., Ерина И. А., Тимошин С. А. Использование местных курортных факторов для лечения больных псориазом. //Астраханский медицинский журнал –2009 г. -№ 4 с. 32–35
16. Engst R. High — mountain climate therapy for skin diseases and allergicodeof action, therapeutic results, and immunologic effects / R. Engst, E. Vocks // Rehabilitation. — 2000. — Vol.39, N4. — P. 215–222.
17. Griffiths C. E. M. Pathogenesis and clinical features of psoriasis / C. E. M. Griffiths, J. N. Barker // Lancet. — 2007. — Vol.370. — P. 263–271.
18. . Lowes M. A., Russell C. B., Martin D. A., Towne J. E., Krueger J. G. 2013. The IL-23/T17 pathogenic axis in psoriasis is amplified by keratinocyte responses. Trends Immunol 34, 174–181.
19. Marco Harari, Yaron Sela, Arieh Ingber and Daniel Vardy Dead sea climatotherapy for psoriasis vulgaris: analysis of short-term results journal Glob Dermatol, 2016. Volume 3(3): 295–301.
20. Patients with early-onset psoriasis achieve better results following Dead Sea climatotherapy / M. Harari [et al.] // J Eur Acad Dermatol Venereol. — 2012. — Vol.26(5). — P. 554–9.
21. Finlay A. Y. Alefacept Clinical Study Group: Intramuscular alefacept improves health-related quality of life in patients with chronic plaque psoriasis / A. Y. Finlay, M. S. Salek, J. Haney // Dermatology— 2003. — Vol.206. — P. 307–315.
22. Zuhair Z. Bisharat. Treatment of psoriasis at the Dead Sea in Jordan / Zuhair Z. Bisharat., Hamel Alawi // J. Eur. Acad. Derm. Venerolologica. — 1995. — Vol.157. — P. 238–24

© Кузнецова Мария Юрьевна (mary.kuznetz2013@yandex.ua), Загорная Элеонора Станиславовна (eleonora3001@mail.ru),

Нгема Мария Владимировна, Винцерская Галина Арнольдовна.

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Крымский Федеральный Университет им. В. И. Вернадского