

Різновиди прояву феномену Кебнера при захворюваннях шкіри

Лусаієф Мохамед Сабрі бен Моктар

Запорізький державний медичний університет

РАЗНОВИДНОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕНОМЕНА КЕБНЕРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ

Лусаієф Мохамед Сабрі бен Моктар

Феномен Кебнера возникает в месте травм, царапин, инъекций не только при псориазе, но и при других заболеваниях. В любом случае высыпания носят специфический характер. Использование Ассаликса в системе комплексного лечения больных псориазом позволяет значительно повысить его эффективность (особенно у лиц с наличием феномена Кебнера).

VARIETY OF KEBNER'S PHENOMENON MANIFESTATIONS UNDER SKIN DISEASES

Laussaief Mohamed Sabri ben Mokhtar

Kebner's phenomenon appears on the sites of injuries, scratches, and injections. It is not associated with psoriasis only, but with other diseases. In any case, the eruption has specific features. The use of Assaliks in the system of complex treatment of patients with psoriasis allows promoting its efficiency considerably (especially at persons with the presence of Kebner's phenomenon).

Постановка проблеми, її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями. Серед численних проблем, що пов'язані з етіологією та патогенезом псоріазу, залишається недостатньо вивченою механізм розвитку та роль ізоморфної реакції шкіри (так зв. феномен Кебнера) – появи псоріатичної висипки на місцях травм, ін'єкцій тощо [1-3].

Запальний процес, що розвивається при феномені Кебнера, дещо нагадує реакцію гіперчутливості, та й найбільш стабільно існуюча висипка на шкірі (так зв. «чергові бляшки») локалізується зазвичай в області ліктьових та колінних суглобів (тобто – у найбільш рухомих частинах організму) [4-6].

Різноманітним медіаторам у різні роки надавалось значення в розвитку запально-репаративного процесу при псоріазі. Використання відповідних лікарських засобів, які б впливали на ці медіатори, все ж таки забезпечувало лише короточасний ефект, і захворювання в наступному супроводжувалось рецидивами.

Проблемою є також те, що інколи лікарями допускаються помилки у відношенні діагностики феномену Кебнера і за останній можуть приймати, наприклад, уртикарний дермографізм або оперізуючий герпес. У той же час, дійсно, цей феномен зустрічається не тільки при

псоріазі, але й при інших дерматозах (червоний плоский лишай, вітіліго та ін.).

Таким чином, призначення лікування хворим на псоріаз повинно ґрунтуватись на чіткому встановленні діагнозу. Це актуально ще й тому, що наявність феномену Кебнера свідчить про прогресуючу стадію захворювання і диктує необхідність диференційованого підходу до вибору тактики терапії.

Робота є фрагментом комплексних НДР (№№ держ. реєстрації 0107U005122 та 0208U004249).

Аналіз сучасної літератури, в якій частково вирішувалась ця проблема, свідчить про невиключення того, що розвиток феномену Кебнера за своїми механізмами нагадує алергічну (псевдоалергічну) реакцію гіперчутливості. З урахуванням хронічного перебігу запально-репаративного процесу при псоріазі нерідко використовуються препарати з потужним протизапальним ефектом (гормональні або нестероїдні протизапальні засоби – НПЗЗ). Важливою проблемою є також розробка нових методів лікування псоріазу, бо вищезазначені лікарські засоби забезпечують лише короточасний ефект, а інколи й супроводжуються ускладненнями [7, 8].

Мета дослідження – розробити та запровадити в практику новий метод лікування хворих

на псоріаз з використанням Ассаліксу.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 48 хворих на псоріаз віком від 20 до 50 років, чоловіків – 20, жінок – 28. Усі пацієнти раніше отримували стандартне лікування, але через нетривалий проміжок часу у них відмічалось рецидиви захворювання. Перед початком обстеження в усіх хворих констатовано прогресуючу стадію захворювання.

У залежності від клінічних особливостей перебігу псоріазу та методу лікування, пацієнти були розподілені на дві репрезентативні групи (по 24 особи в кожній) – з наявністю та без наявності феномену Кебнера.

До та після лікування в усіх пацієнтів визначали вміст у крові простагландинів E_2 та $F_{2\alpha}$, лейкотрієну B_4 .

Результати лікування та обстеження аналізувались статистично за допомогою пакету прикладних програм «Office Professional 2000» фірми Microsoft.

Результати дослідження та їх обговорення. У хворих на псоріаз без наявності феномену Кебнера рівень у крові:

- простагландину E_2 перевищував фізіологічне значення в 1,7 разу;
- простагландину $F_{2\alpha}$ – в 1,2 разу;
- лейкотрієну B_4 – у 2,1 разу.

У хворих на псоріаз з наявністю феномену Кебнера ці показники перевищували норму, відповідно, у 1,9, 1,3 та 2,7 разу.

З урахуванням достовірної різниці щодо вмісту у крові лейкотрієну B_4 , ми використали диференційовану методику вибору тактики лікування хворих і розподілили їх репрезентативно на групи:

- 1 група (без наявності феномену Кебнера) та 2 група (з наявністю феномену Кебнера) ліковані стандартним методом:

1) дієта з обмеженням жирів, смажених, копчених страв;

2) кальцію глюконат (10-відсотковий розчин) внутрішньом'язево – по 10 мл щоденно;

3) Цетрин – по 1 табл. 1 раз на добу;

4) настоянка півонії ухильної – по 1 чайній ложці 3 рази на добу;

5) Неуробекс – по 1 драже 3 рази на добу під час їжі;

6) Глутаргін - по 1 табл. 3 рази на добу;

7) місцево – піритіон цинк на уражені ділянки (згідно протоколам надання медичної допомоги дерматовенерологічним хворим, затверджених МОЗ України);

- 3 група (без наявності феномену Кебнера) та 4 група (з наявністю феномену Кебнера) ліковані, як і 1 та 2 групи, але з додатковим прийомом Ассаліксу (по 1 драже 2 рази на добу перед прийомом їжі протягом 4 тижнів).

Після лікування відмічалась неоднакова динаміка досліджених показників у різних групах хворих (рис. 1).

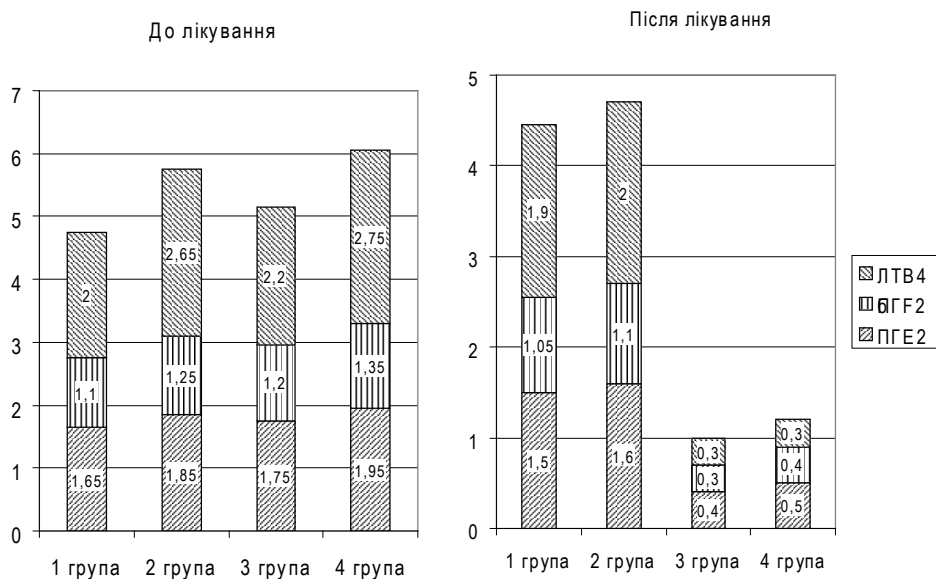


Рисунок 1. Вміст у крові хворих на псоріаз (з наявністю та без наявності феномену Кебнера) ейкозаноїдів до та після лікування різними методами

Запропонований нами препарат Ассалікс створено за принципами фітонірингу (від грецьк. *phyton* – рослина та англ. *engineering* – інженерія) з кори верби і відноситься за своєю сутністю до засобів, що носять назву «проліки», бо діючі речовини цього препарату знаходяться у вигляді пролікарської суміші, яка не здійснює подразнюючої дії на ШКТ. Головною перевагою цього препарату є те, що він одночасно інгібує ліпоксигеназу, гіалуронідазу та утворення вільних радикалів. Причому, не тільки не поступається за ефективністю інгібіторам ЦОГ-2, але і в деяких моментах є значно сильнішим за нього і значно дешевшим препаратом.

У відношенні до його ефективності при різних захворюваннях були проведені рандомізовані подвійні сліпі плацебо контролюючі дослідження.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Спосіб лікування хворих на псоріаз* / Я.Ф. Кутасевич, О.О. Ляпунова, І.О. Олійник, І.О. Маштакова // Інформ. бюлетень: додаток до журналу Академії медичних наук України. – Київ, 2003. – Вип. 17. – С. 11.
2. *Ніколаєва З.А.* Судинний компонент у патогенезі псоріатичної хвороби / З.А. Ніколаєва // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. – № 1 (12). – С. 15-19.
3. *Свирид С.Г.* Суперантигени при псоріазі: установлені та можливі / С.Г. Свирид, І.Б. Руденко // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2005. - № 3-4 (8). – С. 144-148.
4. *Рыжкова Н.А.* Комплексная терапия больных псориазом с применением плазмафереза и иммуномодуляторов / Н.А. Рыжкова // Матеріали наук.-практ. конф. «Розробка модифікованих дерматовенерологів післядипломної освіти». – Київ, 2007. – С. 76-78.
5. *Коляденко Е.В.* Псориаз и противоопухолевая функция кожи / Е.В. Коляденко // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2001. - № 2-3 (4). – С. 95-97.
6. *Кутасевич Я.Ф.* Современный взгляд на проблему псориаза / Я.Ф. Кутасевич // Дерматология та венерология. – 2002. - № 2 (16). – С. 3-10.
7. *Psoriasis treatment in the United States at the end of the 20-th century* / D.J. Pearce, K.H. Stealey, R. Balkrishnan [et al.] // Int. J. Derm. – 2006. – Vol. 45, N. 4. – P. 370-374.
8. *Sampogna F.* Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis / F. Sampogna, M.M. Chren, C.F. Melchi [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2006. – Vol. 154, No 2. – P. 325-331.