

Стандарти санаторно-курортного лікування при деяких дерматозах (склеродермія, псоріаз, червоний плоский лишай, парапсоріаз)

Ковальова Л.М.

Одеський державний медичний університет

СТАНДАРТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗАХ (СКЛЕРОДЕРМИЯ, ПСОРИАЗ, КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ, ПАРАПСОРИАЗ)
Ковалёва Л.Н.

Результаты клинико-лабораторных и инструментальных исследований больных склеродермией, псориазом, красным плоским лишаем и парапсориазом позволили дифференцированно предложить стандарты санаторно-курортного лечения этих дерматозов, направленные на нормализацию различных показателей, которые имеют определенное влияние на развитие и течение заболеваний, а так же на улучшение качества жизни пациентов.

STANDARDS OF SANATORIUM TREATMENT UNDER SOME DERMATOSES (SCLERODERMA, PSORIASIS, LICHEN RUBER PLANUS, PARAPSORIASIS)
Kovaleva L.M.

The results of clinical-and-laboratory and instrumental examinations of patients with scleroderma, psoriasis, lichen ruber planus and parapsoriasis have allowed to offer the standards of sanatorium treatment of these dermatoses aimed on normalization of various indices influencing definitely the development and clinical course of the diseases and also the improvement of patients' life quality.

Необхідність розробки санаторно-курортних методик лікування таких тяжких дерматозів, як склеродермія, псоріаз, червоний плоский лишай, парапсоріаз диктується особливостями патогенезу захворювань та характером їх перебігу [6, 12, 14, 15, 19]. Затяжна поетапна терапія вказаних дерматозів передбачає укріплення та тренування адаптаційних можливостей організму хворих, підвищення захисних властивостей, стимуляцію компенсаторних сил, тобто необхідні саме ті ефекти, які притаманні санаторно-курортним факторам [1, 7, 18, 21].

Відомо, що курортні фактори (бальнеолікування, пелоїди, кліматотерапія і т. ін.), будучи

значно складнішими за своєю структурою, ніж фармакотерапевтичні препарати, мають більш виразний вплив на значну кількість функціональних систем організму, ніж медикаментозне лікування [4, 9, 11]. Особливе значення при лікуванні хворих на склеродермію, псоріаз, червоний плоский лишай, парапсоріаз має здатність бальнеологічних факторів (грязелікування, ліманолікування, вуглекисло-ріпні ванни і т. ін.) відновлювати імунні механізми, впливати на метаболізм сполучної тканини, покращувати гемодинаміку на рівні мікроциркуляторного русла і т. ін. [2, 3, 5, 8-10, 13, 17, 20].

ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОБМЕЖЕНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ

А. Шифр за МКХ-10: L94.0

Б. Назва захворювання: Обмежена склеродермія; *син.:* вогнищева склеродермія (*sclerodermia placata, sclerodermia localis, morphea*).

Склеродермія обмежена – ідіопатичне мультифакторне захворювання, яке характеризується склеротичними вогнищами на шкірі (у стадії загострення – фіолетове кільце по периферії), депігментацією у центрі та атрофією шкіри.

Класифікація обмеженої склеродермії

1 За клінічними формами:

1.1 Бляшкова (*sclerodermia placata*).

1.2 Смоговидна (за типом «удару шаблі», лінійна чи стрічковидна, зостериформна, кільцевидна – ангіум) (*sclerodermia linearis*).

1.3 Поверхнева бузкова форма Гужеро (*sclerodermia superficialis Gougerot*).

1.4 Хвороба білих плям (склероатрофічний ліхен Цумбуша) (*morbus albomacularis Zumbusch*).

1.5 Геміатрофія обличчя Перрі–Ромберга (*hemiatrophia Parry–Romberg*).

2 За поширеністю та тяжкістю патологічного процесу:

2.1 Осередкова.

2.2 Дисемінована

2.3 Поширена.

2.4 Генералізована.

3 За стадіями розвитку патологічного процесу:

3.1 Набряк.

3.2 Склероз.

3.3 Атрофія.

3.4 Кальциноз (синдром Тіб'єрж–Вайссенбаха (Thibierge–Weissenbach)).

В. Діагностика на санаторно-курортному етапі

Основні клінічні критерії. Білі або рожево-червоні, з фіолетовим обідком плями розміром 10 см і більше, які локалізуються на різних ділянках шкіряного покриву. У подальшому вогнище ураження стає щільної консистенції, шкіра у вогнищі жовтуватого кольору, гладенька, блискуча. У вогнищі ураження випадає волосся, відсутне потовиділення, чутливість ослаблена. У складках шкіри на місцях ураження можуть з'являтися виразки. У процесі еволюції вогнища фіолетовий обідок по периферії та ущільнення зникають, і формується атрофія шкіри. Іноді вогнища ураження кальцинуються. Перебіг хвороби хронічний. Загальний стан хворого не порушується, однак іноді дифузне ураження шкіри поширюється на всю шкіру та поєднується з фіброзним ураженням внутрішніх органів та нервової системи з подальшою трансформацією в системний процес.

Лабораторні дослідження:

а) обов'язкові:

- загальний аналіз крові;
- цукор крові;

- загальний аналіз сечі;

- аналіз сечі за Зимницьким;

- печінковий комплекс;

- імунограма;

б) додаткові (індивідуально за показаннями):

- антиядерні антитіла;

- ревмапроби;

- кріоглобуліни;

- вміст кальцію в крові.

Інструментальні дослідження.

а) обов'язкові:

- електрокардіографія;

- електроенцефалографія;

б) додаткові:

- рання біопсія шкіри;

- люмінесцентна діагностика;

- експрес-діагностика за допомогою холестеричних рідких кристалів.

Консультації спеціалістів: за показаннями.

Лікування обмеженої склеродермії являє собою одну з найбільш складних проблем сучасної медицини. Терапія повинна бути строго індивідуальна, комплексна, етапно-курсowa й передбачати три етапи:

- 1 етап – лікування до зникнення ознак прогресування й активності патологічного процесу;

- 2 етап – санаторно-курортне лікування;

- 3 етап – амбулаторно-поліклінічний диспансерний нагляд.

На 1 етапі проводять санацію виявлених вогнищ фокальної інфекції, супутніх захворювань та функціональних порушень; при цьому передбачають прийом протиінфекційних, протизапальних, загальноукріплюючих препаратів, що покращують мікроциркуляцію на фоні адекватної імунокорекції.

2 етап – перехід патологічного процесу в стадію склерозу й атрофії (санаторно-курортне лікування).

3 етап – диспансеризація, нагляд та проведення профілактичних курсів лікування в амбулаторних умовах на фоні повноцінної збалансованої дієти:

- гіпосенсибілізуючі, розсмоктуючі препарати, вітаміни;

- щадний режим з виключенням можливості травмування, загострення інфекційних та вірусних захворювань, інсоляції, шкідливих звичок тощо.

Обсяг лікувальних заходів. Санаторно-курортне лікування проводиться хворим з

II ступенем активності при хронічному, рідше – підгострому перебігу склеродермії:

а) санаторний режим: тренувальний або щадний (виключити травми, переохолодження, інсоляцію та ін.);

б) дієтотерапія: стіл № 15 (раціон № 5) або за показаннями;

в) кліматотерапія:

- I-III режим (індивідуально);
- сон та організація прогулянок на свіжому повітрі;

г) руховий режим:

- лікувальна фізкультура (індивідуально);
- механотерапія;
- дозована лікувальна ходьба на свіжому повітрі;

д) мінеральні води: для пиття.

е) пелоїдо- або теплотерапія: грязьові, нафталанові, парафінові аплікації на область осередків ураження (у III стадії теплові процедури протипоказані!);

е) бальнеотерапія:

- вуглекисло-ріпні, газо-грязьові ванни;
- сульфідні, радонові ванни;
- водний масаж;
- ліманолікування;

ж) апаратна фізіотерапія:

- мікрохвильова терапія;

- електрофорез лікарських засобів (Лідази, гіалуронідази, трипсину, хімотрипсину, Ронідази, іхтіолу, йодиду калію тощо);

- фонофорез Пелоїдину з Флуцинаром, або з 1-відсотковим гідрокортизоном, з пеніциліном, з аргосульфаном, з димексидом та ін.;

- ультразвук;

- індуктотермія;

- магнітотерапія;

- кріомасаж рідким азотом або снігом вугільної кислоти;

- вакуумна терапія;

з) додатково:

- масаж на обліпиховому маслі;

- УФО-опромінення;

- медикаментозне лікування – за показаннями.

Термін санаторно-курортного лікування: 18-21-24 дні.

Показники результатів лікування: поряд з позитивною динамікою симптомів основного захворювання враховуються психоемоційний статус, поліпшення лабораторних показників та самопочуття.

Протипоказання: усі форми склеродермії в активній стадії.

ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПСОРИАЗУ

А. Шифр за МКХ-10: L40.

Б. Назва захворювання: Псоріаз (*psoriasis vulgaris*); *син.:* лускатий лишай, псоріатична хвороба.

Псоріаз – непізнана (мультифакторна) системна патологія людини, в основі якої – порушення мітотичної активності та процесів диференціювання кератиноцитів, з хронічним перебігом та мономорфною папульозною висипкою.

Класифікація псоріазу

1 За клінічними формами:

- 1.1 Краплевидний.
- 1.2 Лентикулярний.
- 1.3 Бляшечний.
- 1.4 Фігурний.
- 1.5 Географічний.
- 1.6 Ексудативний.
- 1.7 Дифузний.
- 1.8 Універсальний.
- 1.9 Тотальний.

1.10 Атипові форми псоріазу:

1.10.1 Себорейний.

1.10.2 Фолікулярний.

1.10.3 Інтертригінозний (складок).

1.10.4 Бородавчастий (верукозний) або папіломатозний.

1.10.5 Устрицеподібний.

1.10.6 Пустульозний псоріаз Цумбуша (Zumbusch).

1.11 Ускладнені форми псоріазу:

1.11.1 Псоріатична еритродермія.

1.11.2 Псоріатична артропатія.

1.11.3 Псоріатична катаракта.

1.11.4 Псоріаз долонь та підшов Барбера (Barber).

1.11.5 Псоріатичні ураження внутрішніх органів.

2 За стадіями псоріазу:

2.1 Прогресивна.

2.2 Стаціонарна.

2.3 Регресивна.

3 За сезонністю загострення:

3.1 Літня форма.

3.2 Зимової форма.

3.3 Змішана форма.

В. Діагностика на санаторно-курортному етапі

Основні клінічні критерії. На характерних місцях локалізації – монотипна висипка плоских, епідермальних, рожево-червоного кольору папул, покритих біло-сріблястими лусочками, що легко відшаровуються. Бляшки різної величини, які нерідко зливаються між собою у великі інфільтровані вогнища з циклічними обрисами. При пошкрябуванні псоріатичної папули в прогресивній стадії – три діагностичних феномена:

- стеаринова пляма;
- термінальна плівка;
- точкова кровотеча (симптому Ауспіца).

Позитивний феномен Кебнера (поява висипів при ушкодженні шкіри). Слизова оболонка ротової порожнини уражується вкрай рідко. При псоріазі часто уражаються нігті; їх поверхня нагадує наперсток; спостерігаються поперечні борозни на нігтях, їх стовщення та деструкція, піднігтьовий гіперкератоз тощо.

При розвитку псоріатичної еритродермії (*erythema psoriatica*) – значно підвищується температура тіла, порушується загальний стан хворого; яркий універсальний висип.

Пустульозний псоріаз (*psoriasis pustulosa*) характеризується виникненням інтраепідермальних стерильних пустул на гіперемованій основі та типовими псоріатичними бляшками на різних ділянках шкіри.

Найбільш тяжкою формою дерматозу є артропатичний псоріаз (*psoriasis arthropathica*), який супроводжується симетричним множинним ураженням суглобів. Клінічно спостерігається сильна біль дрібних суглобів на кистях та стопах, а також гомілковостопних та проміневоzap'ясних, припухлість та обмеження рухливості суглобів. Уражені суглоби деформуються та викликають інвалідизацію хворого.

Лабораторні дослідження:

а) обов'язкові:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- ревматологічний комплекс;
- біохімія печінкова;

б) додаткові:

- імунограма;
- коагулограма;
- дослідження зіскобу зі слизової оболонки уретри, соку передміхурової залози на хламідії;
- посів умісту пустул;
- дослідження крові на ВІЛ-інфекцію.

Інструментальні дослідження:

а) обов'язкові:

- перевірка ізоморфної реакції подразнення Кебнера;
- діаскопія і вітропресія;
- метод пошкрябування;

б) додаткові (за призначеннями):

- електрокардіографія;
- дуоденальне зондування;
- рентгенографія уражених суглобів;
- ультразвукове дослідження внутрішніх органів.

Консультації спеціалістів: за показаннями.

Обсяг лікувальних заходів:

а) санаторний режим: I-III (індивідуально);

б) дієтотерапія: стіл № 5, або № 6, або № 7, або № 15 (раціон № 4 або № 5), або за показанням;

в) кліматотерапія: I-III режим (індивідуально); основними методами курортотерапії в комплексному лікуванні є гелео-аероталасотерапія; сонячні ванни, купання в морі;

г) руховий режим:

- лікувальна фізкультура;
- ранкова гігієнічна гімнастика;
- лікувальна дозована ходьба;
- теренкур (за показаннями);

д) мінеральні води: для пиття малої та середньої мінералізації;

е) пелоїдо- або теплотерапія:

- аплікації;
- укутування (обгортання) лікувальними грязями, нафталаном, озокеритом, парафіном (сприяння зворотному розвитку бляшок);

є) бальнеотерапія: (тренувально-щадний режим):

- сірководневі загальні або 4-камерні, або хлоридо-натрієві, або газо-грязьові ванни;
- для розсмоктування інфільтратів і вогнищ гіперкератозу використовують висококонцентровані ванни; рекомендуються також вуглекисло-сірчано-водневі, радонові,

йодно-бромисті і лужні ванни; доцільне призначення комбінованих сірчано-воднево-радонових ванн;

- загальні ванни поєднуються з додатковими процедурами (зрошування ураженої шкіри, камерні ванни тощо);

- ромашкові, крохмальні, содові, хвойні, шавлієві, скипидарні та інші ванни;

ж) апаратна фізіотерапія:

- УФ-опромінення;
 - ПУВА-терапія;
 - фотохіміотерапія (ФХТ);
 - селективна фототерапія (СФТ);
 - УВЧ-терапія;
 - магнітотерапія;
 - індуктотермія;
 - ультразвукова терапія;
 - мікрохвильова терапія;
 - гальванізація;
 - флюктуриоризація;
 - лазеротерапія (лазерна акупунктура, лазерофототерапія, лазерне опромінення в комбінації з постійним магнітним полем, із СФТ);

з) додатково:

- електросон;
 - рефлексотерапія;
 - психотерапія;
 - фітотерапія;
 - папаверин-електрофорез загальний за Вермелем;

- підводно-кишкові (субаквальні) промивання;

и) медикаментозне лікування (враховувати терапію в прогресивній стадії в стаціонарі – цитостатики, кортикостероїдні препарати, ароматичні ретиноїди, циклоспорин А, імуноциклоспорин, екстракорпоральні методи лікування):

- гепатопротектори;
 - ферменти;
 - вітаміни (групи В, вітаміни А і С, вітамін Р, Кокарбоксілаза, вітамін D₃);
 - імуномодулятори;
 - седативні препарати і транквілізатори (Гідазепам, Адаптол, Мебікар та ін.);
 - заспокійливі й гіпотензивні препарати (алкалоїди беладони і фенобарбіталу);
 - препарати кальцію;
 - методи дезінтоксикації (гемодіаліз, гемосорбція, гемофільтрація, плазмафорез, ентеросорбція та ін.) тощо;

і) медикаментозне лікування при псоріатич-

ному поліартриті:

- НПЗП («Моваліс», «Наклофен», «Німід», «Ніган», «Фелдене» та ін.);

- хондропротектори з глікозаміногліканами («Міакальцик» та ін.);

к) зовнішня терапія:

- топічні ГКС (кловейт, кутивейт, дипросалік, лоринден А, синафлан, флуцинар та ін.);

- кератолітичні засоби (2-5-відсоткова саліцилова мазь, мазь «Керасал», Топікрем «SOS» з 10-відсотковою сечовиною);

- розсмоктуючі засоби (2-5-відсоткова сірчано-дегтярна мазь, 5-відсоткова іхтіолова, 5-10-відсоткова нафталанова та ін.);

- пом'якшуючі засоби (клобаза, ліпікар та ін.);

- мазі з кальціпотріолом («Форкал» та ін.).

У стаціонарній стадії псоріазу на фоні санаторно-курортного лікування рекомендовано місцево мазь «Псоріатен» (в якості головного алкалоїду виступає берберин та його похідні: ятроноридин, палатин, колумбамін). Фармакокінетика:

- гальмування синтезу протеїну та РНК;
 - зниження синтезу ДНК та глюкозного обміну речовин;
 - антагонічна дія на кальмодулін;
 - зменшення запалення шкіри;
 - зменшення процесів грануляції в різних *vivo*-системах.

Застосування мазі «Псоріатен». Мазь наноситься на уражені ділянки шкіри 2-3 рази на день та злегка втирається. Мазь «Псоріатен» можна наносити на будь-які ділянки шкірного покриву, у тому числі на обличчя, шию та на ділянки шкірних складок. Можливо застосовувати тривало у зв'язку з відсутністю побічних ефектів. Можна застосовувати під оклюзивну пов'язку, спільно з топічними стероїдами. Такий спосіб прийому дозволить зменшити дозу гормонального препарату та, згодом, дає можливість раніше відмінити кортикостероїдний засіб. Добре комбінувати з процедурами ультрафіолетового опромінення (UVA та UVB), ліманотерапією та ін.

Санаторно-курортне лікування хворих на псоріаз проводиться лише в період стабілізації і регресу псоріатичних осередків ураження.

Курортне лікування на бальнеологічних / кліматичних і грязьових курортах показано в усі пори року, проте хворі із зимовим типом псоріа-

зу підлягають лікуванню в літній час. Курортний напрям на лікування псоріазу: до Криму, Одеси, Немирова Львівського, Солотвино тощо (бальнеологічні курорти з сульфідними, радоновими, ріпними, йодо-бромистими водами, лікувальними грязями, нафталановою нафтою).

Термін санаторно-курортного лікування:
18-21-24 дні.

ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ

А. Шифр за МКХ-10: L43

Б. Назва захворювання: Червоний плоский лишай; *син.*: лишай «обрісник» Вільсона (*Lichen ruber planus*).

Червоний плоский лишай – хронічна мультифакторна хвороба по типу реакції організму нез'ясованої етіології, яка проявляється папульозними висипами на шкірі та слизових.

Класифікація червоного плоского лишая
(за клінічними формами)

1 Кільцевидний (*lichen ruber planus annulatus*).

2 Лінійний чи смуговидний (*lichen ruber planus linearis, seu striatus*).

3 Серпігінозний (*lichen ruber planus serpiginosus*).

4 Зостериформний (*lichen ruber planus zosteriformis, seu zoniformis*).

5 Атрофічний або вторинно склерозуючий (*lichen ruber planus atrophicus, seu lichen sclerosus secundarius*).

6 Бородавчатий, або гіпертрофічний (*lichen ruber planus verrucosus, seu hypertrophicus*).

7 Коралоподібний (*lichen ruber planus moniliformis*).

8 Пігментний (*lichen ruber planus pigmentosus*).

9 Плоский волосяний (*lichen planopilaris*).

10 Приплюснутий або усічений (*lichen ruber obtusus*).

11 Пузирчастий (бульозний) або пемфігоїдний (*lichen ruber planus vesiculosus et bullosus, seu pemphigoides*).

12 Роговий або гіперкератотичний (*lichen ruber planus corneus, seu hyperkeratoticus*).

13 Еритематозний (*lichen ruber planus erythematosus*).

В. Діагностика на санаторно-курортному етапі

Основні клінічні критерії:

Показники результатів лікування:

- позитивна динаміка симптомів – відсутність або зменшення нових висипань та свербіння;

- при псоріатичному артриті – зникнення або зменшення болю, відновлення руху в суглобах, поліпшення якості життя хворого.

Протипоказання: прогресуюча стадія псоріазу.

а) сверблячий мономорфний папульозний висип від 0,2 до 0,5 см у діаметрі тілесного, рожевого чи червонувато-синюшного кольору, плескатої форми, полігональних обрисів з пуповидним вдавленням;

б) при змащуванні поверхні папул чи бляшок рослинним маслом чи водою визначається білого кольору зернистий чи сітчастий малюнок (сітка Уікхема);

в) позитивний феномен Кебнера.

Лабораторні дослідження.

а) обов'язкові:

- загальний аналіз крові та сечі;
- цукор крові;
- біохімія крові;

б) додаткові:

- імунограма;
- віруссограма.

Інструментальні дослідження (за показаннями):

а) обов'язкові: перевірка ізоморфної реакції подразнення Кернера;

б) додаткові:

- ультразвукове дослідження печінки, жовчного міхура, підшлункової залози;
- електрокардіографія.

Консультації спеціалістів: за показаннями.

Обсяг лікувальних заходів:

а) системна терапія:

- снотворні, седативні, антигістамінні препарати;
- антибіотикотерапія;
- вітаміни (А, D, E, ретиноїди);
- імуномодулятори (екзогенні інтерферони та інтерфероногени);
- гепатопротектори та ін.

б) зовнішня терапія:

- охолоджуючі та усуваючі свербіж суспензії з ментолом та анестезином;
- аплікації вітамінів А, Е та лініменту Ди-

- бунолу на осередки ураження;
- Холісал, кортикостероїдні мазі;
 - при ексудативно-гіперемічній та ерозивно-виразковій формах – аплікації розчинів протеолітичних ферментів, тетрациклінова мазь, епітелізуючі засоби (Солкосерил, обліпихова та шипшинова олії) та ін.;
- в) санаторний режим: II-III;
- г) дієтотерапія: стіл № 15 (раціон № 5), або за показаннями;
- д) зовнішня терапія:
- аплікації розчинів протеолітичних ферментів;
 - зрошування термальною водою;
- е) кліматотерапія: I-III режим (індивідуально);
- є) руховий режим:
- ранкова гігієнічна гімнастика,
 - групова лікувальна фізкультура;
- ж) мінеральні води: середньої та малої мінералізації для пиття.
- з) пелоїдо- або теплотерапія:
- грязьові аплікації;
 - грязьові тампони;
 - грязьові ванни;
 - парафіно-озокеритові аплікації;
- и) бальнеотерапія:
- сульфідні, радонові, газо-грязьові ванни;
 - морські купання;
 - душ дощовий чи голчатий;
- і) апаратна фізіотерапія:

- електрофорез;
 - іонофорез із седативними та проти-запальними засобами;
 - вакуум-терапія;
 - діатермотерапія;
 - УВЧ-терапія;
 - ультразвукова терапія;
 - магнітотерапія;
 - лазеротерапія (гелій-неоновий лазер);
 - магнітолазеротерапія;
 - УФО-опромінення;
 - фотохіміотерапія ПУВА;
 - квантова гемотерапія;
 - кріомасаж та кріодеструкція (при верукозній формі);
 - електрокоагуляція;
- к) додатково:
- електросон;
 - рефлексотерапія;
 - рефлексомузикотерапія;
 - психотерапія;
 - дарсонвалізація;
 - фітотерапія;
 - мікрохвильова резонансна терапія;
 - сонячні ванни.

Термін санаторно-курортного лікування:
18-21-24 дні.

Показники результатів лікування:

- а) зникнення сверблячки;
- б) частковий чи повний зворотній розвиток елементів на шкірі та видимих слизових оболонок;
- в) поліпшення самопочуття.

ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАРАПСОРІАЗУ

А. Шифр за МКХ-10: L41.

Б. Назва захворювання: Парапсоріаз (*parapsoriasis*).

Парапсоріаз – лімфоцитарне захворювання, якому притаманні форми як доброякісної, так і злоякісної трансформації.

Класифікація парапсоріазу
(за клінічними формами)

1 Ліхеноїдний парапсоріаз (*parapsoriasis lichenoides*):

1.1 Гострий парапсоріаз (*parapsoriasis acuta Mucha-Habermann*) типу Мухи-Хабермана.

1.2 Краплевидний парапсоріаз (*parapsoriasis guttata*) хронічний типу Юліусберга.

2 Бляшковий парапсоріаз (*parapsoriasis en plaques*):

2.1 Дрібнобляшковий.

2.2 Великобляшковий.

В. Діагностика на санаторно-курортному етапі

Основні клінічні критерії.

Ліхеноїдний парапсоріаз – різновид васкулітів шкіри без лімфоїдної проліферації.

При гострому парапсоріазі типу Мухи-Хабермана раптово на фоні запальних явищ виникає розповсюджена поліморфна висипка (папули з везикулами у центрі, варіолиформні пупири та геморагічні кірки), після регресу якої лишається гіперпігментація та/або штамповані рубчики.

При краплевидному парапсоріазі (парапсоріаз ліхеноїдний хронічний типу Юліусберга) – плоскі папули темно-червоного кольору з

бурим відтінком, діаметром 3-4 мм, з переважним ураженням внутрішньої поверхні плечей, передпліччя, бокових поверхонь грудей, навколо сосків, низу живота та верхньої частини спини; симптом «облатки», симптом «прихованого лущення», симптом «пурпури», симптом «колоїдної плівки» на фоні незмінного загального стану з довготривалим доброякісним перебігом та рецидивами.

Бляшковий параспсоріаз характеризується симетричними плямами або ледь інфільтрованими бляшками (діаметром до 5 см при дрібнобляшковому та 3-10 см – при великобляшковому параспсоріазі) жовто-рожевого кольору з чіткими кордонами вогнищ та лущенням на поверхні, тривалим злоякісним перебігом.

Лабораторні дослідження:

а) обов'язкові:

- загальний аналіз крові;
- цукор крові;
- коагулограма;
- тривалість кровотечі;
- час згортання крові;
- загальний аналіз сечі;

б) додаткові:

- імунологічні та алергологічні дослідження крові;
- ревмапроби.

Інструментальні дослідження:

а) обов'язкові:

- дермографізм;
- перевірка ізоморфної реакції подразнення Кебнера;
- діаскопія і вітропресія;
- метод пошкрябування;

б) додаткові (за призначенням): електрокардіографія.

Консультації спеціалістів: за показаннями.

Обсяг лікувальних заходів:

а) санаторний режим: загальний;

б) дієтотерапія: стіл № 6, або № 7, або № 15 (раціон № 4 або № 5), або за показаннями.

в) кліматотерапія: I-III режим (індивідуально); основними методами курортотерапії в комплексному лікуванні є геліо-водо-таласотерапія;

г) руховий режим:

- лікувальна фізкультура;
- ранкова гігієнічна гімнастика;

д) мінеральні води: для пиття;

е) пелоїдо- або теплотерапія: грязьові, або озокеритові, або інші аплікації;

є) бальнеотерапія (тренувальний або тренувально-щадний режим): морські, содові, крохмальні або хвойні ванни;

ж) апаратна фізіотерапія:

- УФ-опромінення селективне;
- місцеве комбіноване ультрафіолетове та інфрачервоне опромінення;
- ПУВА-терапія;
- змінне магнітне поле низької частоти;

з) додатково:

- електросон;
- рефлексотерапія;
- психотерапія – за показаннями;
- медикаментозне лікування – за показаннями;

и) загальне лікування:

- при ліхеноїдному параспсоріазі: антибіотики широкого спектру дії, вітаміни (аскорутин, ксантинолу нікотинат та ін.), теонікол, кортикостероїди, дифенілсульфон та ін.;
- великобляшковий параспсоріаз лікується, як лімфоми шкіри; вітаміни B_1 , B_6 , B_{12} , аскорбінова та ніотинова кислоти;

і) зовнішня терапія:

- кортикостероїдні мазі;
- пом'якшуючі засоби (мазь Клобаза і т. ін.).

Термін санаторно-курортного лікування: 18-21-24 дні.

Показники результатів лікування:

- зникнення, або зменшення, або відсутність нових висипань та свербіння;
- позитивні зміни клініко-лабораторних показників;
- нормалізація емоційної сфери.

Протипоказання: гостра стадія параспсоріазу.

Таким чином, особливості патогенезу склеродермії, псоріазу, червоного плоского лишая, параспсоріазу та характеру їх перебігу дали нам привід для розробки санаторно-курортних методик лікування цих тяжких дерматозів, що дозволило значно покращити якість життя пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрашко Ю.В. Терапевтична та ліпідонор-малізуюча дія курортних факторів Солотвино при псоріазі / Ю. В. Андрашко. - Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Київ, 2003. - 38с.
2. Вибірковість місцевої терапії у хворих на псоріаз із застосуванням лікувальної грязі Лакського озера / Т. В. Бабаранчик, Б. Г. Коган, Д. А. Дитківський, Т. М. Лобода / Мат. наук.-практ. конф. з міжнародн. участю „Актуальні проблеми застосування мінеральних вод у медичній практиці”, Трускавець–Моршин, 23-25 жовтня 2001р. // Мед. реабілітація, курортол., фізіотер. - 2001. - № 3. - С. 212-213.
3. Белый Л.И. Комплексное лечение больных нейродерматозами природными факторами местного озера Солёный лиман / Л. И. Белый // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. - 2008. - № 1-2 (11). - С. 271.
4. Возняк І.Я. Вивчення якості життя у пацієнтів з псоріатичною хворобою / І. Я. Возняк, Т.В. Святенко // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. - 2009. - № 1-2 (12). - С. 273-275.
5. УФА-1 терапия больных ограниченной склеродермией / В. А. Волнухин, Н. А. Мурадян, О. В. Выцборнова и др. // Вестн. дерматол. венерол. - 2007. - № 5. - С.4-8.
6. Иванова И.Н. Психосоматическое состояние больных красным плоским лишаем / И.Н. Иванова, Р. А. Мансуров // Вестн. дерматол. венерол. - 2005. - № 2. - С. 29-31.
7. Каленська О.В. Псоріаз: етіологія, патогенез, клініко-морфологічна картина, принципи лікування / О. В. Каленська, Л. В. Каленська, О. Г. Курик // Укр. журнал дерматол., венерол., косметол. - 2009. - № 3. - С. 5-9.
8. Кривко С.В. Опыт применения мази «Форкал» в комбинации с фототерапией при лечении больных псоріазом / С. В. Кривко, А.А. Франкенберг, В. А. Шевченко // Укр. журнал дерматол., венерол., косметол. - 2009. - № 3. - С. 20-22.
9. Лобода М.В. Лечебные грязи (пелоиды) Украины / М.В. Лобода. - К., 2006. - 320 с.
10. Надашкевич О.Н. Системна склеродермія / О. Н. Надашкевич. - Львів: Атлас, 2006. - 133 с.
11. Святенко Т.В. Червоний плоский лишай: діагностика та лікування: Монографія / Т. В. Святенко. - Донецьк: «Каштан», 2008. - 272 с.
12. Сизон О.О. Клініко-діагностичні критерії для визначення фенотипу псоріатичної хвороби / О. О. Сизон, О. Ю. Туркевич // Укр. журнал дерматол., венерол., косметол. - 2008. - № 4. - С. 30-37.
13. Таир Т.Г. Сочетанная методика лечения больных псоріазом на курорте «Куяльник» / Т. Г. Таир, И. Г. Дворяк / Мат. II нац. конгр. фізіотерап. та курортол. України „Курортні природні ресурси та фізичні чинники в медичній реабілітації”, Слов'янськ, 2002. // Мед. реабіліт., курортол., фізіотер. - 2002. - № 3. - С. 236-237.
14. Терлецький О.В. Псоріаз. Дифференціальна діагностика псоріазоподобних рідких дерматозов. Терапія / О. В. Терлецький. - СПб: Медицинский атлас, 2007. - 510 с.
15. Дерматовенерология: Навч. посібн. / За ред. В. П. Федотова, А. Д. Дюдюна, В. І. Степаненка. - Дніпропетровськ-Київ, 2008. - 600 с.
16. Boisnic S. Avene thermal spring water Cure in patients with oral lichen planus: 6-month postcure follow-up results / S. Boisnic, D. Licu, L. Ben Slama // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. - 2004. - No 11. - P. 291.
17. The efficacy of aloe vera gel in the treatment of oral lichen planus: a randomized controlled trial / C. Choonhakarn, P. Busaracome, B. Sripanidkulchai, P. Sarakarn // Br. J. Dermatol. - 2008. - Vol. 158, No 3. - P. 573-577.
18. Progressive extragenital lichen sclerosis successfully treated with narrowband UV-B phototherapy / R. L. Colbert, M. P. Chiang, C. S. Carlin, M. Fleming // Arch. Dermatol. - 2007. - Vol. 143. - P. 19-20.
19. Menter A. Current and future management of psoriasis / A. Menter, C. E. Griffiths // Lancet. - 2007. - Vol. 370. - P. 272-284.
20. Stern R.S. Psoralen and ultraviolet A light therapy for psoriasis / R. S. Stern // N. Engl. J. Med. - 2007. - Vol. 357. - P. 682-690.
21. Kreuter A. Narrowband UV-B phototherapy for extragenital lichen sclerosis / A. Kreuter, T. Gambichler // Arch. Dermatol. - 2007. - Vol. 143. - P. 12-13.