

Ефективність застосування реабілітаційних комплексів на основі галоаерозольтерапії у хворих на псоріатичну хворобу

Вантюх Н.В., Гайсак М.О., Кополовець Т.І., Небесник О.І.
ДУ «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України»

Вступ. Патологічний процес при псоріазі (Пс) має системний характер, внаслідок чого поряд зі шкірою та її дериватами спостерігається ураження внутрішніх органів, що зумовило появу терміну «псоріатична хвороба» (ПХ). Поєднання Пс із захворюваннями органів травлення (ОТ) зустрічається найчастіше, що сприяє опосередкованому погіршенню імунних зрушень – провідних при ПХ. Сучасне медикаментозне лікування Пс не завжди здатне зупинити прогресування хвороби, справляє певні побічні дії, в тому числі на ОТ, що визначає необхідність розробки технологій відновлювального лікування на основі використання засобів немедикаментозного впливу.

Широковідомі ефективність галоаерозольтерапії (ГАТ) у хворих на алергодерматози та можливість комбінувати її з іншими немедикаментозними факторами, кожен з яких успішно використовують у дерматології (сульфідними грязями, ропними ваннами, ультрафіолетовим опроміненням). Це послужило поштовхом для розробки та диференційованого застосування комплексного реабілітаційного лікування хворих на Пс, яке би гармонійно поєднувало всі ці природні та преформовані фізичні лікувальні чинники. Водночас наявність вісцеральних проявів з боку ОТ, які супроводжуються явищами кишкового дисбіозу, зумовлює доцільність доповнення немедикаментозного лікувального комплексу (ЛК) сучасним пробіотиком.

Мета. Підвищити ефективність комплексного реабілітаційного лікування хворих на Пс у стаціонарній

стадії з використанням пелоїдобальнеофототерапії (ПБФТ) та ГАТ.

Матеріали та методи

Обстежено 63 хворих на Пс середньотяжкого й тяжкого ступеня віком від 16 до 62 років; з них 41 хворий зі супутнім ураженням ОТ, 22 осіб – без нього. У контрольну групу для лабораторних досліджень увійшли 23 практично здорові особи. Комплексне обстеження включало клінічні дані з визначенням площі ураження шкіри у відсотках, причому середній ступінь діагностували при площі ураження 2–10%, а тяжкий – при ураженні понад 10% шкіри. Також вираховували індекс активності і тяжкості псоріазу – Psoriasis Activity and Severity Index (PASI). Дослідження клітинного імунітету проводилось з використанням моноклональних антитіл: CD3+, CD4+, CD8+, CD22+. Активність запального процесу оцінювали на основі визначення рівня прозапальних (фактора некрозу пухлин- α (TNF- α), інтерлейкіну-8 (IL-8) і протизапальних (IL-4, IL-10) цитокінів за допомогою імуноферментного методу з розрахунком їх співвідношення.

Відновлювальне лікування хворих на ПХ проводилось за двома лікувальними комплексами (ЛК) і полягало у застосуванні ПБФТ і ГАТ. Для пелоїдотерапії застосовували слаболужну тонкодисперсну мулову грязь оз. Кунігунда (с. Солотвино, Закарпатська обл.). Зовнішня бальнеотерапія проводилась у вигляді ропних ванн з концентрацією 60–120 г/л. При ЛК-1 тривалість сеансів ГАТ становила 60 хв (15, 30, 60 хв) при концентрації галоаерозолі 12–10 мг/м³. Уражені

ділянки шкіри були відкриті для доступу галоаерозолу. Через 1 год після сеансу ГАТ хворому проводили грязьові аплікації при температурі грязі (45 ± 2) °С тривалістю 10–30 хв по наростаючій, після чого пацієнт приймав ропну ванну при температурі розчину (38 ± 1) °С тривалістю 10–30 хв по наростаючій. Далі проводили загальні ультрафіолетові опромінення спектра А–В 0,5–2 біодози. Тривалість лікування становила 22–24 дні з кількістю процедур ПБФТ та ГАТ 15–17 на курс. При ЛК-2 комплексна ПБФТ та ГАТ, аналогічні до ЛК-1, доповнювались питним прийомом пробіотика субаліну (рекомбінантний пробіотик з імунорегуляторною активністю, лікувальну дію якого визначають живі бактерії *Bacillus subtilis*) тричі на день за півгодини до прийому їжі протягом 14 днів з метою усунення дисбіотичних явищ кишківника.

Результати

Загалом в усіх обстежених хворих площа псоріатичних уражень становила $10,1 \pm 0,70\%$. Індекс PASI в середньому становив $11,6 \pm 0,66$ бала. Особливості клітинного імунітету у хворих на Пс в стаціонарній стадії полягали в достовірному зниженні, порівняно з контролем, рівня Т-лімфоцитів ($61,2 \pm 0,35\%$ проти $66,4 \pm 0,59\%$; $p < 0,001$) за рахунок зменшення кількості CD8+-клітин до $23,95 \pm 0,26\%$ проти $28,62 \pm 0,38\%$ в контролі ($p < 0,001$), що супроводжувалось зростанням співвідношення CD4+/CD8+ до $1,55 \pm 0,02$ проти $1,31 \pm 0,02$ ($p < 0,001$). Дані зміни свідчать про дисбаланс в Т-ланці імунітету, що поєднувався зі збільшенням відсотка В-лімфоцитів. Відображенням активності запалення у хворих на Пс в стаціонарній стадії стало достовірне зростання порівняно з контролем рівнів прозапальних цитокінів (TNF- α в 2,7 раза, IL-8 в 2,0 раза відповідно), що супроводжувалось достовірним зростанням співвідношення між про- і протизапальними цитокінами ($p < 0,001$), що може бути основою для розвитку системних уражень.

При порівнянні показників дерматологічного статусу у хворих з патологією ОТ і без неї відмічено достовірне зростання площі псоріатичних уражень ($10,8 \pm 0,86\%$ і $7,73 \pm 0,94\%$ відповідно, $p < 0,05$) та індексу PASI у хворих з коморбідністю ($12,21 \pm 0,79$ проти $9,41 \pm 1,01$; $p < 0,05$), що вказувало на поглиблення тяжкості перебігу Пс за наявності захворювань ОТ. Окрім того, у хворих з коморбідністю, порівняно з групою без уражень ОТ, спостерігалось достовірне зростання співвідношення CD4+/CD8+ до $1,59 \pm 0,02$ проти $1,39 \pm 0,03$ ($p < 0,001$) і кількості В-лімфоцитів ($18,1 \pm 0,28\%$ проти $16,4 \pm 0,44\%$;

$p < 0,01$). Приєднання патології ОТ супроводжувалось також зростанням активності запального процесу з переважаючим підвищенням рівнів прозапальних цитокінів і поглибленням цитокінового дисбалансу.

Всіх хворих без патології ОТ лікували згідно з ЛК-1, тому в межах цього комплексу було виділено групу 1а без коморбідності (22 пацієнти) та групу 1б – з нею (20 осіб). Загалом при ЛК-1 спостерігалось достовірне покращення показників, що характеризують шкірний статус. Однак у хворих 1а групи, порівняно з 1б, на кінець лікування відмічені достовірно менша площа уражень ($p < 0,05$) і менша величина індексу PASI. В 1а групі індекс PASI зменшився з $9,4 \pm 0,23$ до $3,2 \pm 0,14$, а в 1б групі – з $12,4 \pm 1,02$ лише до $7,5 \pm 0,98$ ($p < 0,01$).

Дослідження показників клітинного імунітету виявило, що при застосуванні ЛК-1 у хворих 1а групи більшість показників досягали значень контролю, тоді як в 1б групі рівень CD3+- і CD8+-лімфоцитів залишався достовірно нижчим, а співвідношення CD4+/CD8+ та кількість В-лімфоцитів – достовірно вищими порівняно з контролем та 1а групою. Також у хворих 1б групи, порівняно з 1а, спостерігалось менш значиме зниження рівнів найпотужнішого прозапального цитокіну – TNF- α ($19,23 \pm 1,41$ та $13,80 \pm 0,84$ пг/мл відповідно; $p < 0,01$), яке супроводжувалось менш вираженим зниженням співвідношення про- і протизапальних цитокінів ($0,68 \pm 0,04$ проти $0,57 \pm 0,03$; $p < 0,05$), що вказує на недостатній імунореабілітаційний вплив ЛК-1 у хворих з ураженням ОТ.

Водночас застосування ЛК-2 (21 хворий), порівняно з ЛК-1, у хворих з патологією ОТ дало змогу досягти достовірно меншої площі уражень ($3,93 \pm 0,65\%$ при ЛК-2 проти $7,70 \pm 1,49\%$ ($p < 0,05$), індексу PASI ($3,9 \pm 0,74$ і $7,51 \pm 1,39$ відповідно; $p < 0,05$), рівня В-лімфоцитів ($14,2 \pm 0,32\%$ і $16,4 \pm 0,47\%$; $p < 0,001$), CD4+/CD8+ ($1,36 \pm 0,02$ проти $1,46 \pm 0,03$; $p < 0,02$), а також співвідношення між про- і протизапальними цитокінами ($0,54 \pm 0,045$ проти $0,68 \pm 0,04$; $p < 0,01$).

Висновки

Проведені дослідження дали змогу обґрунтувати доцільність застосування ГАТ і ПБФТ в комплексному реабілітаційному лікуванні хворих на ПХ в стаціонарній стадії як базового ЛК, дія якого повинна бути доповнена призначенням рекомбінатного пробіотика з метою корекції патології ОТ та підсилення імунореабілітаційного впливу.