

и др. Современные аспекты диагностики хронического хламидиоза, вызванного персистирующими формами хламидий. ЖМЭИ 2009, (4): 89–93.).

8. Pashko YP, Morgunova E, Sapatina LN, et al. Diagnosis of active persistent infections in patients with urogenital chlamydia. In: Genodiagnostic infectious diseases 2007: Sat. works. VI all Russian scientific-practical. conf.; M., 2007; vol.2, p. 181–183. Russian (Пашко Ю.П., Моргунова Е.Ю., Капотина Л.Н. и др. Диагностика активной персистентной инфекции у больных с урогенитальным хламидиозом. Генодиагностика инфекционных болезней 2007: сб. трудов. VI Всерос. науч.-практ. конф. Т. II. М., 2007; с. 181–183).

9. Feodorova VA, Sultanakhmedov ES, Saltykov YV, et al. Testing the blood of patients with urogenital chlamydia infection increases the efficiency of laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis. Molecular diagnosis 2014; (1): 172–173 Russian (Федорова В.А., Султанахмедов Э.С., Салтыков Ю.В. и др. Тестирование крови пациентов с урогенитальным хламидиозом повышает эффективность лабораторной диагностики Chlamydia trachomatis. Молекулярная диагностика 2014. (1): 172–173).

10. Safina ON. Urogenital chlamydia and chronic prostatitis. Sib Jur dermatol and venerol 2003; (4): 62–63 Russian (Сафина О.Н. Урогенитальный хламидиоз и хронический простатит. Сибирский журнал дерматологии и венерологии. 2003. (4): 62–63).

11. Peter N. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: A diagnosis to consider in women with right upper quadrant pain. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2004; 7 (3): 233–239.

12. Mavrov GI. Chlamydia trachomatis in the lumen of capillaries of the fallopian tubes: the possibility of hematogenous spread of infection. Phys The Academy of medical Sciences of Ukraine 1996; 4: 704–711 Russian (Мавров Г.И. Chlamydia trachomatis в просвете капилляров маточных труб: возможность гематогенного распространения инфекции. Журнал АМН Украины 1996; 4: 704–711).

13. Of sexually transmitted infections: Clinic, diagnostics, treatment / ed. by V.A. Molochkov; M.: Medicine, 2006; p. 384–413. Russian (Инфекции, передаваемые половым путем: клиника, диагностика, лечение / под ред. В.А. Молочкова. М.: Медицина, 2006; с. 384–413)

14. Treatment protocol "Urogenital chlamydial infection" / ed. by V.I. Kissina. M: Nyudiamed, 2011; p. 164–191. Russian (Протокол ведения больных «Инфекции, передаваемые половым путем». В кн.: Урогенитальная хламидийная инфекция / под ред. В.И. Кисиной. М: Ньюдиамед, 2011; с. 164–191).

15. Lanjouw E, Ossewaarde JM, Sary A, et al. 2010 European guidelines for the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS 2010; 21 (11): 729–37.

16. Workowski KA, Berman S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59 (RR-12): 1–10.

18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations for the Laboratory-Based Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae 2014. MMWR Recomm Rep, March 14, 2014; 63 (RR02): 1–19.

19. Quint KD, van Doorn LJ, Kleter B, et al. A Highly Sensitive, Multiplex broad-spectrum PCR-DNA-enzyme immunoassay and reverse hybridization assay for rapid detection and identification of Chlamydia trachomatis serovars. Molecular Diagnostics 2007; 9: 631–638.

20. Domeika M, Savicheva A, Sokolovskiy E, et al. Guidelines for the laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis infections in East European countries. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009 (Dec); 23 (12): 1353–1363.

21. Geisler WM, Suchland RJ, Whittington WL, et al. The relationship of serovar to clinical manifestations of urogenital Chlamydia trachomatis infection. Sex Transm Dis 2003; 30 (2): 160–165.

22. Churakov AA, Kulichenko AN, Kazakova ES. To the question about laboratory diagnostics-the stick of urogenital chlamydia infection. Clinical and laboratory diagnostics 2005; (2): 43–47 Russian (Чураков А.А., Куличенко А.Н., Казакова Е.С. К вопросу о лабораторной диагностике урогенитального хламидиоза. Клиническая и лабораторная диагностика 2005; (2): 43–47).

23. Kubanova AA, Frigo NV, Rotanov SV, et al. Modern approaches and prospects of development of laboratory diagnostics of sexually transmitted infections. Journal of Dermatology and Venereology 2011; 5: 54–63. Russian (Кубанова А.А., Фриго Н.В., Ротанов С.В. и др. Современные направления и перспективы развития лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем. Вестник дерматологии и венерологии 2011; (5): 54–63).

24. Gomes JP, Bruno WJ, Nunes A, et al. Evolution of Chlamydia trachomatis diversity occurs by widespread interstrain recombination involving hotspots. Genome Res 2008; 17: 50–60.

25. Stothard DR. Use of a reverse dot blot procedure to identify the presence of multiple serovars in Chlamydia trachomatis urogenital infection. J Clin Microbiol 2001; 39: 2655–2659.

26. Spraaragen J, Verhaest I, Mooi JS, et al. Analysis of Chlamydia trachomatis. Serovar distribution changes in the Netherlands (1986–2002). Sex Transm Infect 2005; 80: 151–152.

27. Lister NA, Faitley CK. C. trachomatis serovars causing urogenital infections in women in Melbourne, Australia. J Clin Microbiol 2005; 43: 2546–2547

УДК 616.517–036.17:615.26:615.831]–059 (045)

Краткое сообщение

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УСТЕКИНУМАБА И УЗКОПОЛОСНОЙ ФОТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА

Л.С. Круглова — Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, главный научный сотрудник, профессор, доктор медицинских наук; **Е.С. Пониц** — БУ ХМАО-Югры «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер», главный врач, кандидат медицинских наук; **А.М. Бабушкин** — БУ ХМАО-Югры «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер», врач дерматовенеролог, кандидат медицинских наук.

THE COMBINED USING OF USTEKINUMAB AND NARROW-BAND PHOTOTHERAPY IN TREATMENT OF SEVERE PSORIASIS

L. S. Kruglova — Moscow Scientific and Practical Center of Dermatology, Venereology and Cosmetology of Moscow City Health Department, Professor, Doctor of Medical Sciences; **E. S. Ponich** — BU Khanty-Mansi Autonomous District — Yugra «Khanty-Mansi clinical skin and venereologic dispensary», Head Physician, Candidate of Medical Science; **A. M. Babushkin** — BU Khanty-Mansi Autonomous District — Yugra «Khanty-Mansi clinical skin and venereologic dispensary», Dermatovenerologist, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 1.09.2015 г.

Дата принятия в печать — 15.09.2015 г.

Круглова Е.С., Пониц Е.С., Бабушкин А.М. Комбинированное применение устекинумаба и узкополосной фототерапии в лечении тяжелых форм псориаза. Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (3): 385–389.

Цель: оценка эффективности УФВ 311 нм фототерапии у пациентов с «эффектом ускользания», развившимся на 44–56-й неделе применения устекинумаба. **Материал и методы.** В клинических условиях проведены обследование и лечение 9 больных с распространенным вульгарным псориазом, получающих устекинумаб в виде подкожных инъекций в дозе 45 мг при массе тела пациента не более 100 кг и в дозе 90 мг при массе тела выше 100 кг, на 0-й, 4-й и затем на каждой 12-й неделе. Среди них 6 (66,7%) мужчин и 3 (33,3%) женщины в возрасте от 28 до 65 лет (средний возраст 45,3±3,7 года). У всех пациентов на 44–56-й неделе приема устекинумаба отмечался эффект «ускользания», в связи с чем им была назначена узкополосная фототерапия. **Результаты.** Комбинированное применение устекинумаба и УФВ 311 нм фототерапии у пациентов с «ускользанием эффекта» способствует выраженному регрессу клинических симптомов и позволяет длительно контролировать процесс, что подтверждается динамикой индексов PASI, BSA и ДИКЖ. **Заключение.** В случае развития эффекта «ускользания» при применении препаратов биологической терапии (устекинумаб) возможно назначение узкополосной средневолновой фототерапии, курсом 25–30 процедур.

Ключевые слова: псориаз, узкополосная ультрафиолетовая фототерапия, устекинумаб, PASI, BSA, ДИКЖ.

Kruglova LS, Ponich ES, Babushkin AM. The combined using of ustekinumab and narrow-band phototherapy in treatment of severe psoriasis. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2015; 11 (3): 385–389.

Aim: research the effectiveness of UVB 311nm phototherapy in patients with the “escape effect” that developed in the 44th — 56th weeks of the ustekinumab use. **Materials and Methods.** The examination and treatment of 9 patients with extensive psoriasis vulgaris receiving ustekinumab by hypodermic injection at a dose of 45mg if body weight of the patient not more than 100kg, and 90mg of body weight over than 100kg, on the zero week, the 4th week and then every 12 weeks. Among them 6 (66,7%) men and 3 (33,3%) women aged from 28 to 65 years. All patients in the 44th — 56th weeks of ustekinumab observed effect of “escape” in connection with which he has been appointed narrowband phototherapy. **Results.** The combined use of ustekinumab and UVB 311nm phototherapy in patients with “escape effect” contributes to the marked regression of clinical symptoms and allows you to control the process for long, which is confirmed by the dynamics of the index PASI, BSA and DLQI. **Conclusion.** In the case of the effect of “escape” in the application of biological therapy drugs (ustekinumab) possible appointment of a narrow-band medium wave phototherapy course 25–30 procedures.

Key words: psoriasis, narrow-band phototherapy, ustekinumab, PASI, BSA, Quality of Life.

Введение. Актуальность проблемы терапии псориаза обусловлена прежде всего широкой распространенностью дерматоза, неуклонным ростом заболеваемости, увеличением удельного веса тяжелых, торпидных форм и выраженным отрицательным влиянием на качество жизни пациентов [1]. За последнее десятилетие достигнуты значительные успехи в лечении больных псориазом, в значительной степени благодаря появлению новых методов, в том числе биологической терапии, а также пересмотра схем лечения. Разработанные алгоритмы и принципы терапии псориаза с учетом степени тяжести и качества жизни пациентов в большинстве случаев позволяют осуществлять контроль над заболеванием. Вместе с тем следует отметить, что в ряде случаев системной терапии существует высокий риск развития как ранних, так и отдаленных побочных эффектов, что в совокупности со значительной длительностью курсового лечения, а в ряде случаев с кратковременностью достигнутого клинического эффекта снижает комплаентность пациентов [2].

За последнее десятилетие внедрение в широкую клиническую практику биологических препаратов, которые селективно ориентированы на ключевые иммунные механизмы патогенеза псориаза, в значительной степени изменило прогноз при тяжелых формах дерматоза. На сегодняшний день биологическая терапия является основой системного лечения псориаза, поскольку в многочисленных исследованиях была продемонстрирована их высокая эффективность и достаточно благоприятный профиль безопасности без доказательств совокупной органоспецифической токсичности. Биологические методы лечения в настоящее время одобрены для применения среднетяжелого и тяжелого псориаза при отсутствии эффективности других методов системного лечения (метотрексат, циклоспорин, ретиноиды, ультрафиолетовая терапия). Существующие

для терапии псориаза биологические препараты можно условно разделить на 2 группы: действующие на фактор некроза опухоли (ФНО) — α (этанерцепт, инфликсимаб, адалимумаб) и ингибиторы интерлейкинов (ИЛ) — 12/23p40 — устекинумаб. Ингибиторы ФНО- α являются сильнодействующими иммунодепрессантами и потенциально могут приводить к реактивации латентного туберкулеза, увеличивать риск инфекций и злокачественных опухолей, особенно у пациентов с ревматоидным артритом и воспалительными заболеваниями кишечника, а также сопровождаться выработкой антител, значительно снижающих со временем эффективность терапии [2–4]. Исследования применения ингибитора интерлейкинов 12/23p40 показали большую безопасность как в отношении реактивации туберкулеза, так и в отношении других системных нежелательных эффектов, характерных для ингибиторов ФНО- α [5,6].

Устекинумаб представляет собой полностью человеческое моноклональное антитело (человеческий иммуноглобулин G1-к) к p40 субъединицы интерлейкина (ИЛ) — 12 и ИЛ-23 и активно воздействует на клинические проявления псориаза и одновременно на основные признаки псориатического артрита. В результате связывания субъединицы p40 ИЛ-12 и ИЛ-23 устекинумаб блокируется их взаимодействие с рецептором ИЛ-12R γ 1, расположенным на НК-клетках и Т-лимфоцитах. Благодаря этому не формируются опосредованные ИЛ-12 и ИЛ-23 сигналы, прерывается аномальный цитокиновый каскад, лежащий в основе патогенеза псориаза и связанные с этим созревание и экспансия клеток Th1 и Th17 [7].

По данным многочисленных исследований, эффективность применения устекинумаба выше, чем других препаратов биологической терапии. Так, достижение PASI 75 к 12-й неделе от начала терапии отмечается у более чем 70% больных [7, 8]. Устекинумаб характеризуется достаточно высоким профилем безопасности: в исследованиях зарегистрированные нежелательные явления (НЯ) в основном были легкой степени тяжести и не требовали коррекции лечения. Наиболее частыми были инфекции верхних

Ответственный автор — Круглова Лариса Сергеевна
Тел. сот. 8-916-705-69-07
E-mail: kruglovals@mail.ru

дыхательных путей, головная боль и артралгия. При этом частота инфекций и других НЯ, которые привели к прекращению лечения, в группах больных, получавших устекинумаб и плацебо, было сопоставимо [7, 8].

При выборе препарата биологической терапии учитывают прежде всего быстроту наступления ожидаемого клинического эффекта и безопасность. Большинство пациентов с псориазом демонстрируют хороший ответ на биологическую терапию уже через 3–6 месяцев от начала лечения, однако у части из них эффект может отсутствовать или быть недостаточным, то есть отмечается развитие первичной неэффективности. В этом случае рекомендуется смена одного биологического препарата на другой. У некоторых пациентов при применении возможно развитие «ускользания эффекта», что, главным образом, связано с появлением нейтрализующих антител к препарату и в большей степени характерно для ингибиторов ФНО- α . В случаях вторичной неэффективности рекомендуется назначение метотрексата либо смена препарата, однако в последующем возможно снижение эффекта.

В случаях «ускользания эффекта», не связанного с образованием антител, обоснованным является применение узкополосной средневолновой фототерапии (УФВ 311нм), так как в этом случае не приходится ожидать повышения частоты системных побочных эффектов. Общепризнано, что наиболее эффективным и безопасным методом лечения псориаза среднетяжелого течения является узкополосная средневолновая фототерапия, что подтверждено многочисленными исследованиями с высокой доказательной базой [9, 10]. Однако до настоящего времени комбинированные методики, включающие биологические препараты и фототерапию, все еще не нашли широкого применения в лечении данного дерматоза, что явилось основанием для разработки схем терапии с использованием устекинумаба и узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии.

Материал и методы. В клинических условиях были проведены обследование и лечение 9 больных с распространенным вульгарным псориазом, получающих устекинумаб в виде подкожных инъекций в дозе 45 мг при массе тела пациента не более 100 кг и в дозе 90 мг при массе тела выше 100 кг, на 0-й, 4-й и затем на каждой 12-й неделе. Среди них 6 (66,7%) мужчин и 3 (33,3%) женщины в возрасте от

28 до 65 лет (средний возраст $45,3 \pm 3,7$ года). У всех пациентов на 44–56-й неделе приема устекинумаба отмечался эффект «ускользания». Пациентам была назначена узкополосная средневолновая фототерапия. Процедуры УФВ 311 нм проводились от аппарата Waldman UV-7002 K («Waldman», Германия). Минимальную дозу облучения определяли после установления фототипа кожи пациента. При I типе кожи начальная доза УФВ (311 нм) составляла 0,2 Дж/см², при II-IV — 0,3 Дж/см², увеличение дозы проводилось на 0,1 Дж/см² через процедуру при I типе кожи и на 0,1 Дж/см² на каждую последующую процедуру при других фототипах. Процедуры назначали 5 раз в неделю, на курс — 25–30.

Всем больным проводились клинические методы обследования, соответствующие стандартам при данной патологии и включающие осмотр с оценкой дерматологического статуса с использованием общепринятого индекса PASI (Psoriatic area and severity index), BSA (Body Surface Area), а также осуществлялось изучение качества жизни больных с использованием дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Это объективные показатели, которые не только отражают тяжесть процесса, но и являются высоковалидными инструментами оценки эффективности проводимого лечения.

Анализ и обработка статистических данных проводились с помощью непараметрического метода Фридмана. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программ SPSS v.21 и Prism 6 Graphpad. Метод Фридмана применялся в связи с небольшим количеством испытуемых, а также поскольку нельзя было подтвердить допущение о нормальности распределения. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. У всех пациентов на 44–56-й неделе приема устекинумаба отмечался эффект «ускользания»: индекс PASI увеличился в среднем на 25% в сравнении с показателем на 12-й неделе, в связи с чем пациентам в комплекс лечения была включена ультрафиолетовая терапия УФВ 311 нм. После применения комбинированного метода наблюдалась выраженная положительная динамика в отношении всех клинических симптомов псориаза: снижение индекса PASI составило в среднем 65% в сравнении с показателями на 44–56-й неделе (рис. 1).

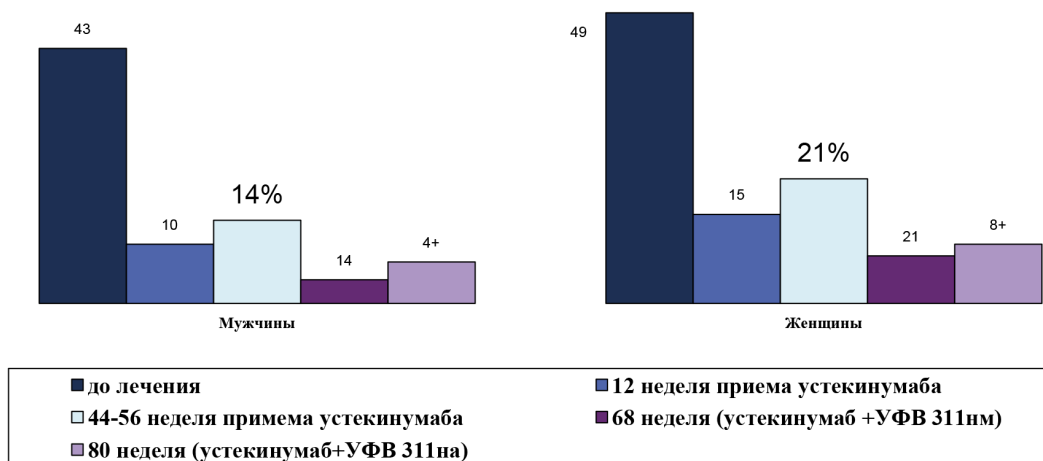


Рис. 1. Динамика снижения индекса PASI (баллы) у пациентов с распространенным вульгарным псориазом, получающих устекинумаб и УФВ 311 нм фототерапию (+ по оси ординат медианы значений индекса при $p < 0,002$, сравнение с показателями на 44–56-й неделе).

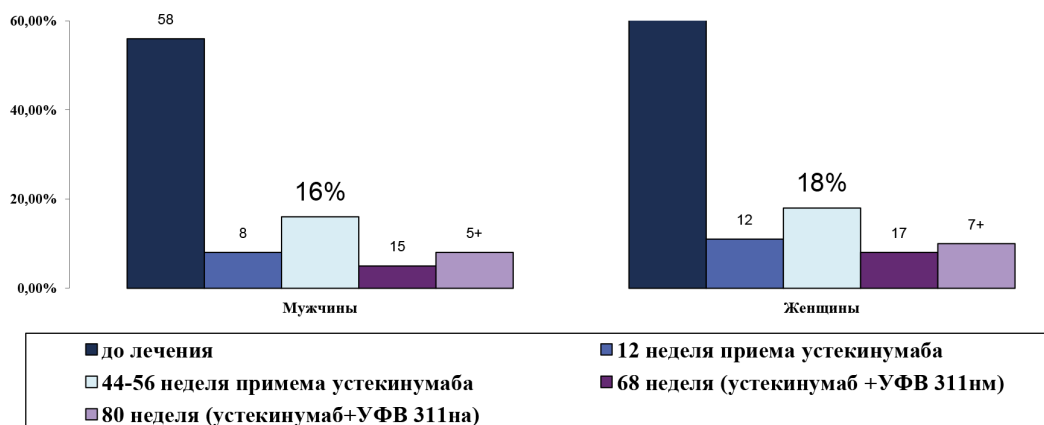


Рис. 2. Динамика снижения индекса BSA у пациентов с распространенным вульгарным псориазом, получающих устекинумаб и УФВ 311 нм фототерапию (+ по оси ординат медианы значений индекса при $p < 0,001$, сравнение с показателями на 44–56-й неделе).

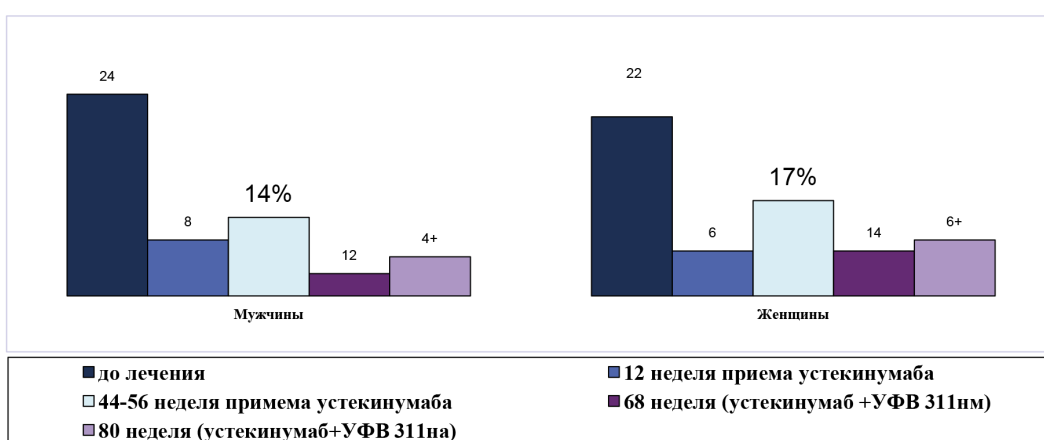


Рис. 3. Динамика индекса ДИКЖ (баллы) у пациентов с распространенным вульгарным псориазом, получающих устекинумаб и УФВ 311 нм фототерапию (+ по оси ординат медианы значений индекса при $p < 0,001$, сравнение с показателями на 44–56-й неделе).

Эти данные подтверждались динамикой индекса площади поражения BSA, который редуцировал в среднем на 60% в сравнении с показателем на 44–56-й неделе и сохранялся ниже 10% на протяжении всего периода наблюдений (рис. 2).

Наблюдения после применения УФВ 311 нм фототерапии показали стойкий клинический эффект в сроки до 80 недель от начала использования устекинумаба, что позволило не сокращать межинъекционный период введения устекинумаба.

Данные о динамике объективных симптомов заболевания (индексы дерматологического статуса) подтверждались данными индекса качества жизни. Положительная динамика индекса ДИКЖ составила в среднем 65% после включения в терапевтический комплекс ультрафиолетовой терапии (рис. 3).

Обсуждение. Получены очень хорошие, обнадеживающие результаты применения УФВ 311 нм терапии у пациентов, получающих препарат биологической терапии (устекинумаб) с развившимся «эффектом ускользания». При анализе непосредственных результатов эффективность комбинированного метода подтверждалась динамикой индекса PASI — 65% и индекса площади поражения BSA, который редуцировал в среднем на 60% в сравнении с показателями на 44–56-й неделе. Стабилизация кожного процесса и положительная динамика в значительной

степени способствовали улучшению качества жизни данной категории пациентов.

Отдаленные наблюдения на протяжении 80 недель показали, что применение узкополосной средневолновой фототерапии позволяет достигнуть стойкого клинического эффекта и не рассматривать вопрос о сокращении межинъекционного периода введения устекинумаба или переходе на другой препарат биологической терапии.

Выводы:

1. В случае развития эффекта «ускользания» при применении препаратов биологической терапии (устекинумаб) возможно назначение узкополосной средневолновой фототерапии курсом 25–30 процедур.

2. Комбинированное применение биологической терапии (устекинумаб) и УФВ 311 нм фототерапии в лечении больных вульгарным псориазом способствует выраженному регрессу клинических симптомов и позволяет длительно контролировать процесс, что подтверждается динамикой индексов PASI, BSA и ДИКЖ.

Конфликт интересов отсутствует.

References (Литература)

1. Kurd SK, Gelfand JM. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: results from NHANES 2003–2004. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60 (2): 218–224.

2. Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P, et al. European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23 (Suppl 2): 1–70.

3. Dommasch ED, Abuabara K, Shin DB, et al. The risk of infection and malignancy with tumor necrosis factor antagonists in adults with psoriatic disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64 (6): 1035–1050.

4. Doherty SD, van voorhees A, Lebwohl MG, et al. National Psoriasis Foundation consensus statement on screening for latent tuberculosis infection in patients with psoriasis treated with systemic and biologic agents. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59 (2): 209–217.

5. Tsai TF, Ho V, Song M, et al. The safety of ustekinumab treatment in patients with moderate-to-severe psoriasis and latent tuberculosis infection. *Br J Dermatol* 2012; 167 (5): 1145–1152.

6. Leonardi CL, Kimball AB, Papp KA, et al. Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal

antibody, in patients with psoriasis: 76-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 1). *Lancet* 2008; 371 (9625): 1665–1674.

7. Papp KA, Langley RG, Lebwohl M, Krueger GG, et al. Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 52-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX). *Lancet*. 2008; 371 (9625): 1675–1684.

8. Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P, et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2009; 23 (2): 1–70.

9. Krutmann J, Elmets CA. Phototherapy of psoriasis update with practical pearls. *J Cutan Med* 2002; 6 (3): 721–723.

10. Parsed D, Kanwar A, Kumar B. Phototherapy (UVB and PUVA) in the treatment of psoriasis. *J EADV* 2006; 20 (2): 175–177.

УДК 616.517–085.831.4–085.375] -07–036.8 (045)

Краткое сообщение

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕФЛУНОМИДА И УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УФ-ТЕРАПИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ

О.Е. Николашина — ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», заведующая отделением.

COMPARATIVE CLINICAL LABORATORY EVALUATION OF LEFLUNOMIDE AND NARROW-BAND MEDIUM WAVE ULTRAVIOLET THERAPY FOR PSORIASIS

O. E. Nikolashina — Penza Regional Clinical Center of specialized types of medical care, Head of the Department.

Дата поступления — 1.09.2015 г.

Дата принятия в печать — 15.09.2015 г.

Николашина О.Е. Сравнительная клинико-лабораторная оценка эффективности применения лефлуномида и узкополосной средневолновой УФ-терапии при псориазе. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2015; 11 (3): 389–392.

Цель: сравнительная клинико-лабораторная оценка эффективности применения лефлуномида и узкополосной средневолновой УФ-терапии у больных псориазом. **Материал и методы.** Обследовано 60 больных псориазом. В зависимости от лечения пациенты были разделены на 2 группы. Больным 1-й группы (30 человек) назначалась узкополосная средневолновая УФ-терапия — 20 процедур. Больные 2-й группы (30 человек) получали лефлуномид в сочетании с узкополосной средневолновой УФ-терапией. Для оценки эффективности терапии изучали цитокиновый профиль. **Результаты.** У пациентов, получавших лефлуномид в сочетании с фототерапией, отмечены более значимые сдвиги изучаемых показателей и более отчетливое разрешение высыпаний на коже. **Заключение.** Использование лефлуномида у больных псориазом в сочетании с узкополосной средневолновой УФ-терапией способствует более отчетливому разрешению псориатических высыпаний на коже и значительному улучшению качества жизни, а также нормализации цитокинового профиля периферической крови.

Ключевые слова: псориаз; лефлуномид; узкополосная средневолновая УФ-терапия; клиническая эффективность терапии; Т-лимфоциты; цитокины.

Nikolashina OE. Comparative clinical laboratory evaluation of leflunomide and narrow-band medium wave ultraviolet therapy for psoriasis. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2015; 11 (3): 389–392.

Objective: to compare the clinical and laboratory evaluation of the efficacy of leflunomide and narrow-band medium wave UV therapy in patients with psoriasis. **Material and methods.** 60 patients with psoriasis. The patients were divided into 2 groups depending on the treatment. Patients of group 1 (30 patients) administered narrowband medium wave UV therapy — 20 procedures. Group 2 patients (30 persons) received leflunomide in combination with narrow-band medium wave UV-therapy. To evaluate the effectiveness of therapy studied cytokine profile. **Results.** Patients treated with leflunomide combined with phototherapy, marked a significant shift of the studied parameters and clearer resolution of lesions on the skin. **Conclusion.** The use of leflunomide in patients with psoriasis in combination with narrow-band medium wave UV therapy promotes a more definite resolution of psoriatic lesions on the skin and a significant improvement in quality of life, as well as the normalization of peripheral blood cytokine profile.

Key words: psoriasis; leflunomide; narrow-band medium wave ultraviolet therapy; clinical efficacy of therapy; T-lymphocytes; cytokines.