

© ЛАПИНА Е. Ю., 2015

УДК 616.517-036.12-031.14-036.865-08

Лапина Е. Ю.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ПСОРИАЗА

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, 123995, г. Москва

*В статье дан обзор медико-социальной экспертизы и методов реабилитации хронического распространенного псориаза.*

*Ключевые слова:* хронический распространенный псориаз; псориатический артрит; инвалидность; медико-социальная экспертиза; грязелечение; эндоэкологическая реабилитация; лечение распространенного псориаза.

*Для цитирования:* Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015; 18(1): 54–56.

### MEDICO-SOCIAL EXAMINATION AND METHODS OF REHABILITATION OF CHRONIC DISSEMINATED PSORIASIS

Lapina E. Yu.

*The article gives an overview of medical and social expertise and rehabilitation methods of chronic disseminated psoriasis.*

*Key words:* chronic disseminated psoriasis; psoriatic arthritis; disability; medico-social examination; mud treatment; endoecological rehabilitation; treatment of disseminated psoriasis.

*Citation:* Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya. 2015; 18(1): 54–56. (In Russ.)

*Correspondence to:* Elena Lapina – MD; e-mail: cutis.medicus@gmail.ru.

Received 28.11.14

Псориаз – хронический эритематозно-сквамозный дерматоз мультифакториальной природы, с большей долей генетической компоненты. Характеризуется доброкачественной гиперпролиферацией эпителиоцитов, нарушением их дифференциации и процесса кератинизации, а также воспалительной реакцией в дерме. Имеет тенденцию к распространению и утяжелению кожного процесса в течение жизни больного, нередко вызывает изменения в различных органах и системах (ногти, суставы, позвоночник, иногда поражаются почки), которые в свою очередь приводят к инвалидизации. Безусловно, все вышеперечисленные факторы часто становятся причинами психической и социальной дезадаптации псориатического больного.

По статистике пациенты с хроническим распространенным псориазом в период обострения заболевания обращаются к врачу в среднем всего через 8 дней после начала процесса, а при медленно прогрессирующем течении – через 20–30 дней. Эти сроки не могут являться ориентирами, так как поздняя госпитализация увеличивает общую длительность нетрудоспособности.

По данным различных авторов, среди амбулаторных больных с распространенным псориазом количество случаев временной нетрудоспособности занимает 5–12-е место [1–3].

Временная нетрудоспособность связана с обо-

стрением патологического процесса: поражением мелких суставов, кожи лица, ладоней и подошв. По данным некоторых авторов, средняя продолжительность временной нетрудоспособности больных, лечившихся амбулаторно, составляет 15,2 дня. К труду больных выписывают при стабилизации процесса: стихании остроты воспалительной реакции, отсутствии свежих высыпаний, уменьшении мокнутия и прекращении роста размеров псориатических бляшек [1–3].

При таких состояниях, как псориатическая эритродермия, если временная нетрудоспособность составляет непрерывно 4 мес, или нетрудоспособность больного по причине данного заболевания насчитывала 5 календарных месяцев в течение года с перерывами, то такой пациент получает направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ). Если во время оформления документов наступает улучшение состояния, процесс регрессирует и переходит в стационарную стадию и видно, что больной не будет испытывать в дальнейшем трудностей для выполнения своих рабочих обязанностей, то МСЭ устанавливает дополнительный срок для долечивания. Если после длительной (более 2 мес) терапии в стационаре больной продолжает быть нетрудоспособным, состояние его ухудшается по причине прогрессирования патологического процесса или заболевание не поддается современным методам лечения, то ему устанавливают II группу инвалидности сроком на 1 год. Если речь идет о снижении квалификации, а не о полной нетрудоспособности, возможно установление III группы.

Необходимо коснуться артропатического псориаза, который развивается через 6–8 лет после дебюта

Для корреспонденции:

Лапина Елена Юрьевна – врач-дерматовенеролог, ст. лаборант каф. гериатрии и медико-социальной экспертизы; 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, e-mail: cutis.medicus@gmail.ru.

псориаза. Эта форма является инвалидизирующей. Термином «псориагическая артропатия» обозначается разнообразная патология опорно-двигательного аппарата у пациентов с псориазом – артралгии, артриты, артрозы и др., а также их сочетания.

Больные артропатическим псориазом в период обострения заболевания нетрудоспособны. Средние сроки временной нетрудоспособности – 43–45 дней. Экспертиза трудоспособности при данной форме проводится так же, как и при инфекционном неспецифическом полиартрите, в зависимости от характера поражения суставов. С учетом тяжести поражений больному устанавливается II или I группа инвалидности.

МСЭ будет принимать во внимание:

1. Стаж болезни, который определяется по дате взятия больного на диспансерный учет, а не с его слов.
2. Количество обострений, определяемых по обращаемости за медицинской помощью.
3. Тяжесть обострений, которая устанавливается на основе зафиксированной в медицинской документации длительности каждого обострения, возникновения случаев нетрудоспособности в момент обострения, а также необходимости госпитализации для купирования ухудшения процесса.
4. Применяемая терапия, которая должна соответствовать существующим стандартам, т. е. протоколам ведения больных с псориазом.
5. Стойкость нарушения нормальных физиологических функций [4].

Многие десятилетия разрабатывается и корректируется тактика ведения больных с хроническим распространенным псориазом. В зависимости от клинической формы дерматоза предусматривают использование разнообразных методов лечения.

В практике дерматовенеролога очень важно не ограничиваться проведением терапевтических мероприятий, но и после клинической ремиссии использовать различные реабилитационные технологии, позволяющие пролонгировать достигнутый положительный эффект.

Обратим внимание на стандартную терапию распространенного псориаза. Лечение варьирует в зависимости от возраста человека, образа жизни, состояния здоровья, симптомов и тяжести заболевания. Большинству пациентов рекомендуются препараты, включающие смягчающие вещества, кератолитики (например, салициловая кислота, антралин), камменноугольные смолы, производные витамина А, витамина D или аналоги (кальципотриен). Именно при распространенной форме псориаза применяют стероиды на область поражения, наносимые под окклюзионные повязки или ленты, а также комбинированное лечение препаратами из угля смолы с ультрафиолетовым светом, такие как UVB (Goeckerman режим) [1,3].

Хотя гормональная терапия может привести к достаточно быстрому и значительному улучшению состояния, после отмены этих препаратов часто возникает рецидив болезни. Более того, стероиды нельзя применять при пустулезной форме псориаза, так как такое лечение провоцирует обострение заболевания.

При распространенном псориазе, когда поражено более 20% тела пациента, также используют фототерапию (UVB и UVA псорален + [PUVA]) или системное лечение таблетированными или инъекционными препаратами.

Лечение ПУВА очень распространено. Пациент принимает фотосенсибилизатор и облучается UVA. Фотосенсибилизаторы могут быть пероральными и местными (например, крем, лосьон).

При артропатическом псориазе при незначительном патологическом процессе для лечения используют НПВС, которые снижают воспаление. А в более тяжелых случаях противовоспалительную терапию комбинируют с иммуномодулирующими противоревматоидными средствами (этанерцепт).

В результате в последние годы для лечения хронического псориаза используются достаточно эффективные, но имеющие серьезные побочные эффекты препараты, в том числе ингибиторы фактора некроза опухолей. Учитывая этот факт, многие врачи отдают предпочтение физиотерапевтическим методам и препаратам природного происхождения.

К большому сожалению, после распада СССР и закономерного снижения количества на территории современной Российской Федерации учреждений санаторно-курортного типа возможности грязелечения представлены единичными медицинскими курортами. Например, в Астраханской области обнаружены грязевые Тинакские озера [5]. Различными авторами было установлено, что грязелечение благотворно влияет на клиническую картину и микроциркуляцию в коже больных псориазом, о чем свидетельствуют снижение индекса PASI, нормализация измененных показателей микродинамики.

Также нельзя оставить без внимания гирудотерапию. С помощью таких сеансов улучшается снабжение тканей эпидермиса кислородом, стимулируется микроциркуляция крови, производится сосудорасширяющее действие, оказывается противовоспалительный эффект на пораженные тяжелой формой болезни ткани, снимается отечность, снижается риск оксидативного стресса кожных покровов на клеточном уровне, снижается частота рецидивов псориаза.

Жители мегаполисов ежедневно страдают от воздействия на них различных вредных факторов, связанных с экологическим неблагополучием. Кожа одна из первых берет на себя весь натиск вредного воздействия. Многие из этих факторов обладают общетоксичным, кожно-резорбирующим, раздражающим, обезвоживающим и обезжиривающим кожу действием. Безусловно, все это может приводить к общей интоксикации организма, осложняя течение и прогноз к стойкой ремиссии имеющегося распространенного псориаза.

Токсичные вещества, которые поступают в организм и образуются при дисфункции внутренних органов, метаболизируются и удаляются не полностью, из-за чего накапливаются в лимфе и интерстициальной жидкости. Одним из методов, позволяющих очистить внутреннюю среду организма и контролировать интерстициальный гуморальный транспорт и лимфатический дренаж, является эндоэкологическая

реабилитация [6]. Было установлено, что использование данной методики увеличивает эффект использованной терапии.

Исходя из вышесказанного, надо отметить, что в условиях современного мира заболеваемость хроническим распространенным псориазом неуклонно растет. Поэтому крайне важно более широко использовать и дополнять уже существующие методики реабилитации с доказанным положительным эффектом, а также разрабатывать новые.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В. П., Козин В. М. *Кожные и венерические болезни*. Медицинская литература: 2006: 277–88.
2. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., ред. *Клиническая дерматовенерология*. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009; 2: 212–34.
3. Баткаев Э.А., ред. *Избранные лекции по дерматовенерологии в 6 т.* М.: ГОУ ДПО РМАПО Росздрава. 2007; 1: 54–98.
4. Подгорнова Е.С. *Инвалидность и псориаз* // [http://floriderm.su/articles/disability\\_and\\_psoriasis.html](http://floriderm.su/articles/disability_and_psoriasis.html) – 2011.
5. Ерина И.А. *Лечение больных псориазом в Центре реабилитации «Тинаки»*: Дисс. ... канд. мед. наук. Астрахань, 2009.

6. Левин Ю.М. *Эндоэкологическая реабилитация (система ЭРЛ). Оздоровление, профилактика, терапия на клеточном уровне. (Раздел 1)*. М.; 2010.

#### REFERENCES

1. Adaskevich V.P., Kozin V.M. *Skin and Venereal Diseases. [Kozhnye i venericheskie bolezni]*. Meditsinskaya literature; 2006: 277–88. (in Russian)
2. Skripkin Yu.K., Butov Yu.S., eds. *Clinical Dermatology. [Klinicheskaya dermatovenerologiya]*. Moscow: GEOTAR-Media. 2009; 2: 212–34. (in Russian)
3. Batkaev E.A., ed. *Selected lectures on dermatology in 6 volumes. [Izbrannye leksii po dermatovenerologii v 6 tomakh]*. Moscow: GOU DPO RMAPO. 2007; 1: 54–98.
4. Podgornova E.S. *Disability and psoriasis* // [http://floriderm.su/articles/disability\\_and\\_psoriasis.html](http://floriderm.su/articles/disability_and_psoriasis.html) – 2011. (in Russian)
5. Erina I.A. *Treatment of psoriasis patients at the Rehabilitation Center "Tinaki"*: Dis. Astrakhan'; 2009. (in Russian)
6. Levin Yu.M. *Endoecological Rehabilitation (the System EER). Recovery, Prevention, Therapy at the Cellular Level. (Section 1). [Endoekologicheskaya rehabilitatsiya (sistema EER). Oздorovlenie, profilaktika, terapiya na kletochnom urovne. (Razdel 1)]*. Moscow, 2010. (in Russian)

Поступила 28.11.14

---

### УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

Обращаем ваше внимание на то, что со 2-го полугодия 2015 года журнал «Медико-социальная экспертиза и реабилитация» будет иметь один подписной индекс как для индивидуальных подписчиков, так и для предприятий и организаций:

в каталоге агентства «Роспечать» – **47281**,  
в каталоге «Пресса России» – **27883**.

Подписка на 2-ое полугодие будет открыта с 1 апреля 2015 года во всех отделениях почтовой связи.

---