



ВИТИЛИГО: *обзор современных методов коррекции*

Витилиго — эстетическая проблема, крайне трудно поддающаяся коррекции. Как правило, о полноценном восстановлении цвета кожи на пораженном участке речи вообще не идет. Однако улучшить ситуацию, сделав депигментированные пятна менее заметными, все-таки можно. Какие методики специалисты считают наиболее эффективными?



АНАСТАСИЯ РОМАШКИНА, к.м.н.,
врач-дерматокосметолог, дерматовенеролог,
дерматоонколог, физиотерапевт, главный врач компании
«Медицинский центр АВРОМЕД»
Москва

Витилиго (синоним — лейкопатия, лейкодерма приобретенная, пегая кожа) — хроническое неинфекционное заболевание, характеризующееся депигментацией кожи. Причины появления точно не установлены. Известно, что с витилиго не рождаются, лейкопатия начинает формироваться под действием ряда внеш-

нежности. Этиология и многие аспекты патогенеза витилиго окончательно неясны и вызывают споры среди специалистов. Однако известно, что патогенез связан с нарушением синтеза меланина на различных этапах и его транспортом в кератиноциты, а также аутоиммунными процессами, связанными с разрушением меланоцитов.

чего оказывает влияние на психоэмоциональное состояние больных, приводя порой к тяжелым депрессиям.

Как показывает мировой опыт терапии витилиго, его невозможно полностью излечить, тем более с помощью одного препарата или одной методики. Наилучший эффект дает комплекс лечебных, оздоровительных и профилактических мероприятий, включающий не только наружную коррекцию гипопигментированных пятен, но и использование иммуномодулирующих средств, антиоксидантов, кортикостероидов, психотропных препаратов, а также методов хирургической коррекции.

«**Определенную роль в развитии витилиго и увеличении размеров и количества уже имеющихся пятен играет наличие очагов хронической инфекции. Поэтому рекомендуется назначать пациенту периодический медицинский осмотр и при выявлении хронической инфекции проводить санацию очагов.**

них и внутренних факторов. По данным ВОЗ, популяционная частота витилиго в различных климатогеографических зонах составляет от 0,5 до 2%. Заболевание встречается у мужчин и женщин любой расовой принад-

лежности. Диагноз «витилиго» не вызывает затруднения и легко устанавливается при клиническом осмотре пациента. Заболевание проявляется очагами депигментации на коже, часто поражает открытые участки тела, за счет

Одно из важных звеньев лечения витилиго — коррекция общего состояния организма, включающая нормализацию ритма жизни, режима работы, физической активности, специальную гимнастику (в том числе дыхательную), водолечение (обычно используют ванны с солями Мертвого моря), релаксирующий массаж, ароматера-



При витилиго показана диета с повышенным содержанием аскорбиновой кислоты и витаминов группы В, продукты, богатые фотосенсибилизирующими веществами (инжир, шиповник, гречка, крапива, петрушка, щавель, сельдерей, шпинат), фитопрепараты, содержащие медь. Также пациентам рекомендуют чай с чередой и настойку арники горной.

пию, курсы детоксикации. Этот этап терапии оказывает общеукрепляющее и стимулирующее действие на организм, помогает пациенту расслабиться и успокоиться.

Не следует забывать и о диетическом сопровождении пациентов. Им показана диета с повышенным содержанием аскорбиновой кислоты и витаминов группы В, продукты, богатые фотосенсибилизирующими веществами (инжир, шиповник, гречка, крапива, петрушка, щавель, сельдерей, шпинат), фитопрепараты, содержащие медь. Также можно рекомендовать чай с чередой и настойку арники горной.

Доказано, что определенную роль в развитии витилиго и увеличении размеров и количества имеющихся пятен играет наличие очагов хронической инфекции. Поэтому рекомендуется назначать пациентам периодический медицинский осмотр и при выявлении хронической инфекции проводить санацию очагов.

Если вышеперечисленные звенья коррекции витилиго необходимы каждому пациенту, то

тактика терапии должна подбираться индивидуально.

При лечении витилиго назначают препараты, улучшающие тканевую обмен (липоевую и фолиевую кислоты, метионин, ретинола ацетат, сульфат меди, окись цинка, а также витамины и микроэлементы), микрциркуляцию (пентоксифиллин, мельдоний, рутин, экстракт мелилота, гинкго билоба). Их наносят на кожу и вводят с помощью инъекций мезококтейлей. Из физиотерапевтических методов применяют электрофорез с медью, селективную фототерапию, ПУВА-терапию, низкочастотные лазеры, например, с длиной волны 694 нм. Есть работы, показывающие эффективность лечения ультрафиолетовым эксимерным лазером с длиной волны 308 нм и 311 нм, однако для достижения результата при использовании такой методики требуется длительный и достаточно дорогостоящий курс (не менее 20 процедур).

Говоря о патогенезе витилиго, врачи уделяют большое внимание аутоиммунному механизму развития данного процесса. С целью снижения клеточного иммунитета кожи, во избежание

обострения заболевания и для стимуляции фолликулярных меланоцитов применяют комбинацию индивидуально подбираемой дозы УФ-облучения очагов поражения с фотосенсибилизирующими и антиоксидантными препаратами (псорален, хеллин, пигментин). Их используют и наружно, нанося на депигментированное пятно, и системно. Системная фототерапия назначается при поражении более 20% поверхности кожи и при ее устойчивости к топическому воздействию. Такие препараты, как псорален, триоксален сочетают с УФО или ПУВА-терапией. В рефрактерных случаях витилиго УФО, лазерную терапию, ИК-лучи используют в комплексе с кортикостероидными препаратами, которые применяют системно. При этом наружно показаны ингибиторы кальциневрина, антиоксиданты, аналоги простагландинов, а внутрикожно — инъекции 5-фторурацила.

Процедуры плазмотерапии служат увеличению количества тромбоцитов, что является патогенетически обоснованным, поскольку тромбоциты ускоряют генерацию стволовых клеток, под воздействием которых про-

исходит восстановление меланоцитов и, как следствие, пигментации кожи.

Среди хирургических методов наибольшее распространение получила пересадка кожи (а точнее — эпидермиса) или культивированных меланоцитов. При проведении пересадки часто проводят предварительную подготовку кожи, где расположен очаг витилиго, с помощью Er:YAG- или CO₂-лазера в импульсном режиме, что позволяет удалить эпидермис, простимулировать процессы репарации, тем самым улучшив приживаемость пересаживаемого лоскута.



Обширные зоны с витилиго требуют длительной и комплексной терапии с целью получения удовлетворительного результата.

Восстановление пигмента и замедление его потери невозможно без функционально активных меланоцитов. В этой связи особого внимания заслуживает методика транспланта-



Системную фототерапию витилиго назначают при поражении более 20% поверхности кожи и при ее устойчивости к топическому воздействию.

ции культивированных меланоцитов, источником которых служат волосяные фолликулы и единичные стволовые клетки в очаге витилиго. Благодаря клеточным технологиям стало возможным культивировать полученные из донорских участков меланоциты пациента и проводить их трансплантацию в очаги депигментации. Преимуществом подхода, включаю-



щего стадию культивирования, является возможность в десятки раз увеличить количество меланоцитов, а значит и уменьшить площадь кожного лоскута, необходимого для изготовления

трансплантата. Перед забором материала для усиления пигментации донорскую область облучают ультрафиолетом (4–6 сеансов). Чаще всего работают в области ягодиц. Культивируют меланоциты в специальной среде, содержащей ферменты, антибиотики, антимикотики. Методом культивирования из каждого биоптата получают 10–50 млн клеток, жизнеспособность которых не менее 96%. Данная технология позволяет получать как эпидермальные меланоциты, так и меланоциты волосяных фолликулов — резервный пул, способный к активной пролиферации и дифференцировке. Культивированные аутологичные меланоциты вводят в очаги депигментации, используя папульную технику, внутридермально по всей площади депигментированных очагов на расстоянии 5 мм друг от друга. Введение проводится трехкратно, один раз в 5–7 дней. В течение 12 недель после проведенной процедуры наблюдается репигментация пораженной зоны.

Витилиго продолжает оставаться центром внимания широкого круга специалистов как со стороны патогенеза данного заболевания, так и со стороны разработки новых методов коррекции. КД

Витилиго: ключевые моменты

- 1) Витилиго (лейкопатия, лейкодерма приобретенная, пегая кожа) — приобретенное хроническое неинфекционное заболевание, характеризующееся депигментацией кожи.
- 2) Как показывает мировой опыт, витилиго невозможно полностью излечить, тем более с помощью одного препарата или одной методики.
- 3) Одно из важных звеньев терапии витилиго — коррекция общего состояния организма (нормализация образа жизни, специальная диета и гимнастика, водолечение, релаксирующий массаж, ароматерапия, детоксикация и пр.).
- 4) Определенную роль в развитии витилиго играет наличие очагов хронической инфекции, поэтому рекомендуется регулярно проводить их санацию.
- 5) Коррекция состояния организма необходима каждому пациенту, а тактика терапии подбирается индивидуально.
- 6) Наилучший эффект дает комплекс мероприятий, включающий наружную коррекцию гипопигментированных пятен, применение иммуномодулирующих средств, антиоксидантов, кортикостероидов, психотропных препаратов, а также хирургическая пересадка эпидермиса. В числе методов лечения витилиго — физиотерапия, мезотерапия, плазмотерапия, фототерапия.
- 7) Восстановление пигмента и замедление его потери невозможно без функционально активных меланоцитов, поэтому в последнее время получила распространение методика трансплантации культивированных меланоцитов. Их получают из донорских участков кожи пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касымов О.И., Касымов А.О., Раззоков Х., Урунова Н. Пигментин в лечении больных витилиго // Научно-практический журнал ТИРПМК, 2014, №4, с. 107–108.
2. Лысенко В.И., Горностаева М.Е., Корсунская И.М. Комплексная терапия витилиго // Дерматовенерология и дерматокосметология, 2011, №1, с. 12–14.
3. Пигельгаупт Н.В., Ильина Н.Г., Криницына Ю.М., Мустафина С.В., Рымар О.Д., Сергеева И.Г. Особенности распределения меланина в коже у больных витилиго // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина, 2015, Т.13, вып. 4, с. 71–76.
4. Прошутинская Д.В., Волнухин В.А., Жилова М.Б., Боровая О.В. Эффективность терапии больных витилиго ультрафиолетовым эксимерным лазером // Вестник дерматологии и венерологии, 2009, №4, с. 68–73.
5. Усовецкий И.А., Куликова О.Д., Короткий Н.Г. Трансплантация аутологичных меланоцитов при витилиго у детей // Детская больница, 2010, №2, с. 40–42.
6. Усовецкий И.А., Шарова И.М., Короткий Н.Г. Клеточная дерматобиология — эффективный инструмент терапии витилиго. // Лечебное дело, 2011, №1, с. 76–79.
7. Шарафутдинова Л.А., Ломоносов К.М. Современные аспекты топической терапии витилиго // Российский журнал кожных и венерических болезней, 2014, №5, с. 40–45.
8. Юсупова Л.А., Юнусова Е.И. Алгоритм применения УФ-В-излучения с длиной волны 311 нм при витилиго // Эффективная фармакотерапия, 2014, №36, с. 28–31.
9. Ягофаров Ф.Ф., Абдрахманова Г.Ж., Измайлович М.Р., Терехова Т.И., Толеубекова Г.Т. Опыт применения мометокса в лечении витилиго // Наука и здравоохранение, 2013, №2, с. 47–48.