

Оглавление

Витилиго

Вопросы и ответы

Витилиго. Вопросы и ответы. Часть 1. Профессор Торелло Лотти, MD

Вопрос №1. Что такое витилиго?	3
Вопрос №2. Является ли витилиго частым заболеванием?	4
Вопрос №3. Что является причиной витилиго?	5
Вопрос №4. У меня витилиго. Будет ли витилиго у моих детей?	5
Вопрос №5. Правда ли, что витилиго отразится на моем качестве жизни?	6
Вопрос №6. Как установить, что я действительно болен витилиго?	7
Вопрос №7. У меня витилиго. Какие анализы крови или дополнительные исследования мне необходимы?	8
Вопрос №8. Правда ли, что витилиго может быть симптомом комплексного полисистемного заболевания человеческого организма?	9
Вопрос №9. Существует ли список заболеваний с симптомом белых пятен на коже, которые не относятся к витилиго?	10
Вопрос №10. Белые и депигментированные пятна на коже: как мне узнать, что они из себя представляют?	11
Вопрос №11. Как я могу лечить витилиго?	11
Вопрос №12. Можем ли мы остановить прогрессирование витилиго?	13
Вопрос №13. Депигментация: когда и как?	14
Вопрос №14. Какие индивидуальные факторы ассоциируются с предрасположенностью витилиго?	15
Вопрос №15. Хирургическое лечение витилиго: когда и как?	15
Вопрос №16. Татуировка витилиго: когда и как?	16
Вопрос №17. Следует ли принимать топические или оральные антиоксиданты при витилиго?	17
Вопрос №18. Что означает лечение витилиго каталазой и супероксиддисмутазой?	17
Вопрос №19. Каковы основные побочные эффекты при лечении витилиго?	18
Вопрос №20. Камуфляж: когда и как?	19
Вопрос №21. Психотерапия: когда и как?	19
Вопросы будущего. Новые концепции в лечении витилиго	21
Источники и литературные данные	23

Витилиго. Вопросы и ответы. Часть 2. Профессор Антонио Салафия, MD

Введение	24
Часть 1. Введение: цвет кожи	24
Часть 2. Первый вопрос: у кого появляется витилиго	25
Часть 3. Частота витилиго в мире	26
Часть 4. Возраст манифестации витилиго	26
Часть 5. Семейные случаи витилиго	27
Часть 6. Предрасполагающие факторы	27
Часть 7. Лечение и ведение витилиго. Введение	30
Часть 8. Лечение и ведение витилиго	30
Моя методика лечения	32

Витилиго. Вопросы и ответы.

Часть 1. Профессор Торелло Лотти, MD

Вопрос №1. Что такое витилиго?

Ключевые позиции

- Витилиго – это заболевание из группы пигментных нарушений, характеризующееся возникновением на коже депигментированных белых пятен. Витилиго возникает в любом возрасте и является заболеванием, психологически травмирующим больного.
- Витилиго поражает все типы кожи и проявляется с одинаковой частотой в любом возрасте и у мужчин и у женщин.
- Диагностика витилиго редко требует проведения биопсии, несмотря на существование большого количества заболеваний, связанных с потерей пигмента.
- Было предложено несколько теорий возникновения витилиго, большинство из которых поддерживают точку зрения о лежащих в основе заболевания аутоиммунных механизмах на основе генетической предрасположенности.
- Витилиго не возникает вследствие плохого медицинского ухода.
- Нервно-психическая конституция (поведение, образ мыслей) индивидуума может играть важную роль в возникновении заболевания.
- Витилиго не заразная болезнь, но в некоторых случаях инфекционные агенты могут опосредованно влиять на течение заболевания.
- Витилиго не связано с неправильным питанием, но правильно подобранная диета может помочь больному витилиго.
- Нет достоверных данных, что витилиго связано с загрязнением окружающей среды, но известно, что условия жизни играют определенную роль в возникновении заболевания.
- Не доказано, что витилиго является генетическим заболеванием и передается детям от родителей.
- Прогрессирование болезни может быть остановлено в 90% случаев.
- Лечение, помогающее во всех случаях витилиго, пока не найдено, но адекватные терапевтические и/или хирургические мероприятия дают удовлетворительный эффект больше чем в 85% случаев.
- Не отчаивайтесь! Это неправда, что витилиго не поддается лечению. Лечение существует, и научно-исследовательские работы по поиску методов лечения витилиго активно продолжаются во всем мире.
- VRF¹ стремится найти методы лечения витилиго, установить контакты между докторами и пациентами во всем мире и информировать докторов и пациентов о новых научных данных и возможностях терапии витилиго.

Ответ

Витилиго – это приобретенное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризуется возникновением белых четко ограниченных пятен, которые появляются вследствие разрушения или инактивации клеток, отвечающих за цвет кожи. Эти клетки называются меланоциты. Витилиго может появиться в любом возрасте. Известны случаи дебюта заболевания в возрасте 6 месяцев и после 80 лет. Витилиго само по себе хорошо переносится, но заболевание травмирует психику, особенно у людей с темным

цветом кожи, у которых оно наиболее заметно. Есть данные, что витилиго может иметь наследственную природу и передаваться генетически по мультифакторному типу. Точная причина витилиго неизвестна и чаще всего связывается с аутоиммунными процессами, оксидативным стрессом и/или нейрогенными нарушениями. Эти термины будут разобраны ниже.

Другими словами, витилиго – это заболевание кожи и/или слизистых, характеризующееся

¹ Фонд исследования витилиго (Vitiligo Research Foundation – VRF)

наличием белых пятен, часто, но не всегда симметричных, которые обычно увеличиваются со временем и соответствуют существенной потере нормально функционирующих эпидермальных меланоцитов и меланоцитов волосяных фолликулов.

Все указанные факты, по мнению научного сообщества, представляются не доказанными и противоречивыми, несмотря на то, что работа в этих направлениях может привести к пониманию природы заболевания и поиску пути излечения.

Очаги витилиго могут (редко) сопровождаться зудом и имеют высокую предрасположенность к солнечным ожогам. Витилиго – это хроническое персистирующее и часто прогрессирующее заболевание. Спонтанная репигментация редка и обычно проявляется лишь в перифолликулярных зонах волосяных фолликулов. Часто пациенты плохо информированы о своём заболевании. По данным одного исследования 51,3% пациентов

считает, что их витилиго было вызвано плохим медицинским обслуживанием, 30% думает, что ведущую роль сыграли особенности личности, 25% обвиняют неправильное питание, 21,3% – душевное состояние и 20% видят причину в загрязнении окружающей среды. Витилиго – НЕ контагиозное (незаразное) заболевание.

Витилиго – это заболевание, которое в настоящее время не может быть вылечено полностью, но с помощью разных подходов можно достичь значительного эффекта. Прогрессирование заболевания может быть остановлено в 90% случаев при адекватной терапии, чаще всего при комбинировании разных методик лечения. Более чем 85% больных витилиго хорошо отвечают на активное лечение (терапевтическое или хирургическое).

Итак, это не правда, что с витилиго ничего нельзя сделать. На самом деле, верно обратное утверждение!

Вопрос №2. Является ли витилиго частым заболеванием?

Ключевые позиции

- По крайней мере, 1% населения Земли страдает витилиго.
- У женщин витилиго дебютирует в первую декаду жизни.
- У мужчин – позже, пик заболеваемости витилиго приходится на пятую декаду жизни.
- Частота встречаемости витилиго мала в одних странах и очень велика в других: в Китае 0,09%, в то время как в Индии (Гуджарат) 8,8% населения имеют витилиго.
- В настоящее время нет достоверных объяснений факту такого большого различия между частотой витилиго в разных странах.

Ответ

Частота витилиго в мире составляет 0,5%–2%. Крупные исследования в Китае, Индии и Дании обнаружили частоту встречаемости витилиго 0,093%, 0,005% и 0,38%, соответственно. В Гуджарате (Индия) – самая высокая частота витилиго – около 8,8%. Мужчины и женщины поражаются с одинаковой частотой, но женщины склонны чаще обращаться к врачам по поводу лечения.

В большинстве исследований у 20% пациентов с витилиго есть прямые родственники, страдающие от заболевания. Средний возраст дебюта заболевания ниже у пациентов

с отягощенным наследственным анамнезом по витилиго, количество которых колеблется от 7,7% до более 50%. Витилиго значительно чаще встречается у молодых женщин (≤ 30 лет), чем у молодых мужчин.

Пик заболеваемости у женщин – первая декада жизни.

Пик заболеваемости у мужчин – пятая декада жизни.

Витилиго чаще диагностируется весной и летом (64,4%).

Вопрос №3. Что является причиной витилиго?

Ключевые позиции

- Причина витилиго неизвестна.
- Существуют различные типы витилиго.
- Различные типы витилиго могут иметь различное происхождение и причины.
- Самые распространенные формы витилиго, скорее всего, имеют в основе иммунные нарушения, при которых происходит продукция антител против меланоцитов. В настоящее время исследуется степень влияния стрессовых факторов, инфекции и аккумуляции в организме токсических веществ.
- Малочисленные формы витилиго могут быть связаны с повреждением нервных сплетений кожи.
- Аутоиммунная гипотеза – наиболее разработанная теория возникновения витилиго: есть данные, что иммунная система по каким-либо причинам действует против клеток, которые продуцируют пигмент меланин.
- Нейрогуморальная, цитотоксическая теория и теория оксидативного стресса в настоящий момент представляются умеренно достоверными. (Все медицинские термины будут объяснены на следующих страницах.)
- Новые теории сфокусированы на исследовании явлений меланоциторрагии – миграция, поражение и гибель меланоцитов внутри самой кожи.

Ответ

Остается неясным, что вызывает повреждение меланоцитов и их тотальную инактивацию и/или исчезновение при витилиго. Существует несколько теорий. Самые известные: аутоиммунная, нейрогуморальная, теория аномального выделения меланоцитов из эпидермальных слоев и аутоотоксическая.

Есть гипотеза, что витилиго представляет группу различных заболеваний с одинаковым симптомом: наличие белых пятен на коже. Теория конвергенции предполагает, что стресс, накопление в организме токсических веществ,

инфекции, аутоиммунные механизмы, генетические мутации, поврежденное клеточное окружение и нарушенная миграция меланоцитов – всё это может вносить свой вклад в развитие витилиго. Аутоиммунные механизмы, скорее всего, лежат в основе генерализованных форм витилиго, в то время как более локализованные феномены (например, поврежденная активность чувствительных нервов в коже) могут быть ответственны за сегментарное или фокальное витилиго. Витилиго может возникнуть на месте механической травмы кожи (это называется феноменом Кобнера).

Вопрос №4. У меня витилиго. Будет ли витилиго у моих детей?

Ключевые позиции

- Сохраняйте оптимизм! Если вы страдаете витилиго, это не означает, что у ваших детей будет витилиго.
- Генетические механизмы развития витилиго на настоящий момент не установлены.
- Если у вас есть витилиго, возможно, что у всех ваших родственников есть предрасположенность к витилиго.
- Конкордантность идентичных близнецов в развитии витилиго составляет 23% – это означает, что чисто генетический фактор болезни сомнителен.
- Большинство случаев витилиго спорадические, поэтому нет четкой закономерности развития витилиго у детей от родителей с витилиго.
- Меньше чем в 20% случаев у пациента с витилиго обнаруживаются родственники, также страдающие этим заболеванием.

Ответ

Хотя большинство случаев витилиго спорадические, семейные случаи не являются редкостью, и около 20% пациентов имеют родственника с витилиго. У представителей белой расы частота витилиго у сиблингов (братьев и сестер) равна 6,1%, что в 18 раз превышает частоту во всей исследуемой популяции. Частота витилиго среди родственников «первого уровня» у европейской, индо-пакистанской и испанской групп составляет 7,1%, 6,1% и 4,8% соответственно, в то время как мировая частота оценивается в 0,14% - 2%.

Эпидемиологические исследования демонстрируют, что витилиго наследуется по мультифакторному типу, с неполной пенетрантностью.Monozygotные (т.е. идентичные) двойни

с идентичной ДНК имели только 23%-ную конкордантность в развитии витилиго, что свидетельствует о преобладании НЕ генетического компонента в развитии болезни.

Семейная кластеризация генерализованного витилиго с другими аутоиммунными заболеваниями подтверждает аутоиммунную гипотезу с лежащей в основе генетической предрасположенностью к иммунологическим нарушениям. Среди пациентов с витилиго, 20% имеют тиреоидную дисфункцию (в 8 раз больше, чем во всей популяции), чаще всего гипотиреоз. Аналогичным образом отмечается повышенная частота аутоиммунных заболеваний и аутоиммунных нарушений эндокринной системы (смотри ниже).

Вопрос №5. Правда ли, что витилиго отразится на моем качестве жизни?

Ключевые позиции

- *Витилиго не только ухудшает качество жизни само по себе, но и в связи с тем, что во многих сообществах нет достаточного понимания этого заболевания, и существует мнение, что витилиго – это симптом лепры, половых инфекций или даже вид «божественного наказания».*
- *Врач-дерматолог и пациент должны открыто обсуждать эту проблему и вырабатывать позитивный взгляд, улучшающий качество жизни больного.*
- *Женщины в целом сильнее подвергаются психологической нагрузке, чем мужчины.*
- *Врачам важно суметь оценить влияние витилиго на качество жизни пациента и взять на себя инициативу по принятию мер в этом отношении.*
- *Врач-дерматолог должен всегда информировать пациентов с витилиго о возможности успешного лечения: это быстро позитивно сказывается на настроении пациента.*
- *Появление репигментированных участков на белых пятнах всегда добавляет оптимизма пациентам.*
- *В ряде случаев может быть подключена психотерапия, но только по строгим показаниям.*
- *Региональные сообщества поддержки пациентов с витилиго и VRF призваны помочь искоренить дискриминацию по отношению к больным витилиго во всем мире.*

Ответ

Витилиго действительно может быть заболеванием с тяжелым психологическим компонентом, особенно у пациентов с темным цветом кожи, и в случае неправильного подхода со стороны лечащего врача.

Оценка качества жизни всегда должна производиться врачом при первой встрече с больным. При этом оценка степени поражения

психосоциальной сферы пациентом и врачом может быть различна. Чтобы реально помочь пациенту, этот аспект проблемы должен отслеживаться во время всего лечения. Проведенные исследования доказывают, что витилиго несёт психологические и эмоциональные нагрузки, сравнимые с таковыми при хронической экземе рук или псориазе. При этом

женщины страдают больше, чем мужчины. В исследовании 158 пациентов с витилиго степень поражения эмоциональной сферы не зависела от цвета кожи пациентов. Пациенты с витилиго могут испытывать разнообразные нарушения психологического спектра: нарушения сна, депрессии, тревога, изменения настроения (так называемая дистимия), а также и сексуальные проблемы.

Клинические характеристики витилиго, такие, как продолжительность заболевания, локализация на открытых участках (поражение лица и груди), опыт неудачного лечения, темный цвет кожи, тяжелая степень заболевания – также могут усугублять влияние заболевания на качество жизни.

На самом деле, витилиго может стать, в первую очередь, психосоматическим заболеванием. Тот факт, что типичной локализацией витилиго являются открытые участки тела (руки и лицо), имеет ведущее значение для самооценки человека и его

самоощущения. Во многих сообществах до сих пор бытует мнение, что проявления витилиго – это симптом лепры или заболеваний, передающихся половым путем. В таком обществе женщины с витилиго независимо от их способностей ограничены в возможности получить образование и работу, а также выйти замуж. Многие пациенты настолько обеспокоены прогрессированием болезни, что это сказывается на их социальной жизни. Они переживают глубокое эмоциональное расстройство, стыд перед окружающими, депрессию.

Достоверная информация про витилиго (распространяемая среди здоровых людей врачами и средствами массовой информации) должна изменить это возмутительное и непонятное отношение к всего лишь нарушению цвета кожи. Организации пациентов с витилиго, группы поддержки и VRF созданы, чтобы побороть предрассудки и ложные стереотипы, которые крайне негативно отражаются на качестве жизни больных витилиго.

Вопрос №6. Как установить, что я действительно болен витилиго?

Ключевые позиции

- *Равномерные белые пятна на фоне нормальной кожи, безболезненные и обычно не дающие зуд – вот самое характерное проявление витилиго.*
- *Витилиго обычно обнаруживается весной и летом в открытых для солнечного излучения участках кожи. Белые пятна не загорают и очень чувствительны к солнечным ожогам.*
- *Дерматолог должен всегда проводить полное обследование кожных покровов на предмет витилиго*
- *Специальные устройства (лампа Вуда), излучающие фиолетовый свет, обычно используются для лучшей визуализации белых пятен – этого может быть достаточно для постановки правильного диагноза.*
- *Биопсия кожи в большинстве случаев не требуется.*
- *После обследования может быть проведен анализ крови, и на основании его результатов подобрана подходящая схема лечения.*
- *Существуют редкие формы витилиго, которые требуют углубленной диагностики.*

Ответ

Дискретные (состоящие из разных по форме частей), равномерные белые пятна с четкой границей, окруженные нормальной кожей, безболезненные, крайне редко сопровождающиеся зудом, – это типичные проявления витилиго. Белые пятна могут сочетаться с белыми волосами. Физическая травма кожи может вызвать возникновение белых пятен витилиго в любом месте кожной поверхности – это называется феномен Кобнера и встречается достаточно часто.

Диагноз витилиго обычно не представляет сложности, ставится клинически при осмотре и с помощью лампы Вуда – ручного устройства, излучающего ультрафиолетовый свет (365 нм),

который делает цвет белых пятен витилиго более ярким и заметным.

Витилиго обычно обнаруживается весной и летом на участках кожи, открытых для солнечного излучения: нормальная кожа темнеет от загара, а пятна витилиго остаются белыми со склонностью к солнечным ожогам. Когда проявления витилиго не типичны, к диагностике подключают биопсию кожи с целью подтвердить полное отсутствие меланоцитов в исследуемом участке. Полное обследование всего кожного покрова необходимо для обнаружения всех участков витилиго, в том числе, на слизистой ротовой полости и области гениталий.

Вопрос №7. У меня витилиго. Какие анализы крови или дополнительные исследования мне необходимы?

Ключевые позиции

- После полного осмотра кожных покровов может потребоваться анализ крови или другие медицинские исследования
- Витилиго может быть разделено на три типа: локализованное, генерализованное и универсальное (затрагивающее более 80% кожного покрова). При каждом виде витилиго необходимы различные дополнительные исследования.
- При генерализованных и универсальных формах должны быть проведены исследования на тиреоидные нарушения и аутоиммунные заболевания.
- Также при генерализованных и универсальных формах будут полезны офтальмологические и аудиологические исследования.
- Локализованное витилиго обычно не требует проведения анализов крови и дальнейших медицинских исследований.
- Таким образом, генерализованные и универсальные формы витилиго требуют исследования щитовидной железы и маркеров аутоиммунных заболеваний, а также исследования органов зрения и слуха.

Ответ

После тщательного осмотра всего кожного покрова и видимых слизистых на предмет витилиго, в первую очередь необходимо определить форму заболевания. Для всех генерализованных форм витилиго необходимо определить уровни тиреотропина (тиреотропного гормона, ТТГ), титры антинуклеарных антител и развернутую формулу крови. Исследования на антитела к тиреоидной пероксидазе и/или анти tiroглобулиновые антитела также могут быть целесообразны. Эти пробы являются обязательными,

если имеются симптомы поражения щитовидной железы.

При всех генерализованных формах витилиго необходимо оценить наличие сопутствующих заболеваний, в том числе аутоиммунных нарушений, атопического дерматита, псориаза, пернициозной анемии и диабета. Исследование органов зрения и слуха также важны, поскольку меланоциты присутствуют во внутреннем ухе, пигментированной части эпителия сетчатки глаза, а также сосудистого слоя глаз.

Вопрос №8. Правда ли, что витилиго может быть симптомом комплексного полисистемного заболевания человеческого организма?

Ключевые позиции

- Витилиго может быть связано с другими заболеваниями.
- Врач-дерматолог в сотрудничестве с генетиками и специалистами в соответствующих областях должен выработать правильную тактику в каждом сочетанном или изолированном случае витилиго.
- Больные витилиго также могут иметь полисистемные заболевания.
- Они называются системными синдромами, связанными с витилиго.
- Обычно эти состояния проявляются уже при рождении или в период раннего детства.

Ответ

Заболевания и синдромы, ассоциируемые с витилиго

Наиболее часто встречающиеся синдромы	Редко встречающиеся синдромы	
Болезнь Аддисона	Паранеопластический акрокератоз Базекса	Меланома
Алопеция ареата	Синдром Алеззандрини	Синдром MELAS
Атопический дерматит	Аутоиммунный полиэндокринный синдром 1 типа	Рассеянный склероз
Аутоиммунный тиреоидит	Астма	Миастения гравис
Хроническая крапивница	Атаксия-телеангиэктазия	Рак кожи немеланомный
Сахарный диабет	Глухота	Дистрофия ногтей
Невус Сеттона (галоневус)	Допа респонсивная дистония	Пемфигус вульгарис
Тугоухость	Дисгаммаглобулинемия	Саркоидоз
Ихтиоз	Гемолитическая анемия (аутоиммунная)	Синдром Шмидта
Гипопаратиреодизм	Гепатит С	Системная красная волчанка
Локализованная склеродермия	ВИЧ	Синдром Тёрнера
Нарушения зрения	Воспалительные заболевания кишечника	Дистрофия двадцати ногтей
Псориаз	Синдром Кабуки	Синдром Фогта – Коянаги – Харада
Ревматоидный артрит	Лимфома	

Вопрос №9. Существует ли список заболеваний с симптомом белых пятен на коже, которые не относятся к витилиго?

Ключевые позиции

- Не все белые пятна на коже являются симптомом витилиго. Белые пятна, которые не диагностированы как витилиго, носят название «лейкодерма».
- Ниже представлен список так называемых лейкодерм в помощь дерматологам, которые сталкиваются с проблемой дифференциальной диагностики витилиго.
- Специалист-дерматолог должен распознавать все случаи лейкодерм.
- Разные виды лейкодерм требуют различных подходов в лечении.

Ответ

Не все кожные пятна белого цвета представляют собой витилиго. Белые пятна, не диагностируемые как витилиго, относятся к так называемым лейкодермам.

Информация ниже взята из материалов Mohammed Safwan Ali Khan и др.

Дифференциальная диагностика витилиго /лейкодермы

Провоцируют лейкодерму:

химические препараты (часто профессиональное заболевание):

- мышьяк;
- фенолы и другие дериваты, катехолы.

инфекции

- лейшманиоз (кала-азар);
- лепра;
- онхоцеркоз;
- вторичный сифилис;
- отрубевидный лишай;
- трепонематозы (пинта, сифилис).

генетические синдромы

- синдром Чедиак-Хигаси;
- гипомеланоз Ито;
- кожно-глазной альбинизм;
- пьебалдизм;
- туберозный склероз;
- синдром Вогта-Коянаги-Харада;
- синдром Ваарденбурга.

поствоспалительная гипопигментация

- атопический дерматит/аллергический контактный дерматит;
- нуммулярная экзема;
- гипопигментация индуцированная фототерапией и радиотерапией;
- петириаз белый;
- посттравматическая гипопигментация;
- псориаз;
- саркоидоз;

- системная красная волчанка;
- депигментация, индуцированная системными или топическими лекарственными препаратами.

неопластические заболевания

- амеланотическая меланома;
- галоневус;
- лейкодерма меланома-ассоциированная;
- фунгоидный микоз.

идиопатические заболевания

- идиопатический каплевидный гипомеланоз;
- лишай склеротический атрофический;
- лихенизирующая полосовидная лейкодерма;
- морфея (локализованная склеродерма);
- мелазма;
- прогрессивный (или приобретенный) гипомеланоз.

мальформации

- невус анемический;
- невус депигментный/гипопигментный;
- нутриционные;
- квашиоркор;
- дефицит селена.

(Adapted from Alikhan et al. (4))

Вопрос №10. Белые и депигментированные пятна на коже: как мне узнать, что они из себя представляют?

Ключевые позиции

- Не все белые пятна на коже – это витилиго.
- Депигментированные пятна на коже, отличающиеся от витилиго, – это лейкодерма, которые могут быть «профессиональными».
- «Профессиональные» и лекарственно-зависимые формы депигментации кожи могут выглядеть как витилиго.
- Частые заболевания со сходной картиной включают депигментный невус, пьебалдизм и т.д.

Ответ

Не все белые пятна на коже – это витилиго. Белые пятна, похожие на витилиго, – не редкость. Они называются лейкодермы. Химические лейкодермы могут возникать вследствие действия красителей, парфюмерных средств, моющих, чистящих средств, инсектицидов, резиновых презервативов, резиновых тапочек, черных носков и ботинок, туши, губной помады, зубной пасты, антисептиков с содержанием фенола, бактерицидного мыла с йодидом ртути.

«Профессиональная» лейкодерма может возникнуть у лиц, работающих с такими веществами как гидрохинон, паратретичный бутилкатехол, паратретичный бутилфенол, паратретичный амилфенол, монометилловый эфир гидрохинона.

Депигментация также отмечалась у обувных мастеров из-за контакта с мышьяксодержащими соединениями.

Беспигментный невус – это сегментарная гипопигментация, проявляющаяся на первом году жизни и сохраняющая свой размер по мере роста ребенка. При осмотре с помощью лампы Вуда контраст между поврежденной и нормальной кожей менее выражен, чем при витилиго.

Пьебалдизм – это аутосомнодоминантное заболевание, наблюдающееся с рождения в виде депигментированного участка по средней линии лба с обесцвеченной прядью волос.

Описано достаточно большое количество и других типов лейкодерм.

Диагностика и лечение лейкодерм требует глубоко профессионального подхода. Единственный способ разобраться, к какому типу депигментаций относится белое пятно на коже, – это консультация специалиста-дерматолога, имеющего опыт работы с пигментными нарушениями кожи.

Вопрос №11. Как я могу лечить витилиго?

Ключевые позиции

- Для лечения витилиго разработано много разных методик.
- Лечение всегда должно начинаться с наиболее эффективных и безопасных подходов, при этом наименее агрессивных и экономичных.
- Целевая микрофокусная UVB-терапия (308-311 нм) в качестве монотерапии или в сочетании с топическими стероидами или ингибиторами кальциневрина представляют собой наиболее эффективный и безопасный подход при условии, что площадь поврежденной кожи не больше чем 15% (большинство случаев).
- Терапевтические тактики второй, третьей и четвертой очереди должны выбираться совместно лечащим врачом и пациентом в открытой и конструктивной манере, с учетом того, что наименее

агрессивные методики, отвечающие оптимальному соотношению цена/эффективность, должны быть предпочтительны.

- *Не впадайте в отчаяние, если вы не достигли эффекта терапией первого уровня. Открыто обсудите с врачом дальнейшие перспективы и продолжайте лечение с применением новых схем.*
- *Сохраняйте оптимизм! У вас очень большие шансы найти правильное лечение для вашего витилиго!*

Ответ

Подбор терапии витилиго может быть очень сложен. Терапия первой линии должна быть безопасна, эффективна, минимально инвазивна и адекватна по стоимости. Комплексные, инвазивные и более трудоемкие варианты терапии должны быть в резерве для лечения устойчивых форм болезни.

Каждая терапевтическая модель должна применяться достаточный период времени, поскольку инициация репигментации может происходить очень медленно. Эффективная терапия должна продолжаться до достижения полной репигментации тканей.

Мы испытываем необходимость в последовательных данных по применению установленных режимов рекомендуемой терапии для достижения долгосрочной пигментации.

Первая линия

Существует много топических и несколько оральных препаратов, недорогих, удобных в применении и эффективных для прекращения прогрессирования заболевания и запуска репигментации. Кортикостероиды продолжают оставаться наиболее эффективным топическим средством. На втором месте – ингибиторы кальциневрина. С учетом местных побочных эффектов кортикостероидов рекомендуются прерывистые курсовые режимы применения.

По нашим собственным данным, хороший эффект дает применение локальной микрофототерапии (с длиной волны 308 или 311 нм) при моноварианте и в сочетании с топическими препаратами. Топические ингибиторы кальциневрина эффективны в качестве монотерапии у пациентов с непереносимостью топических кортикостероидов. Они также эффективны для лечения резистентных очагов поражения на конечностях при

применении под повязку в ночное время. Современные данные не рекомендуют изолированное применение топических аналогов витамина D₃, но в комплексе с топическими стероидами D₃ может усиливать их эффект даже у первично стероид-резистентных пациентов. Топический L-фенилаланин, антиоксиданты и стимуляторы митохондрий в сочетании с натуральным солнечным светом и оральными хеллинами также предложены в качестве эффективной терапии первой линии.

Короткий курс оральных или внутривенных стероидов у пациентов с активной фазой болезни может остановить прогрессирование витилиго и индуцировать репигментацию у большинства пациентов.

Вторая линия

Вторая линия терапии применяется при отсутствии эффективности первой линии. Учитывая стоимость, длительность выполнения процедур, всё необходимое для пациента и персонала, определенную частоту побочных эффектов, фототерапия рекомендована в качестве второй линии терапии для пациентов, потерпевших неудачу при консервативной терапии первой линии. Локальная микрофототерапия (308 или 311 нм) может эффективно применяться при площади поражения тканей менее 10%. Узкополосная ультрафиолетовая типа Б (NB-UVB) фототерапия дает огромный клинический эффект по сравнению с другими формами световой терапии. Комбинации с топическими препаратами усиливают эффект.

Топические ингибиторы кальциневрина с NB-UVB фототерапией дают более выраженный клинический эффект по сравнению с другими топическими препаратами.

Еще неясно, в какой степени подключение аналога витамина D3 к NB-UVB фототерапии усиливает эффект. UVA и широкополосная UVB фототерапия в комплексе с различными адъювантами также эффективны в качестве альтернативных методик второй линии терапии, при этом уступая NB-UVB по качеству клинического ответа.

Третья линия

Направленная фототерапия монохроматическим эксимерным лазером (MEL) 308 нм эффективна в качестве монотерапии и превосходит NB-UVB. Однако это должна быть терапия резерва для пациентов, потерпевших неудачу при лечении NB-UVB, за исключением ограниченных форм болезни, или у пациентов, которые могут позволить себе соответствующую по цене и по длительности методику. MEL лучше всего работает в комбинации с топическими кортикостероидами или ингибиторами кальциневрина.

Четвертая линия

Хирургические методы лечения используются при отсутствии эффекта от консервативной терапии. В настоящее время доступны различные хирургические методики.

Правильный выбор подходящей техники с учетом индивидуальных характеристик пациента и практических навыков хирурга может обеспечить прекрасные косметические результаты для ограниченной области поражения тканей, не поддающейся другим терапевтическим схемам.

Особые группы больных

Хотя пациенты с сегментарным витилиго изучались параллельно с пациентами с несегментарным витилиго, неясно, насколько результаты исследований применимы к данной популяции. Пациенты с сегментарным витилиго имеют тенденцию иметь более стабильные, резистентные к терапии, формы заболевания. Гелий-неоновый лазер представляется более эффективным для этой категории больных. Генерализованное/универсальное витилиго может также потребовать и другого специального лечения. Распространение болезни может быть настолько обширно, что будет практически невозможно обеспечить удовлетворительную косметическую репигментацию. Для таких пациентов встает вопрос применения депигментирующих средств с особым учетом их необратимых эффектов.

Заключение

На всех стадиях лечения нужно учитывать, что витилиго – это длительное состояние, которое резко затрагивает психологические аспекты жизни больного. Оценка этого скрытого влияния болезни на качество жизни пациента и поддержка его с этих позиций резко улучшит отношения пациент-врач и обеспечит положительный результат.

Камуфляжные методики могут обеспечить временный косметический эффект, а психотерапия поможет пациентам преодолеть психологические проявления заболевания.

Вопрос №12. Можем ли мы остановить прогрессирование витилиго?

Ключевые позиции

- *Локализованное витилиго обычно перестает прогрессировать через 1-2 года после манифестации.*
- *Генерализованное витилиго прогрессирует в 73% случаев.*
- *Введение оральных или внутривенных кортикостероидов может прекратить прогрессирование болезни в 85% случаев.*
- *Прогрессирование витилиго может быть остановлено в 4 случаях из 5 с помощью системных кортикостероидов, но вследствие возможных побочных эффектов решение об их применении должно приниматься специалистами-дерматологами после тщательной оценки каждого конкретного случая.*

Ответ

Витилиго прогрессирует в 73% случаев и регрессирует в 1,3%. Мы обычно объясняем пациентам, что прогрессирование зависит от типа распределения витилиго: локализованные и генерализованные формы ведут себя по-разному. В 89% случаев локализованного витилиго активность болезни сходит на нет после 1-2 лет быстрого распространения пораженного участка кожи, в то время как генерализованное витилиго склонно к замедлению прогрессирования только когда оно начинается на коже лица (52% случаев).

В 89% случаев мы можем остановить прогрессирование пятен при распространенном витилиго с помощью оральной минипульсовой кортикостероидной терапии (5 мг бетаматазона – 2 дня подряд в неделю).

Введение метилпреднизолона 8 мг/кг внутривенно три дня подряд в неделю пациентам с генерализованным витилиго ведет к прекращению прогрессирования витилиго в 85% случаев и репигментации в 71% случаев. Другие кортикостероиды также показывают сходный результат по ограничению прогрессирования болезни.

Таким образом, это правда, что прогрессирование витилиго может быть остановлено в 4 из 5 случаев с помощью системных кортикостероидов. Однако системные КС могут иметь выраженные побочные эффекты, поэтому решение об их применении должно приниматься специалистами-дерматологами после тщательной оценки индивидуальной клинической ситуации.

Вопрос №13. Депигментация: когда и как?

Ключевые позиции

- Если после последовательного лечения витилиго удовлетворительного результата (репигментации) не достигнуто, можно ставить вопрос о депигментации с целью уменьшения контрастности кожных покровов.
- Химические вещества, такие как гидрохиноны и монобензон, использовались в качестве топических агентов для депигментации, но с большим риском побочных эффектов.
- Много типов лазеров (в том числе Q-SWITCH лазер, александритовый и рубиновый лазеры) и световые техники (интенсивный пульсирующий свет (IPL)) успешно использовались как изолированно, так и в сочетании с топическими депигментирующими веществами.
- Криотерапия показала хорошие результаты, но не исключена обратная репигментация.

Ответ

Депигментация – один из путей решения проблемы витилиго, по которому можно пойти при отсутствии эффекта от всех репигментирующих методов лечения. Цель кожной депигментации – достичь ровного (белого или очень светлого) цвета кожи.

Депигментация – это процесс, при котором уничтожаются оставшиеся кожные меланоциты: пациент должен быть предупрежден, что он/она пожизненно будет пребывать «не в своей» коже.

Может случиться, что пациент после депигментации не сможет справиться с экстремальной фоточувствительностью.

Идеальные кандидаты для депигментации – это взрослые пациенты с несколькими резидуальными тёмными пятнами, разбросанными по коже лица или на других частях тела.

Детям депигментационные процедуры не проводятся.

Вопрос №14. Какие индивидуальные факторы ассоциируются с предрасположенностью витилиго?

Ключевые позиции

- Семейный анамнез: 20% людей с витилиго имеют родственников первой степени, страдающих витилиго.
- Система человеческого лейкоцитарного антигена (HLA) может быть задействована в механизмах предрасположенности к витилиго.
- Определенные патологические условия связывают с развитием витилиго: их присутствие может быть фактором развития болезни.
- Дебют заболевания очень часто ассоциируется со стрессовыми ситуациями в жизни пациента.
- Физическая травма кожи может индуцировать возникновение витилиго (феномен Кобнера).

Ответ

Хорошо известно, что существует влияние семейного фактора на предрасположенность к витилиго. На самом деле, около 20% людей с витилиго имеют родственников первой степени, страдающих от того же заболевания. Дети от родителей, больных витилиго, имеют риск развития заболевания в 1,7 раз больше, чем другие члены семьи. HLA-гаплотипы могут вносить свой вклад в предрасположенность к витилиго, а именно: HLAs -A2, -DR4, -DR7 и -DQB1 0303.

NALP-1 ген считается главным геном предрасположенности, эпидемиологически связанным с генерализованным витилиго и другими аутоиммунными заболеваниями (аутоиммунным тиреоидитом, пернициозной анемией, системной красной волчанкой и т.д.).

Пациенты, страдающие следующими заболе-

ваниями, более предрасположены к развитию витилиго (и наоборот):

- алопеция ареата;
- пернициозная анемия;
- селективный IgA-дефицит;
- аутоиммунный тиреоидит;
- болезнь Аддисона;
- врожденный меланоцитарный невус;
- синдром MELAS (митохондриальная энцефаломиопатия, лактатацидоз, инсультоподобные эпизоды);
- стрессовые события (вероятно, опосредованно через психо-нейро-эндокринную систему) и физические травмы кожи, включая солнечные ожоги, с большой вероятностью могут запустить процесс витилиго у предрасположенных субъектов.

Вопрос №15. Хирургическое лечение витилиго: когда и как?

Ключевые позиции

- Хирургическое лечение витилиго может быть предложено при отсутствии эффекта от консервативных методов лечения.
- Хирургический метод лечения витилиго заключается в переносе собственных меланоцитов пациента со здоровой кожи на область белых пятен.
- В настоящее время доступно много различных хирургических методик лечения, включая графтинг (пересадку): миниграфтинг, графтинг эпидермальных блистеров, графтинг культуры собственных меланоцитов и самый сложный – графтинг меланоцитарных или кератиноцито-меланоцитарных суспензий.
- Неудачная пересадка, рубцевание, нерегулярная пигментация, эффект «булыжной мостовой» и феномен «кобнеризации» – вероятные побочные эффекты, которые ограничивают возможность применения хирургических методов лечения витилиго.

Ответ

Хирургическое лечение витилиго всегда возможно, по крайней мере, в ограниченных депигментированных участках.

Требуется соблюдение двух главных условий:

1. Участок витилиго должен быть стабильным (то есть нужно избегать хирургических процедур в тканях, где есть прогрессирование процесса, – необходимо документировать отсутствие прогрессирования или появления новых очагов депигментации в течение 2-х лет).

2. Белые зоны должны быть устойчивыми к основным и наиболее эффективным консервативным методам лечения – лекарственным и УФ (свет или лазер).

Доступно много хирургических методов лечения:

– пересадка эпидермиса (метод замещения депигментированной кожи (лоскутная аутопластика);

– аутологичные минитрансплантаты (метод подсадки в очаги депигментации микротрансплантатов);

– трансплантация культивированного эпидермиса;

– трансплантация некультивированных меланоцитов;

– трансплантация культивированных меланоцитов;

– лечение с применением тканевой инженерии.

Нео-меланогенез обычно начинается сразу после трансплантации меланоцитов и продолжается несколько месяцев на более низком уровне.

УФ-терапия (лампы или натуральный солнечный свет) индуцируют более быструю и глубокую репигментацию.

При решении вопроса о хирургической/инвазивной процедуре должен быть адекватно оценен психологический статус пациента и ожидания пациента должны быть четко сформулированы.

Таким образом, переход к хирургическому лечению при витилиго должен быть взвешенным и продуманным решением.

Вопрос №16. Татуировка витилиго: когда и как?

Ключевые позиции

- *Косметическая татуировка представляет стандартное лечение с целью постоянного камуфляжа областей витилиго.*
- *Эта методика особенно эффективна при витилиго слизистых оболочек.*
- *Могут возникать побочные эффекты.*

Ответ

Татуировка в классическом варианте широко используется из ритуальных или символических соображений. В основе лежит введение в эпидермис микропигментов, то есть инертных оксидов железа, способных к миграции. Микропигмент, введенный в кожу, не поддается удалению, но блекнет по истечению 24-36 месяцев.

Косметический результат зависит от профессиональных навыков специалиста и подбора правильного оттенка кожи.

Пациенты с темным цветом кожи обычно имеют более хорошие результаты, чем люди со светлым цветом кожи.

Известные побочные эффекты методики: инфекция вирусом герпеса 1 типа, хронические гранулематозные реакции на имплантированные пигменты, аллергические реакции, кобнеризация, некачественное цветное совпадение и, по нашему опыту, кожные псевдолимфомы.

Вопрос №17. Следует ли принимать топические или оральные антиоксиданты при витилиго?

Ключевые позиции

- *Есть данные об эффективности оральных антиоксидантов, обычно в сочетании с УФ-терапией.*
- *Нет исследований режимов дозирования и побочных эффектов оральных антиоксидантов у больных витилиго.*
- *Polypodium Leucotomos (папоротник американских субтропиков), гинкго билоба, Cucumis Melo, альфа-липоевая кислота, витамины С и Е, полиненасыщенные жирные кислоты, фенилаланин и другие природные вещества предложены для применения перорально с целью подъема системной активности каталазы в крови и, таким образом, снижения уровня активных форм кислорода.*

Ответ

Большинство экспертов склоняется к точке зрения, что появление и прогрессирование белых пятен витилиго связано с глобальной несбалансированной деятельностью очистительных (раскислительных) механизмов, которые уменьшают уровни активных форм кислорода (АФК) и в крови, и в коже пациентов с витилиго.

Таким образом, используется местное и системное применение веществ, понижающих уровни активных форм кислорода.

Большинство этих веществ перечислено в ключевых позициях этого параграфа.

В целом, есть исследования, демонстрирующие хорошие результаты по репигментации после

использования системных «натуральных антиоксидантов», в то время как другие исследователи не видят эффекта от применения данной группы препаратов.

Дерматологическое научное сообщество одобряет пероральное и местное применение «естественных антиоксидантов» для лечения витилиго.

Тем не менее, требуется определение параметров дозирования, проведение двойных слепых исследований по эффективности и безопасности этих природных веществ.

Данные о «природных антиоксидантах в общемедицинской практике и дерматологии» настоящего коллектива авторов скоро будут доступны для аудитории VRF.

Вопрос №18. Что означает лечение витилиго каталазой и супероксиддисмутазой?

Ключевые позиции

- *В основе принятых лекарственных методик лечения системного витилиго лежит эффект индуцирования локального и/или системного угнетения иммунной системы (=иммуносупрессии).*
- *Альтернативная терапевтическая тактика основана на концепции, что вместо индуцирования местной и/или системной иммуносупрессии у больных витилиго можно прямо ввести вещества с повышенной каталазной активностью для защиты меланоцитов от чрезмерного окислительного стресса.*

Ответ

Супероксиддисмутаза и каталаза – вещества с известной антиоксидантной активностью

Большинство из них принадлежит группе оральных и локальных антиоксидантов, которые перечислены и описаны в предыдущих главах. Они исчерпывающе обсуждаются в томе «Природные антиоксиданты в общей медицине и в дерматологии», доступном в качестве электронной книги для аудитории VRF.

Эти вещества обычно имеют натуральное происхождение и применяются вместе с ультрафиолетовым излучением.

Климатотерапия Мертвого моря в сочетании с топической псевдокаталазой демонстрирует эффект, сравнимый с действием мощных местных кортикостероидов, индуцирующих репигментацию.

Таким образом, этот аспект терапии должен подробно обсуждаться пациентом и лечащим врачом перед началом активного лечения, с учетом того, что четкие параметры дозирования и возможные побочные эффекты этих веществ (супероксиддисмутаза и каталаза) до сих пор не определены.

Вопрос №19. Каковы основные побочные эффекты при лечении витилиго?

Ключевые позиции

- Местное и системное лечение витилиго могут иметь различные побочные эффекты в разных случаях.
- Местные мощные кортикостероиды считаются терапией первой линии. Самые частые побочные эффекты: эритема, угревые поражения, атрофия эпидермиса, телеангиэктазии, растяжки и увеличение роста волос.
- Топические ингибиторы кальциневрина (такролимус, пимекролимус) чаще всего вызывают эритему и ирритацию (повреждение) кожи. Информация о росте заболеваемости раком кожи при применении этих препаратов у больных витилиго представляется недостоверной.
- Аналоги витамина D3 могут вызывать небольшое повреждение кожи на участке применения.
- Топические псоралены даже в очень небольших дозах имеют сильный фототоксический эффект после УФ-облучения: возможно образование пузырей и некроз кожи.

Ответ

Лечение витилиго должно представлять собой комплекс мероприятий, которые требуют глубокого понимания побочных эффектов системных и местных вариантов терапии.

Каждый пациент с витилиго должен быть четко проинформирован лечащим врачом о длительности терапии и возможных побочных эффектах.

В настоящее время информация о частых побочных эффектах и профилях безопасности препаратов, наиболее часто применяющихся при местном лечении витилиго, ограничена.

Обсуждение и принятие решения о системных методах лечения витилиго всегда требует доверительной беседы между пациентом и врачом в самой откровенной и дружественной манере на основе честных вопросов и честных ответов.

Мы надеемся, что это руководство поможет пациенту выбрать правильные вопросы для обсуждения с лечащим врачом для достижения большего понимания своего заболевания и правильного выбора тактики лечения.

Вопрос №20. Камуфляж: когда и как?

Ключевые позиции

- *Макияж может считаться одним из важнейших подходов в лечении витилиго, особенно в тех случаях, когда больной не может преодолеть эмоциональный стресс, связанный с заметным изменением кожных покровов.*
- *Корректирующие косметические продукты, используемые для камуфляжа: тональные кремы, искусственный загар, другие кожные красители.*
- *Камуфляж может быть временным (грим), длительным (автозагар) или постоянным (татуировка).*
- *Камуфляжные техники можно сочетать с любым активным лечением витилиго.*

Ответ

Большинство методов лечения витилиго могут применяться длительно, месяцы и годы, прежде чем со временем появится репигментация. Поэтому паллиативные методы лечения должны применяться, когда могут обеспечить значительное улучшение качества жизни пациента с витилиго. Солнечные фильтры обычно добавляются в большинство косметических продуктов с целью избежать солнечных ожогов. Пациенты с витилиго должны быть в курсе всего спектра косметических препаратов, имеющих на рынке, а также знать различные методы их применения.

Поверхностные кремы, корректоры, тональные кремы и фиксирующие спреи на область витилиго требуют экспертных рекомендаций для достижения оптимального результата.

Постоянный камуфляж достигается с помощью косметических татуировок, обычно представляющих собой внедряющиеся в дерму пигменты оксидов железа.

Цвет татуировок со временем блекнет, что требует их обновления, обычно, каждые 30 месяцев.

Качество жизни больных витилиго значительно улучшается при применении макияжа, который временно скрывает области витилиго и придает коже пораженной области натуральный цвет.

К сожалению, надежные клиники, занимающиеся применением камуфляжа при витилиго на научной основе, не всегда доступны.

Вопрос №21. Психотерапия: когда и как?

Ключевые позиции

- *Вследствие своего стигматизирующего действия, косметического дефекта, длительного хронического течения витилиго является болезнью, поражающей психоэмоциональную сферу человека.*
- *В определенных случаях психотерапевтические методики параллельно могут улучшить качество самооценки и клинический результат лечения: подобная помощь в начальный период должна оказываться по методу «совместного консультирования», где пациент одновременно находится в контакте со своим лечащим врачом-дерматологом и психотерапевтом.*
- *В некоторых случаях когнитивная поведенческая терапия может быть эффективной.*

Ответ

Часто врачи и пациенты с витилиго считают, что возникновение витилиго связано с эмоциональным фактором (стрессом). В 70% случаев витилиго манифестирует через 2-3 недели после сильного стресса.

Есть данные об анекдотичных, но реально имевших место случаях, когда особые эмоциональные впечатления сказывались на особенностях локализации витилиго.

Так, согласно некоторым публикациям, мужчины, перенесшие измену, развивалось витилиго на области гениталий, а женщины с бесплодием – на коже живота.

Освещен случай возникновения витилиго после стресса – женщина постирала окровавленные простыни после выкидыша девушки своего сына.

Это очевидно анекдотичные случаи, описанные в медицинской литературе, которые сами по себе не несут важной информации, но отражают возможные психосоматические аспекты проблемы, которые могут привести исследователей к пониманию причин возникновения и путей лечения витилиго, лежащих в области еще не изученных психонейро-иммунно-эндокринных взаимосвязей.

Никто не может игнорировать бремя психосоматической травмы у больного витилиго.

Больные с витилиго могут использовать различные модели индивидуального поведения для преодоления этого аспекта болезни.

Одни будут использовать психологический защитный механизм «активной позиции», выражающейся в поиске материалов о витилиго, изучении и активном исследовании заболевания.

Другие будут вести себя, следуя логике «естественного принятия», демонстрируя хорошую самооценку и не стараясь скрыть симптомы своего заболевания.

Третьи будут предпринимать отчаянные попытки скрыть кожные проявления, находясь в постоянном стрессе и тревоге. Эти субъекты будут ограничивать свою социальную активность и даже могут потерять свой социальный статус вследствие витилиго. При обследовании больного с витилиго и обсуждении терапевтических возможностей, опытный дерматолог будет стараться вникнуть и в психосоматический механизм, индуцирующий

развитие пятен витилиго, и в психосоматический аспект заболевания, оценивая уровень самооценки и качества жизни пациента в каждом конкретном случае.

Итак, должен ли дерматолог направлять практически каждого пациента с витилиго на консультацию к психологу или психиатру? Трудно сказать «нет», но еще труднее сказать «да».

Если пациент с витилиго выбрал своего лечащего врача-дерматолога для «наружной и внутренней» помощи в надежде на понимание процессов, лежащих на поверхности и глубоко внутри, то врач-дерматолог не должен отвечать отказом. Дерматолог должен отвечать чаяниям пациента, обеспечивая весь объем помощи, подключая консультации необходимых специалистов.

Хотя форсировать направление пациента к другому (не кожному) специалисту на самом деле может быть даже опасно.

Как уже не раз описывалось в литературе, немедленное необдуманное направление пациентов с кожными болезнями к психиатру может в ряде случаев привести к суицидальным мыслям у особенно чувствительных больных.

Поэтому, когда возникает явная необходимость в консультации психолога или психиатра, дерматолог должен прибегнуть к практике «совместного консультирования» в тесном сотрудничестве с этими специалистами. Это представляет собой прямой контакт «двое на одного»: больной витилиго, дерматолог и психиатр. Только по прошествии некоторого времени два специалиста смогут перейти к отдельному консультированию больного с ожидаемым хорошим результатом. В этом контексте, когнитивная поведенческая терапия представляется наиболее прогрессивной по сравнению с другими психотерапевтическими методиками.

Таким образом, в перспективе лечения и, возможно, полного излечения витилиго мы видим взаимодействие разнообразных составляющих, включая идентификацию специфических форм витилиго (классификацию и генетику), оценку определенных биологических механизмов, вызывающих возникновение белых пятен в индивидуальных случаях (патофизиология) и, в конечном итоге,

выбор подходящей терапии (лечения с надеждой на полное исцеление).

Этот последний аспект демонстрирует (и все более отчетливо), как такие показатели, как цена и доступность терапии, должны рассматриваться перед лицом пожизненного (на настоящем этапе) заболевания, которое так «демократично» поражает представителей всех популяций земного шара. У большинства пациентов, вероятно, возникнут финансовые ограничения при выборе подходящего лечения для «их» витилиго.

В перспективе исследования витилиго мы видим сложный пазл, в котором некоторые важные элементы уже прочно стоят на своем месте. Для поиска остальных частей требуется объединение усилий научного сообщества, ассоциации пациентов с витилиго и фондов,

координация их стратегий и усилий, чтобы, собрав этот пазл полностью, выиграть битву против этого «загадочного» заболевания – витилиго.

Фонд исследования витилиго (www.vrfoundation.org ; www.vitinomics.net) будет держать вас в курсе относительно всех текущих исследований в области витилиго и информировать о путях лечения, возможных на настоящем этапе.

VRF создан с целью найти лечение витилиго и донести информацию о нуждах больных витилиго до национальных организаций здравоохранения и международных организаций.

VRF просит об участии и помощи всех, кто заинтересован в решении проблемы витилиго.

Вопросы будущего. Новые концепции в лечении ВИТИЛИГО

Ключевые позиции

- *Витилиго – это отдельная самостоятельная болезнь, для которой существует определенное лечение?*
- *Или, напротив, витилиго включает спектр различных заболеваний с разными причинами, с одинаковой клинической манифестацией в виде белых пятен на коже и требующих различной терапии?*
- *Смогут ли генетические исследования привести к открытию способа лечения витилиго?*
- *Будут ли пациенты с витилиго иметь доступ к эффективным методикам лечения витилиго и финансовую поддержку, чтобы справиться со стоимостью лечения?*
- *Какова будет роль Cloud Medical Research and Management platform (MRM)?*
- *Каковы перспективы лечения и помощи при витилиго?*

Ответ

Это единственная секция этой брошюры, в которой все поставленные проблемы заканчиваются знаком вопроса.

Утверждение «причина витилиго остается неизвестной» всегда должно сопровождаться следующим пояснением «потому что в каждом случае витилиго разные механизмы могут быть вовлечены в процесс возникновения белых пятен».

Другими словами, те же самые белые пятна у разных пациентов, которые будут диагностированы дерматологами как «витилиго», скорее всего, будут являться следствием разных процессов, поражающих меланогенез: синтез, освобождение и миграцию меланина в коже. Из-за того, что витилиго имеет много различных видов и проявлений, ученым предстоит большая

исследовательская работа.

Согласно этому, не будет одной болезни «витилиго», но много разных «витилиг», поражающих разных индивидуумов и манифестируя похожими или идентичными белыми пятнами на коже и/или слизистых оболочках. Эта концепция не касается «лейкодерм», то есть таких белых пятен, которые имеют конкретное известное происхождение.

В настоящее время нет убедительных данных, что различные формы витилиго будут требовать применения различных методик лечения.

Также представляется неоднозначным, что «комбинированные методики» являются самым рациональным выбором для лечения в каждом индивидуальном случае.

Облачная система управления медицинскими исследованиями, уже внедренная VRF, установит отдельные коммуникативные «мосты» с целью приспособить множество персональных и клинических баз данных к быстрому обмену всесторонней информацией (клинической и генетической).

Эта система выступит инструментом многокомпонентных аналитических исследований, что позволит изучать сложные комбинации методов лечения витилиго, прогнозируя дальнейшее их развитие. Cloud Medical Research and Management platform поможет приблизить нас к разгадке витилиго и, возможно, других редких болезней, так называемых «сирот» в мире болезней.

Трудно сказать, насколько генетические исследования приблизят нас к открытию методов лечения витилиго. Скорее всего, это задача не ближайшего времени. Идентичные двойни с идентичной ДНК продемонстрировали лишь 23%-ную конкордантность в развитии витилиго, что говорит о значительном преобладании негенетических факторов болезни.

Генетики, возможно, помогут нам идентифицировать различные подгруппы субъектов, пораженных «белыми пятнами на коже и/или слизистых» и диагностированных дерматологами как «витилиго», которые будут требовать разных методов обследования, различного ведения и, возможно, совершенно разных тактик лечения. Это может быть целью генетических исследований на настоящем этапе с последующими перспективами.

Стоимость и доступность терапии – позиции, которые должны обсуждаться при назначении плана лечения в каждом конкретном случае. В настоящее время значительное количество больных витилиго имеет существенные финансовые ограничения при выборе необходимого им лечения согласно существующим клиническим протоколам.

Эта проблема, безусловно, станет более острой в обозримом будущем вследствие экономического кризиса во многих странах и при этом растущей стоимости эффективных методик лечения кожных болезней, в т.ч. и витилиго.

Источники и литературные данные

1. Vitiligo – Problems and Solutions
Lotti T. & Hercogova J. , Editors
Marcel Dekker, Inc., New York (NY) 2004
2. La Vitiligine – Nuovi Concetti e Nuove Terapie
Lotti T. , Editor
UTET, Torino , 2000
3. Pigmentary Disorders
Lotti T. , Guest Editor
Thiers B.H., Consulting Editor
Dermatologic Clinics, Vol. 25 (3) , 2007
4. Vitiligo: a comprehensive overview (part I and II)
Alikan A. , Felsten L.M., Daly M., Petronic-Rosic V.
Journal of the American Academy of Dermatology 65: 473 – 515, 2011
5. Targeted and combined treatment for vitiligo. Comparative evaluation of different current modalities in 458 subjects.
Lotti T., Buggiani G., Troiano M. Assad G.B. , Delescluse J., De Giorgi V. & Hercogova J.
Dermatologic Therapy, 21: 320-6; 2008
6. Vitiligo
Picardo M. & Taieb A. , Editors
Springer Verlag, Berlin, 2010
7. Autoimmune markers in vitiligo patients appear correlated with obsession and phobia.
Moretti S., Arunachalam M., Colucci R., Pallanti S., Kline J.A., Berti S., Lotti F. & Lotti T.
Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology
21: 1468 – 1471, 2011
8. Valle Y., Couture P., Lotti T. & Korobko I.
Cloud Medical Research Management (MRM) : A Bio IT Tool for Correlative Studies in Dermatology.
Treatment strategies-Dermatology-Pigmentary Disorders and Vitiligo- 2:82-86, 2011
9. [http:// www.vrfoundation.org](http://www.vrfoundation.org)
10. [http:// www.vitinomics.net](http://www.vitinomics.net)

Витилиго. Вопросы и ответы.

Часть 2. Профессор Антонио Салафия, MD

Введение

Витилиго – это приобретенное пигментное заболевание, которое вызывает физическое изменение внешности (белые пятна на коже) и психологическую травму у пациентов, особенно у людей с темным цветом кожи. Это заболевание известно несколько тысяч лет. Если не принимать во внимание эстетическую сторону симптомов болезни, витилиго не является угрожающим для жизни и заразным заболеванием, но серьезно влияет на качество жизни пациента.

Заболевание считается мультифакторным. Это означает, что в основе возникновения витилиго лежит множество причин. Некоторые авторы предполагают наследственные основы витилиго, но достоверного подтверждения этой теории нет. Я согласен, что у ряда пациентов имеет место наследственная предрасположенность к витилиго, и подробнее скажу об этом ниже. Иногда витилиго возникает в ассоциации с другими заболеваниями, но это скорее исключение, чем правило, но при этом витилиго может сопутствовать другим заболеваниям – это известный факт.

Часть 1. Введение: цвет кожи

Нормальный цвет кожи у человека генетически запрограммирован. Как темный, так и светлый цвет приобретен в результате мутаций. В африканской группе встречается больше генетических различий, чем у представителей белой расы. Этим объясняется и более широкая гамма оттенков у «темных», чем у «светлых» индивидуумов. Есть также точка зрения, что «черные волосы, карие глаза и темная кожа изначально характерны для человека». В итоге цвет кожи формируется под влиянием взаимодействия четырех пигментов:

а) желтый пигмент – его источником являются каротиноиды (от лат. Carota – морковь), которые в большом количестве содержатся в желто-оранжевых овощах и фруктах;

б) коричневый – меланин;

с) красный – этот цвет дает оксигенированный гемоглобин капилляров кожи;

д) синий – цвет гемоглобина с меньшей степенью оксигенации – венозная кровь.

Из всех пигментов меланин является главным компонентом, определяющим цвет кожи,

который зависит от количества, типа, распределения меланосом и даже от их размера.

Другие факторы, вносящие свой вклад в цвет кожи: толщина кожного покрова (особенно верхнего слоя), скорость кровотока и уровень оксигенации циркулирующего гемоглобина и воздействие УФ-света. В итоге цвет кожи зависит не только от продукции меланина, но и его транспорта. Любая клетка, отвечающая за продукцию меланина, может называться «меланоцит», но в обычной практике название «меланоцит» носят те клетки, которые происходят из невральнoй трубки (зона у плода, откуда развивается спинной мозг) и содержат фермент тирозиназу.

Известно, что волосы человека также представляют собой депо меланоцитов, и клинически мы замечаем, что волосистые участки кожи при лечении витилиго дают более быструю и раннюю репигментацию.

У человека меланоциты распределены неравномерно во всех анатомических областях. На одном квадратном метре кожи человека находится от 1000 до 3000 меланоцитов, с большей плотностью на коже

лба, щек, носовой области, лица, губ, пениса и мошонки. Поэтому очевидно, что участки кожи с большим количеством меланоцитов имеют больше шансов на репигментацию, чем те участки, где меланоциты обнаруживаются в меньшей концентрации.

Особенности кровообращения также имеют отношение к скорости репигментации (как уже было отмечено Prota): кровоснабжение пальцев рук и ног на 25% меньше, чем других частей тела. Кожа лица имеет самое интенсивное

кровообращение, и неудивительно, что практически у всех пациентов лицо репигментируется быстрее и раньше.

Воздействие солнечного света (или искусственного УФ-излучения) увеличивает интенсивность цвета кожи, и по этой причине воздействие излучением такого типа (в умеренных количествах) является неотъемлемой частью лечения. Слишком сильное солнечное излучение, однако, может повредить кожу, как мы увидим далее.

Часть 2. Первый вопрос: у кого появляется витилиго

Ответ на этот вопрос не простой и не однозначный. В настоящее время нет достоверных данных, что витилиго возникает чаще у представителей определенных этнических групп или сообществ или жителей определенных регионов. Можно уверенно утверждать, что приверженность определенным диетам (например, вегетарианству) не сказывается на частоте витилиго, за исключением того факта, что вегетарианская диета может быть обеднена некоторыми важными витаминами.

Согласно моим данным, не проводилось систематизированных эпидемиологических исследований по распространению витилиго. Большинство статистических данных приводится дерматологами, и процентные соотношения отражают частоту встречаемости витилиго среди прочих дерматологических заболеваний. Поэтому мы не можем быть уверены в точности показателей общего числа пациентов в мире в настоящее время и ежегодного прироста количества новых случаев витилиго в конкретной популяции. Заключение эпидемиологов ограничивается недостаточным опытом и/или небольшим количеством пациентов. Частота витилиго в мире оценивается в 0,5%-2%. 1% в США, 1% в Европе, 4% в Индии, 0,38% в Дании. Насколько эта статистика верна, неизвестно. Возможны и преувеличения и преуменьшения реальных показателей.

Моя статистика также представляет собой данные о проценте витилиго среди всех пациентов с кожными болезнями, которые

наблюдались в Дерматологическом центре Вималы (Vimala Dermatological Centre (VDC)), других благотворительных больницах и в моем консультативном кабинете. Поскольку мои методы терапии в целом отличаются от практикуемых другими специалистами, есть мнение, что в Дерматологическом центре Вималы назначают отличное от других, эффективное лечение. И это правда.

Я наблюдаю очень большое количество пациентов с витилиго. Много историй болезни пропало вследствие различных причин, однако в настоящее время в моей базе данных больше 19 000 историй пациентов. Около 20% моих пациентов – жители из разных регионов Индии, и несколько тысяч – из других стран. При оценке историй болезни за 15-летний период я могу сказать, что общая частота заболеваемости витилиго – 8%, а ежегодный прирост составляет 11,7%. Чтобы отразить уровень заболеваемости по стране, мне нужно свои данные сократить по причинам, которые я упомянул выше. Моё мнение (составленное на основе личной статистики), 4,5% – вот наиболее приближенная к реальности по Индии частота витилиго. Однако становится явным, что частота витилиго медленно, но верно увеличивается по причинам, которые всем известны. Я осмелюсь утверждать, что в связи с тем, что свободные радикалы участвуют в патогенезе витилиго – загрязнение окружающей среды, модифицированные продукты питания и растительные масла, определенные диеты, стрессы – всё это может способствовать росту заболеваемости витилиго.

Часть 3. Частота витилиго в мире

Оценка частоты заболеваемости в мировой популяции зависит от разных факторов.

1. Информированность пациента и доктора, уровень обеспокоенности со стороны пациента, который, в свою очередь, зависит от отношения близких людей, общества в целом и степени психологического травмирования, которому подвергается пациент с витилиго.

2. Доступность медицинской помощи. Очевидно, что во многих отдаленных районах Индии, Азии и Африки нет достаточного медицинского обслуживания, и население обычно не озабочено проблемой цвета кожи, в то время как есть более серьезные проблемы со здоровьем. Давайте рассмотрим некоторые данные из разных частей света.

Африка: в Нигерии уровень заболеваемости оценивается в 6% за период 1980-1983 гг. Приблизительно 70% пациентов были не старше 30 лет. В 1985-1998 гг. в Нигерии, в Бенине, среди 351 пациента с дерматологическими заболеваниями только 3,2% имели витилиго.

Индия: первое исследование было проведено в Калькутте Das et al., которые обнаружили уровень витилиго 1:1000 у 15 685 пациентов. В Саураштре – 2% среди 400 дерматологических пациентов. В это же время в Сурате другой

автор приводит данные о частоте в 1,13%. В Пондичери частота оценивалась в 2,6%. Shajil пишет: «Частота витилиго составляет 0,5-2,5% в Индии с наибольшей частотой в Гуджарате и Раджастане».

Бангладеш: Khan справедливо отмечает, что частота витилиго варьируется от региона к региону. В его стране она составляет 0,4%.

Кувейт: Nanda, анализируя 10 000 пациентов, обнаружил, что витилиго встречается с частотой, сравнимой с частотой встречаемости атопического дерматита.

Корея: Ahn исследовал пациентов с витилиго и здоровых добровольцев. По сравнению с контрольной группой, пациенты с более светлым цветом кожи имеют значительно меньшую частоту витилиго, чем пациенты с темным типом кожи.

Саудовская Аравия: одно исследование отмечает частоту витилиго в 5%.

Европа: исследование, проведенное среди взрослого населения в северной Европе, показало частоту витилиго в 1,2% против 2,9% при псориазе. Несколько лет назад один автор докладывал о 500 000 случаях витилиго во всей Великобритании. В Дании из 47 033 случаев частота витилиго определялась в 0,38%.

Часть 4. Возраст манифестации витилиго

Возраст дебюта заболевания также является предметом обсуждения многих авторов. Здесь я также представляю обзор нескольких статей.

Витилиго новорожденного описано как самый ранний дебют заболевания. Nanda указывает средний возраст первого эпизода витилиго – 25 лет. Cho говорит о среднем возрасте манифестации витилиго в 5,6 лет. Prcic – в 7 лет. В исследовании 182 пожилых пациентов Nanda обнаружил средний возраст начала заболевания в 55 лет. Bleheem (Великобритания) отметил, что в среднем витилиго впервые возникает до 20-летнего возраста, что послужило поводом многим авторам принять и распространить эту точку зрения вне зависимости от собственных наблюдений.

В моей практике было 4 случая манифестации витилиго при рождении, 8 случаев – в 80 лет,

а один пациент манифестировал в 97!

Анализируя все имеющиеся данные, которые в большинстве случаев представляют наблюдения довольно ограниченного числа больных, мы делаем заключение (с практической и прагматической позиций), что болезнь может начаться в любом возрасте. По моим данным, наибольшая частота манифестации витилиго наблюдается в 20-30 лет.

Детальный анализ моих данных показывает пик заболеваемости для женщин в возрасте 17 лет, после которого частота витилиго среди пациентов мужского пола начинает превосходить женский пол. При этом половая принадлежность, религиозный и социоэкономический статус не имеют значения в развитии болезни. Профессия у некоторых пациентов может быть предрасполагающим фактором, как мы покажем позже.

Часть 5. Семейные случаи витилиго

Представляют интерес работы Frati (Италия), которые раскрывают семейные истории заболеваемости витилиго.

Alkhabeet описывает семью с не Менделевским типом наследования, предполагая мультифакториальный, полигенный тип наследования витилиго. Некоторые индийские авторы отмечают, что семейная заболеваемость встречается в 13,8% случаев, в то время как другие оценивают ее в 2,55% (Apte in Mumbai). Это очень большая разница!

В 1930-е и 1940-е годы существовало мнение, что витилиго не является наследственным заболеванием. Позже многие авторы настаивали на наследственной предрасположенности. Однако большинство их делали выводы на основе наблюдения небольшого количества больных и на ограниченной части популяции или территории. В медицинской литературе есть данные о витилиго у гетерозиготных двоен («неистинных» близнецов). Также встречается витилиго

у однойцевых двоен (=истинных близнецов). Описаны пары однойцевых близнецов, в которых только один близнец имел витилиго. Я недавно наблюдал двух однойцевых близнецов мужского пола 12 лет, где витилиго наблюдалось только у одного ребенка, а у другого на протяжении трех лет наблюдений.

Мои наблюдения, которые представляют собой случаи практически из всех штатов Индии и несколько тысяч случаев из других стран мира (Саудовская Аравия, ОАЭ, ЮАР, Италия, Великобритания, США), демонстрируют небольшой процент семейной заболеваемости. На самом деле, это имеет место в 2,94% случаев, что даже ниже, чем частота витилиго в общей популяции в некоторых регионах Индии. Однако я придерживаюсь точки зрения о врожденной предрасположенности к заболеванию витилиго, которая необязательно имеет генетические основы, или если имеет, то по полигенному типу наследования, как предполагают Alkhabeet и другие авторы.

Часть 6. Предрасполагающие факторы

Большое количество пациентов настаивает на том, что заболевание у них началось с возникновения небольшого пятна и/или распространилось после тяжелого физического или психологического стресса. Это так называемые «предрасполагающие факторы», поскольку они не являются непосредственной причиной заболевания, но индуцируют его развитие. Стресс, в данном случае, нельзя считать причиной заболевания, но фактором, вносящим значительный вклад в развитие витилиго, он, безусловно, является.

Предрасполагающих факторов очень много, и они могут быть разделены на 4 группы.

1) Физиологические.

а) менархе или первые месячные (это может объяснить частую встречаемость у молодых девушек);

б) беременность, роды и менопауза (во всех этих случаях женский организм подвергается стрессу, и в нем происходят серьезные гормональные изменения; известно, что эстрогены ответственны за цвет кожи;

снижение концентрации этих гормонов – как наблюдается в менопаузу – может объяснить увеличение количества пятен витилиго у женщин в менопаузе);

2) Патологические.

а) интестинальные паразиты типа гельминтов, амеб, лямблий нарушают нормальную работу пищеварительной системы;

б) бактерии и грибы (большое количество молодых девушек с витилиго влагалища страдают грибковой инфекцией половых органов (кандидоз); это также относится к случаям витилиго половых органов у мужчин; так же витилиго может сопутствовать инфекции *Tinea Versicolor* – грибковой инфекции, влияющей на меланогенез);

с) вирусные заболевания (я наблюдал определенное количество случаев витилиго, появившегося после инфекции вирусом герпеса – *Herpes Zoster*; есть небольшое количество пациентов, у которых витилиго губ развилось на месте очага *Herpes Labialis*).

d) тифозная лихорадка, малярия, желтуха (эти и подобные им инфекционные заболевания вызывают стресс такой степени для всего организма, что не удивительно ожидать последствия в виде разнообразных нарушений, в том числе и меланогенеза);

e) хронические гастриты и низкий уровень кислотности желудочного сока также характерны для ряда пациентов, что, безусловно, вызывает нарушение всасывания жизненно важных микроэлементов;

f) гепатиты (связь между поражением печени и витилиго не представляется явной, хотя некоторые авторы указывают на очевидность такого влияния; несколько лет назад я встретил врача общей практики, который достиг хороших результатов в лечении витилиго (и/или контроле процесса), применяя Эссенциале и гепатопротекторы);

g) заболевания щитовидной железы теоретически могут отягощать течение витилиго, как уже говорилось ранее.

3) Психологические факторы.

Утрата близкого человека, потеря работы, семейные проблемы – всё это стрессовые события большой степени интенсивности.

Роль стресса отмечалась различными авторами, хотя консенсус в этом вопросе не был достигнут. Некоторые авторы утверждают, что стресс может повреждать иммунную систему и посредством этого вызывать развитие аутоиммунных процессов у предрасположенных индивидуумов. Также обсуждается участие интерлейкинов, требующее уточнения.

Ряд авторов освещает проблему низкого качества жизни у пациентов с витилиго. Это очевидно, что любое заболевание, вызывающее изменение внешности человека, будет сказываться на качестве его жизни. Особенно это затрагивает темнокожих пациентов, у которых белые пятна ярко выделяются на фоне кожи. В Индии широко распространено заблуждение о том, что витилиго сродни лепре, и это добавляет тяжести в состояние пациента, поскольку лепра в определенных обществах считается «божьей карой».

4) Химические факторы.

Определенные химические вещества могут вызывать витилиго у предрасположенных к заболеванию индивидуумов. Витилиго вследствие воздействия паратретического

бутилфенола было описано в 1971 г. В госпитале Сейнт-Джонс (Лондон), и вскоре в Германии Родермунд доложил о случае витилиго, ассоциированного с гепатоспленомегалией и струмой щитовидной железы у трех пациентов, работающих на производстве паратретического бутилфенола. С тех пор многие авторы описывают стойкую связь между паратретическим бутилфенолом и химическим витилиго, клинически неотличимым от витилиго вульгарис.

Различные красители могут вызывать витилиго.

1. Азокраситель в составе алты; алта (alta) – это ярко-красный раствор, который используют индийские женщины для косметической ритуальной окраски ступней.

2. Краски для волос.

3. Резина, используемая работниками в различных отраслях промышленности, в частности монтажниками шин, которые контактируют с антиоксидантами резины. Ношение резиновой обуви также связывают с возможностью возникновения химического витилиго. В этих случаях химикаты работают, как типичные аллергены, содержащиеся в резине детской обуви, женской резиновой и матерчатой обуви. Резиновые и пластиковые шлёпанцы-сандалии (chappals – чаппалс) – хорошо известная причина возникновения витилиго в Индии. Аналогично возникновение витилиго в области пениса частично связывают с использованием резиновых презервативов мужчинами, имеющими предрасположенность к заболеванию. То же самое можно сказать про воздействие компонентов пластика (оправа очков, например) на кожу предрасположенного к витилиго человека.

4. Коричный альдегид, входящий в состав зубных паст и адгезивов для закрепления протезов. Эпоксидная смола, содержащаяся в стоматологических акриловых материалах. Никель вызывает контактный дерматит, выражающийся в появлении витилиго.

5. Большое количество лекарств, действие которых связывают с развитием витилиго:

a) хлорохин;

b) гидрохинон (также применяется как проявитель в фотографии) и монобензон;

c) альфа-интерферон, используемый в лечении активного гепатита С;

d) даже кортикостероиды связывают с возможностью запускать развитие витилиго и это нередкий врачебный опыт – я наблюдал 19 пациентов с химическим витилиго после использования крема Betnovate;

e) леводопа (используется для лечения болезни Паркинсона);

f) бета-блокаторы типа атенолола могут потенцировать развитие витилиго;

h) ингибиторы протонной помпы, применяются при лечении гастрозаболеваний.

Вызванное хлоринолом витилиго является не редкостью. Хлоринол часто применяется для обеззараживания воды бассейнов. Я наблюдал трех девочек и двух мальчиков (без семейной истории витилиго), которые уверенно связывали дебют витилиго с ежедневным посещением бассейна на протяжении 2-3 месяцев. Один пациент связывал возникновение у него витилиго на губах с использованием квасцов (Alum), которые он использовал для чистки зубов! (Квасцы использовались в качестве основы для отбеливающих средств с конца 16 века.)

Ghosh с коллегами недавно провел интересное и детальное исследование ряда химикатов, которых часто связывают с развитием лейкодермы. И выделил пациентов с разной степенью риска по ее развитию. Этот список включал: краски для волос, дезодоранты/духи, резиновые сандалии на клее, черные носки/ботинки, тушь и карандаши для ресниц, для губ, губные помады, презервативы, зубные пасты, инсектициды.

Среди наиболее часто используемых были:

- резиновые перчатки – 12%;
- смазочные материалы и машинные масла – 6,8%;
- моющие вещества – 5,3%;
- чернила для печати – 3,6%;
- химические лабораторные реагенты – 1,5%.

Каждый дерматолог в Индии встречал в своей практике женщин с витилиго в виде пятна на левой груди: очень часто женщины носят кошельки в этой части бюстгалтера. Витилиго на месте бинди (Bindi – цветная точка, которую индианки рисуют в центре лба) – также очень частая ситуация. Когда врач даёт рекомендацию избегать нанесения краски в это место, то очень многие возражают, потому что боятся осуждения со стороны членов семьи: замужние молодые девушки в Maharashtra должны носить бинди.

Пациенты часто спрашивают: «Когда прекратится возникновение белых пятен?» Очень трудно предсказать прогноз заболевания. У большинства пациентов (по моим наблюдениям) болезнь прогрессирует в течение 3-4 лет и затем идет на спад с одним-двумя «упорными» пятнами и стабилизацией других, но есть пациенты, у которых болезнь демонстрирует периоды стабильности, сменяющиеся резким увеличением активности процесса. А есть пациенты – их, конечно, очень мало – которые прогрессивно и неотвратно постепенно становятся полностью белыми. У некоторых из них кожа становится яркого «фарфорово-белого» цвета, у других кожа по цвету приближается к классическому европейскому оттенку. Естественное течение витилиго абсолютно непредсказуемо.

Часть 7. Лечение и ведение витилиго. Введение

Лечение витилиго – далеко не простая задача и в своем роде определенное «искусство». Лечение требует многого от врача, пациента и членов его семьи. Пациент и врач должны понимать, что поскольку витилиго является комплексной болезнью, таковым должно быть и лечение. Более того, хотя витилиго появляется как одна болезнь, в реальности существует много разнообразных форм одного и того же заболевания, и их нужно вести по-разному. Это вопрос не только применения таблеток и мазей – моральная и психологическая поддержка важны так же, как и воля и вера пациента в возможность успеха лечения.

Ничто так не повышает моральный дух пациента, как быстрые изменения к лучшему. Если пациент не видит заметных результатов после 2-3 месяцев терапии, то он/она может отчаяться и прекратить следовать рекомендациям.

Поскольку существует много разнообразных форм заболевания, лечение не может быть одинаковым во всех случаях; разные части тела – например, лицо и руки – нельзя лечить одними и теми же препаратами (как мы увидим ниже).

Лечение витилиго требует от пациента и врача «хорошей дозы мотивации», поскольку лечебный процесс чаще всего длительный и требовательный. В частности, например, воздействие солнечного излучения не всегда возможно (например, у женщин или в связи с климатическими особенностями), и часто недостаток этого важного компонента лечения является причиной отсутствия эффекта от терапии.

Рекомендации по диете часто невыполнимы в связи с особенностями режима жизни пациентов (например, режим школы-интерната или общежития).

Часть 8. Лечение и ведение витилиго

Давайте для начала попробуем обратиться к критическому взгляду на различные типы лечения, предложенные на настоящий момент, и затем я выскажу свои соображения и рекомендации.

1. Стероиды.

Применяются местно и внутрь. Стероиды изолированно не оказывают терапевтического действия, их цель – остановить воспаление, которое часто присутствует при витилиго, и оказать иммуносупрессивное действие на антитела (если и когда они присутствуют), но в одиночку стероиды не вылечат витилиго. Однако стероиды в сочетании с моими методами лечения дают хорошие результаты, как я продемонстрирую позже. Местно стероиды могут давать хороший эффект, но их применение ограничено временными рамками курса вследствие побочных эффектов типа повреждения и истончения кожи или возникновения стрий.

2. ПУВА.

ПУВА (PUVA) обозначает сочетание Псорален + ультрафиолетовое излучение с длиной волны А, в то время как ПУВАСОЛ (PUVASOL) означает

Псорален + солнечное излучение. Псоралены использовались в Индии el-Mofty и докторами Аюрведы с незапамятных времен. С конца 50-х годов американские доктора стали использовать псоралены внутрь и местно, потенцируя их действие у пациента воздействием солнечного света в течение 15-20 минут после приема таблеток. Этот вид терапии до сих пор популярен в Индии. Он имеет частые и редкие побочные эффекты. Частые – это проблемы с печенью и катаракта. По этим причинам рекомендуется перед началом лечения оценить функцию печени у пациента. Возникновение катаракты в основном связано с обильным воздействием солнечного излучения, особенно в тропических странах. Среди редких побочных эффектов – меланома, немеланомный рак кожи и сквамозно-клеточная карцинома – это крайне серьезные состояния, и риск их возникновения должен обязательно учитываться.

3. Узкополосное УФ излучение с длиной волны В (Narrow-band UVB).

Некоторые авторы предлагают использовать UVB вместо UVA в виде узкополосного излучения с длиной волны 311 нм. Изолиро-

ванное применение UVB не дает эффекта, но при использовании вместе такролимусом, кальципотриолом, стероидов дает хорошие результаты, и – я хочу отметить! – лучше, чем солнечный свет и UVA! (сравнимые по эффективности с эксимерным лазером с длиной волны 308 нм).

4. Эксимерный лазер.

Существует несколько типов лазерных приборов, применяемых в дерматологии. Не все из них подходят для лечения витилиго. Наш опыт показал, что эксимерный лазер дает хороший эффект, несмотря на то, что способен воздействовать лишь на ограниченный участок кожного покрова, в то время как монохроматический свет может воздействовать на большую площадь. По моему мнению, любой лазер сам по себе не может вылечить витилиго – все лазеры являются лишь эффективными заменителями солнечного света. Более того, когда мы воздействуем солнечным светом или UVB, мы увеличиваем время воздействия (экспозиции), по крайней мере, каждую неделю, поскольку организм человека привыкает к определенному количеству излучения и перестает реагировать, если доза не увеличивается. При работе лазером мы не можем увеличивать мощность воздействия. При этом лазеры далеко не везде доступны и очень дороги.

5. Каталаза/псевдокаталаза и бальнеотерапия.

Эта методика терапии витилиго является детищем профессора Карин Шаллройтер (Prof. Shallreuter). Для лечения витилиго она предложила использовать препарат псевдокаталазы и получила хороший эффект.

6. Топические ингибиторы кальцинейрина.

Эти препараты использовались в пероральных и инъекционных формах с целью предотвратить реакцию отторжения трансплантата (при пересадке печени, почек и т.д.). Вскоре некоторые дерматологи увидели, что эти соединения – Такролимус и Пимекролимус – хорошо работают при витилиго. Эффект отмечается при применении дважды в день в сочетании с солнечным или узкополосным УФ-В излучением один раз в день. Хорошо работает у детей на лице и теле (не на конечностях) и у взрослых на лице и шее. После 8-10 лет применения мы можем смело рекомендовать эту схему при витилиго – это стоит попробовать. Такролимус применяется в

виде мази, а Пимекролимус – это крем. Такролимус при применении на лице может немного повреждать кожу, но он более эффективен по сравнению с Пимекролимусом. В сочетании с NB-UVB результаты лечения еще лучше.

7. Экстракт плаценты и мелагенин (Куба).

Экстракты плаценты впервые были использованы индийским доктором Punshi в 1976 г. Я использовал их в 1980 г. Эти препараты хорошо работают на пятнах лица и туловища у детей младшего возраста. Но, например, такролимус работает быстрее, поэтому кремы с экстрактом плаценты в настоящее время редко используются. «Кубинская» терапия витилиго была популярна два десятилетия назад. Она была введена врачами-гинекологами, которые видели хороший эффект, но в наши дни энтузиазм по поводу этого вида лечения спал. В Индии он не используется. По-прежнему много людей отправляется на Кубу с целью лечения (или туризма?). Но в научно-медицинском сообществе этот вид лечения не востребован.

8. Терапия стволовыми клетками.

Это слишком новый способ лечения, чтобы можно было что-то достоверно утверждать. Он находится только в самом начале своей истории, и требуется опыт применения и исследования этой методики, прежде чем рекомендовать его к применению. И, безусловно, это очень дорогостоящий метод лечения.

9. В литературе и в Интернет-источниках можно встретить большое количество предложений препаратов от витилиго как аллопатических (классическая медицина), так и аюрведических (индийская система медицины) и гомеопатических. Трудно сказать, какие препараты эффективны, а какие нет, тем более что аюрведический врач и гомеопат используют совершенно разные подходы к лечению. Таким образом, общий комментарий всех этих средств невозможен.

10. Микротерапия или Terapia Mirata от проф. Лотти (Prof. Lotti).

Prof. Torello Lotti использует специальное оборудование – Биоскин (BIOSKIN), которое способно излучать тонкий пучок УФ-света. Профессор Лотти в своих работах дает полное представление об этой модели лечения, но, во всяком случае, я думаю, что это оборудование стоит дорого для любого стандартного

европейского госпиталя и очень дорого для стран третьего мира.

11. Некоторые другие продукты, которые применяются при лечении витилиго.

а) Гинкго Билоба с некоторым успехом применялась доктором Парсадом (Parsad). Это стоит пробовать применять.

б) Кальципотриол/Кальцитриол и другие производные витамина D у ряда пациентов дают хороший эффект, особенно при применении с NB-UVB.

11. Хирургия.

Давайте проясним два момента:

1) Хирургия, безусловно, не является первой линией лечения, а применяется, когда другие методы неэффективны.

2) Хирургическое лечение дает хороший эффект при сегментарном витилиго или при маленькой площади поражения кожи; на больших участках пораженной кожи хирургические методы не дают удовлетворительных результатов. Какой вид хирургического лечения?

Самой старой формой хирургического лечения витилиго является свободная пересадка кожи (Free Skin Grafting): хирургическое удаление белого участка кожи и пересадка на

его место пигментированной кожи с бедра или другой области и закрытие дефекта. Несколько моментов нужно помнить: иногда бывает сложно правильно подобрать цвет кожи, и края участка кожи после пересадки могут остаться белыми. Окончательный вывод о результатах пересадки можно сделать только через 5-8 месяцев. Только при проведении пересадки опытным и квалифицированным пластическим хирургом вы можете рассчитывать на хороший результат.

Также есть и другие хирургические методики:

1. Панч-графтинг (Punch graft): подходит только для небольших участков.

2. Миниграфтинг (Minigrafting): также применим только для небольших участков.

3. Пересадка меланоцитов (Melanocytes transplants); может производиться культивированными или некультивированными меланоцитами. Меланоциты, как нам известно, являются клетками, которые ответственны за цвет кожи; пересадка меланоцитов в очаг витилиго – это хорошая идея, и в последнее время техника процедуры была усовершенствована до очень хороших результатов. Единственный недостаток: эта манипуляция требует специальных инструментов и высококвалифицированного персонала, следовательно, не всем доступна и не дешева.

Моя методика лечения

После многолетнего применения Псораленов и других методик лечения (с разочарованием!) я решил заняться поиском других форм терапии витилиго. В 1983 году я встретился с работами Frati, который предложил теорию «метаболического нарушения» и продемонстрировал важность витамина B6 при витилиго. В то же время я узнал, что в госпитале-лепрозории в Andhra Pradesh использовали препарат Дапсон

(Dapsone) для лечения лепры. Важность меди (в качестве компонента фермента тирозиназы) и железа отмечалась многими авторами. Исследователь Prota много писал о роли пероксидазы. Сопоставив все эти данные и идеи, я разработал протокол и создал рецепт лосьонов, которые скоро будут доступны. В настоящее время я делаю их и назначаю их своим пациентам.

Информация, предоставленная в данном материале, является мнением авторов материала и не может быть использована как руководство для лечения. Диагностика и лечение должно проводиться квалифицированным врачом.

VR Foundation не несет ответственности за возможные последствия самолечения, если пациент не выполнил рекомендации.