Использование ВРТ и БРТ в лечении пузырных дерматозов (случай из практики)

Е.Ю. Латченко
(Медицинский центр ООО «Оксидентал-Эксспресс», г. Москва, Россия)

Кожные болезни легко диагностируются, но тяжело лечатся. Дело в том, что во многих случаях причина (этиология), механизмы развития болезни (патогенез) остаются неизвестными. Наиболее распространенные заболевания кожи формируются еще в раннем детстве. К одной из самых трудно поддающихся лечению группе кожных болезней относятся пузырные дерматозы, в частности вульгарная пузырчатка (Pemphigus vulgaris).

Вульгарная пузырчатка является одним из самых тяжелых заболеваний в дерматологической практике с нераскрытой до сих пор этиологией. Существует инфекционная, нейрогенная, эндокринная, энзимная, токсическая и наследственная теории развития заболевания. Однако ни одна из них не имеет убедительных подтверждений.

Патогенез истинной пузырчатки аутоиммунный. Аутоагрессия направлена против межклеточной субстанции, белков десмосом, клеток шиповатого слоя эпидермиса и многослойного плоского эпителия видимых слизистых оболочек разной локализации. Обыкновенная пузырчатка – тяжелое, неуклонно прогрессирующее заболевание, проявляющееся образованием на неизмененной коже и видимых слизистых оболочках внутриэпителиальных пузырей, формированием распространенных поражений кожи и. слизистых, что без адекватного лечения приводит больных к гибели в течение 1–2 лет от начала заболевания.

Частота вульгарной пузырчатки составляет около 0,6% всех кожных больных. У большинства больных дебют заболевания отмечается на слизистой оболочке рта и красной кайме губ (более 60% случаев).

Выделяют три фазы в течении заболевания:

1 ФАЗА – дебют заболевания, как правило, на слизистой оболочке рта, глотки. носа и др. Высыпания локализованы, общее самочувствие удовлетворительное. Протекает эта фаза обычно 2–3 месяца.

2 ФАЗА – появление высыпаний на коже и их распространение при сохранении относительно удовлетворительного состояния.

3 ФАЗА – разгар заболевания, распространение пузырей и эрозий на кожные покровы и видимые слизистые оболочки, образование обширных эрозивных участков из-за периферического роста и медленной эпителизации эрозий. Нарастает интенсивность болей в зонах пораженной кожи. Выраженные симптомы интоксикации, высокая лихорадка, потеря веса. Без адекватного лечения в этой стадии больные быстро погибают.

До настоящего времени лечение истинной пузырчатки является патогенетическим, направленным на подавление синтеза аутоантител к белкам десмосомальных связей шиповатых клеток эпидермиса. Главным средством лечения больных истинной пузырчаткой в настоящее время являются глюкокортикостероидные гормоны (ГК). Несмотря на многочисленные осложнения, возникающие при лечении ГК, не существует абсолютных противопоказаний к лечению ими пузырчатки, так как только ГК предотвращают смерть больных.

В лечении разделяют 3 этапа:

1. Назначение «ударных» суточных доз ГК в начале лечения (в большинстве случаев 120 мг в сутки), которыми достигают оптимальных результатов обычно, в течение 3–6 недель

©2007 Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС»
Любое несанкционированное использование материалов запрещено

(критерий компенсации заболевания – прекращение образования новых пузырей, полная эпитализация эрозий на коже).
2. Постепенное медленное снижение суточной дозы ГК до поддерживающей (продолжительность этапа – около 4 месяцев).
3. Длительное (пожизненное) амбулаторное лечение больного поддерживающими дозами ГК при тщательном диспансерном наблюдении.
К сожалению, нет таких препаратов, которые избирательно подавляли бы образование только аутоантител пемфигуса, не подавляя одновременно биосинтез многих других защитных антител. К тому же, противовоспалительное и антипролиферативное действие ГК вызывает целый ряд нежелательных побочных эффектов, наиболее тяжелые из которых могут привести больного к смерти.

К главным осложнениям стероидной терапии относятся:

1. Экзогенный (медикаментозный) синдром Иценко-Кушинга со всеми его проявлениями.
2. Иммунодепрессивное состояние, которое проявляется присоединением (обострением) гнойной, грибковой или вирусной инфекций.
3. Нарушение водно-соленого баланса в организме (гипокалиемия; гипокальциемия).
4. Гипопротеинемия.
5. Гастрит, эзофагит, язва желудка и 12-типерстной кишки.
6. Сахарный диабет.
7. Нарушение психики (бессонница, эйфория, возбуждение, иногда стероидный психоз).
8. Атрофия мышц, ломкость сосудов (пурпура), гиперкоагуляционный (реже – гипокоагуляционный) синдром, атрофические полосы на коже – стрии,стероидные акне и др.

Клинический пример

Пациент М., 26 лет, заболел в 2000 году. В течение года проводилось лечение у стоматолога по поводу стоматита, без эффекта. В августе 2001 г. впервые выставлен диагноз: вульгарная пузырчатка. Назначено лечение преднизолоном в дозе 60 мг (12 таблеток). При снижении дозировки преднизолона патологический процесс распространился на красную кайму губ. Длительно подбиралась доза гормональных препаратов (как пероральных, так и инъекционных) с периодическими обострениями заболевания.

К 2004 г. пациент получал 4 таблетки преднизолона и 3 таблетки полькортолона. За три года приема больших доз кортикостероидных препаратов пациент имел почти полный набор вышеперечисленных осложнений и незаживающие эрозии слизистой оболочки ротовой полости с переходом на красную кайму верхней губы.
В наш медицинский центр обратился впервые в июне 2004 года. При первичной диагностике выявлено: выраженное истощение иммунной системы, истощение эндокринной системы 2–3 степени, индекс ДНК 1 степени; вирусное, грибковое, бактериальное отягощения; артериальная гипертензия, высокая психическая нагрузка, депрессивное состояние. При внешнем осмотре на слизистых оболочках ротовой полости и красной кайме губ – распространенные эрозии, на коже лица – акне вульгарис, стрии на коже живота, ожирение 3 степени.

Проводилось следующее лечение:

1. Приготовление общего и частных биорезонансных препаратов по Ю.В. Готовскому
2. Применение БР-препаратов с использованием аутонозода с эрозии на губе.
3. Применение энергоинформационных копий преднизолона и полькортолона с постепенной отменой ГК (сначала снижение дозировки ГК и заменой таблеток на

©2007 Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС»
Любое несанкционированное использование материалов запрещено

электронные копии; затем снижение дозировки (т.е. количества глобул) электронных копий ГК.
4. Использование препаратов из медикаментозного селектора для коррекции психо-соматического состояния.

Коррекция лечения проводилась 1 раз в 3 месяца.

К июлю 2005 года пациент похудел на 25 кг, исчез синдром Иценко-Кушинга, не диагностировалось иммуннодефицитное состояние, депрессивный синдром, эрозии на красной кайме губ эпителизировались. В течение следующего года принимал, как поддерживающее лечение 3 глобулы электронной копии полькортолона.

С мая 2006 года препараты не принимает. При последнем осмотре в феврале 2007 года пациент практически здоров.

Ниже представлены фотографии пациента до и после комплекса лечения.

ВЫВОДЫ:
Таким образом, данный пример показывает, что использование аппаратуры Центра «ИМЕДИС» позволяет не только достичь стойкой ремиссии (а может быть полного излечения) неизлечимого, с точки зрения традиционной медицины, заболевания, но и избавиться от уже полученных в ходе кортикостероидной терапии осложнений .

Литература
1. Василенко А.М., Готовский Ю.В., Мейзеров Е.Е., Королева Н.А., Каторгин В.С. Электропунктурный вегетативный резонансный тест: Методические рекомендации. – М.: НПЦТМиГ, 2000. – 28 с.
2. Готовский М.Ю., Перов Ю.Ф. Биорезонансная терапия и ее место в современной традиционной медицине // Журнал «Традиционная медицина». – 2006. – №1 (6). – С.8–10.
3. Фандеев Л.И. Кожные и венерические болезни. – М.: Медицина, 1984. – 363 с.
4. Детская энциклопедия, том 7 «Человек». – М.: Детская энциклопедия, 1965. – 1268 с.
5. Энциклопедия «Кирилл и Мефодий». – Компакт-диск.

©2007 Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС»
Любое несанкционированное использование материалов запрещено