
HELIO THERAPY IN THE TREATMENT OF PSORIATIC ARTHRITIS

Snezhina GeorgievaMedical College, University "Prof. Dr. A. Zlatarov" Bourgas, Republic Bulgaria,
snezhinageorgieva@abv.bg**Dilyana Zvezdova**

Medical College, University "Prof. Dr. A. Zlatarov" Bourgas, Republic Bulgaria, zvezdova@abv.bg

Abstract: Psoriatic arthritis is an inflammatory joint disease associated with psoriasis vulgaris, with routinely negative rheumatoid factors and the absence of rheumatoid nodules. This is an immune-mediated disease, according to generally accepted definition of Wright and Moll from 1973. American Association against Rheumatism classified psoriatic arthritis as an independent disease in 1964. Psoriatic arthritis is a single disease with a varied clinical picture. It belongs to the group of seronegative spondyloarthropathies with which there are general clinical features. It is believed that similar mechanisms determine the onset of psoriasis and psoriatic arthritis. The clinical picture includes various clinical forms that damage the peripheral and sacroiliac joints, spine, internal organs. The treatment of psoriatic arthritis is directed simultaneously to the influence of skin and joint changes. **Purpose:** Our study aims to summarize our long-standing experience in the treatment of psoriatic arthritis with heliotherapy. **Subject of observation:** Monitoring includes 132 patients with moderate and severe form of psoriasis treated at the sanatorium in town of Pomorie for 5 years in the period 2001-2006. **Results and discussion:** 132 patients with psoriasis with no effect on the local therapy and have proven psoriatic arthritis were selected. In our climatic conditions, heliotherapy is appointed during the warm half-year. Sun treatment was conducted under the conditions of a healing beach, which had shielding, radiation-protective devices. In patients with erythema - pigment and pigment type skin reactivity begins with 1-2 bioadoses reached to 8-10 biodoses, carried out in the area of overcomfort. **Conclusion:** The studies demonstrated that heliotherapy combined with medications significantly improves the prognosis of patients with this disease. The ultimate success would mean overcoming the frequent depression conditions, better survival and social comfort for patients with psoriatic arthritis.

Keywords: arthritis, psoriatic arthritis, heliotherapy

ХЕЛИОТЕРАПИЯТА В ЛЕЧЕНИЕТО НА ПСОРИАТИЧНИЯТ АРТРИТ**Снежина Георгиева**

МК при Университет „Проф. д-р А. Златаров” гр. Бургас, Р.България, snezhinageorgieva@abv.bg

Диляна Звездова

МК при Университет „Проф. д-р А. Златаров” гр. Бургас, Р.България, zvezdova@abv.bg

Резюме: Псориастичният артрит е възпалително ставно заболяване, свързано с psoriasis vulgaris, при обичайно отрицателни ревматоидни фактори и липса на ревматоидни възли. Това е имунно-медирано заболяване според общоприето определение на Wright и Moll от 1973 година. Американската асоциация за борба с ревматизма класифицира псориастичния артрит като самостоятелно заболяване през 1964 година. Псориастичният артрит е самостоятелно единно заболяване с разнообразна клинична картина. Принадлежи към групата на серонегативните спондилартропатии, с които има общи клинични характеристики. Предполага се, че сходни механизми определят появата на псориазис и псориастичния артрит. Клиничната картина обхваща разнообразни клинични форми, при които се увреждат периферни и сакроилиачни стави, гръбначен стълб, вътрешни органи. Лечението на псориастичния артрит е насочено едновременно към повлияване на кожните и ставните промени. **Цел:** Нашето изследване цели да обобщи дългогодишният ни опит в лечението на псориастичния артрит с хелиотерапия. **Предмет на наблюдението:** Наблюдението ни обхваща 132 пациенти с умерена и тежка форма на псориазис, лекувани в санаториума на МНО град Поморие в продължение на 5 години през периода 2001 – 2006 г. **Резултати и обсъждане:** Бяха селектирани 132 пациенти с псориазис, които нямат ефект от локалната терапия и имат доказан псориастичен артрит. При нашите климатични условия хелиотерапията се назначава през топлото полугодие. Слънцелечението се провеждаше при условията на лечебен плаж, който разполага с екранизиращи, радиационно-защитни устройства. При болни от еритемно – пигментен и пигментен тип кожна реактивност се започва с 1-2 биодози и се достига до 8-10 биодози, проведени в зона на комфорт. **Изводи:** Изследванията

доказаха, че хелиотерапията съчетана с медикаментозни средства подобрява значително прогнозата на пациенти с това заболяване. Крайният успех би означавал преодоляване на честите депресивни състояния, по-добра преживяемост и социален комфорт за пациентите с псориатичен артрит.

Ключови думи: артрит, псориатичен артрит, хелиотерапия.

ВЪВЕДЕНИЕ

Псориатичният артрит (ПсА) е възпалително ставно заболяване, свързано с psoriasis vulgaris, при обичайно отрицателни ревматоидни фактори и липса на ревматоидни възли. ПсА е имунно-медирано заболяване. Това е общоприетото определение на Wright и Moll от 1973 г. Американската асоциация за борба с ревматизма класифицира ПсА като самостоятелно заболяване през 1964 година.

Псориатичният артрит е самостоятелно единно заболяване с разнообразна клинична картина. Принадлежи към групата на серонегативните спондилартропатии, с които има общи клинични характеристики. Псориазисът е известен още от древността, но често е описван в комбинация с други кожни болести. През 1818 година Alibert описва ПсА, като отчита връзката между псориазис и артрит. Изолирането на ревматоидния фактор през 1948 година от Waller и Rose разделя артритите на серонегативни и серопозитивни. Така се поставя началото на отделянето на ПсА от ревматоидния артрит.

Разпространението на ПсА е в зависимост от варирането на псориазиса. Псориазисът есе среща предимно сред бялата раса, с честота 2-3%. С еднаква честота боледуват жени и мъже, но жените се разболяват по-рано.

Псориатичният артрит се среща сред болните от псориазис с честота 5-7% (Dieppe) до 45% (Green). Според Златков, в България 18 000 души боледуват от псориазис. Няма епидемиологични данни за разпространението на ПсА в България. Предполага се, че сходни механизми определят появата на псориазис и ПсА. Развитието на ПсА се определя от взаимодействието на генетични, имунологични и фактори на околната среда. Касае се за имунна дисрегулация, която води до хронично възпаление и причинява органни нарушения, повишена заболеваемост и смъртност. Един от най-важните белези за имунна дисрегулация е активирането на възпалителни цитокини, като IL 12, IL 6 или TNF – alpha. Техните въздействия водят до паталогични изменения.

При 70% от псориатично болните се установява псориазис във фамилното дърво. Повишената честота на носителство на HLA – антигени, като B13, B17, B37, DR7, е свързана с развитие на кожен псориазис. Носителството на HLA- B13, B17, B27, B28, DR4, DR7 е свързано с развитието на ПсА, а на HLA-B27 със спондилит. Инфекциите влошават развитието на ПсА. Доказано е, HIV че инфекцията остро влошава ПсА. От своя страна стресът влияе върху активността и появата на псориазиса. ПсА се проявява във всяка възраст, но най-често между 30 и 40 години. Псориазисът обичайно предшества развитието на ПсА от една до двадесет години – при 65-70% от болните, но може да се прояви успоредно (10-15%) или по-късно от артрит (15-20%) от болните. При олигоартрита мъжете и жените боледуват в равно съотношение, от симетричен псориатичен артрит боледуват предимно жени. От псориатичен спондилит страдат предимно мъже.

СИМЕТРИЧЕН ПСОРИАТИЧЕН АРТРИТ

Той е най-честата клинична форма. Клинично и рентгенологично наподобява на ревматоидния полиартрит. Боледуват предимно жени. Протича с болка, оток и деформации на периферните стави. Като характерен белег се описва анкилоза на дисталните интерфалангеални стави със значителни деформации, дактилит, ентезопатии, може да има сакроилиит.

ДИСТАЛЕН ПСОРИАТИЧЕН АРТРИТ

Характерен белег е възпалението на дисталните интерфалангеални стави. Среща се рядко – при 2-8% от болните с ПсА. Възпалението на дисталните интерфалангеални стави води до ерозии на дисталните фаланги, остеолиза и анкелоза.

МУТИЛИРАЩ АРТРИТ

Счита се, че тази форма е най-рядко срещана, но най-характерна за ПсА. Увреждат се ставите на ръцете и стъпалата с остеолиза. Могат да се засегнат метакарпофалангеалните и метатарзофалангеалните стави. Някои автори смятат, че мутилиращият артрит не съществува като самостоятелна форма, а е част от клиничната картина и негов завършващ етап.

НЕСИМЕТРИЧЕН ПСОРИАТИЧЕН ОЛИГОАРТРИТ

Олигоартритът уврежда от една до четири стави, като няма разлика в честотата му между мъже и жени. Болните, при които се установява тази форма, имат благоприятен ход на протичане на ПсА. Може да се установи анкилоза дори само на една става.

ПСОРИАТИЧЕН СПОНДИЛИТ

Тази форма обикновено протича със засягане на периферни стави – 35-40% от ПсА. Само 2-4% от болните имат изолиран спондилит. Обикновено първо се развива периферният артрит, по-късно се проявява спондилитът. Първата форма протича със симетричен сакроилиит и асцендентно увреждане на всички отдели на гръбначния стълб. Оформят се нежни синдесмофити. При втората форма сакроилиитът е асиметричен, обхващат се асиметрично различни отдели на гръбначния стълб с груби синдесмофити.

Извънставни прояви могат да се проявят във всеки стадий и форма на ПсА – засягане на очите, сърцето, миопатия, бъбречно увреждане, възпалително увреждане на червата, лимфедем на горни и долни крайници, комбинирано протичане на реактивен артрит и псориазис и други.

Лъчево-биологичните ефекти на кожата зависят от различните спектрални области на ултравиолетовата радиация на слънцето. Тези лъчево-биологични ефекти преминават първоначално през едни невидими реакции на клетъчно, субклетъчно и молекулярно ниво, за да добият и известен морфологичен израз в еритемната и пигментната реакция на кожата. Видимите реакции на кожата под действието на слънчевите ултравиолетови лъчи са: директно пигментиране, erythema solare и вторично пигментиране. Еритемната реакция, предизвикана от слънчевата радиация, е ограничена по време на проявяването, както през течението на деня, така и през годината в зависимост от височината на слънцето над хоризонта. Най-активни еритемогенни ултравиолетови лъчи слънцето излъчва, когато е над 40° височина над хоризонта. Светлочувствителността на кожата към еритемогенните ултравиолетови лъчи се определя по праговото време на еритемната реакция. Определянето на праговото време на еритемната реакция е много важно, защото то показва не само индивидуалната чувствителност, но и влиянието на редица ендегенни и екзогенни фактори, които дават широко разсейване на физиологичната и патологичната светлочувствителност. Тъй като интензитетът на слънчевата радиация, респ. еритемогенните лъчи, е в зависимост от височината на слънцето, то при една и съща светлочувствителност на кожата експозицията на слънце за получаването на еритеми трябва да бъде различна. Известна е регионалната чувствителност на кожата спрямо ултравиолетовата радиация, която се обяснява със структурата на епидермиса, по-скоро с изразеността на роговия му слой. Най-голяма еритемна чувствителност има кожата на гърдите, гърба, следвана от корема, лумбалната област, лицето, крайниците. В еритемната чувствителност на кожата се отбелязва годишен ритъм с максимум на проява през пролетните месеци, свързан с настъпилите ултравиолетов глад – анхелиозис. Наличието на вятър усилва еритемната реакция. Пигментация се появява под въздействието на всички дължини на вълните от ултравиолетовия спектър, но изразът и трайността на тази пигментация е различен. Най-интензивна, равномерна и трайна пигментация, даваща златистокафяв загар на кожата, се получава под въздействието на дълговълновата радиация. При нея не се получава еритема.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

В нашето наблюдение участваха 132 души с умерена и тежка форма на псориазис и с доказан псориаатричен артрит и от двата пола (57% мъже) и (43% жени), които наблюдавахме в продължение на пет години. Сред пациентите се срещаха почти всички форми на ПсА. Симетричен псориаатричен артрит 44% от болните (25% мъже и 19% жени), с дистален ПсА бяха 2% само мъже, с несиметричен олигоартрит 28% - тук преобладаваха жените 17% и с псориаатричен спондилит 26%, от които 14% мъже и 12% жени. Пациентите бяха диагностицирани в Клиниката по ревматология при ВМА гр. София. 63% от пациентите имаха хипертония I-ва степен -21% и 42%- II-ра степен. Всички те бяха на медикаментозно лечение. От тях 51% имаха наднормено тегло и затлъстяване. С различни сърдечно-съдови заболявания бяха диагностицирани 13,5% от общия брой болни. Нашите дългогодишни наблюдения съвпадат с мнението на много автори, че при морелечението се получават най-добри резултати, както непосредствени, така и далечни. Благоприятни за морелечение на болните от псориазис и псориаатричен артрит са топлите и слънчеви месеци. По Южното черноморие те са от м. май до м. септември. Решаващо лечебно въздействие има слънцелечението (хелиотерапията). Нашият опит показва, че най-бърз и най-добър терапевтичен ефект се постига при начална по-интензивна доза на слънцелечението. За да не се получи зачервяване на здравата кожа тази (извън кожните изменения), тя трябва предварително да се намаже със слънцезащитен крем. Времетраенето на процедурите при така защитена кожа продължаваше 40-60 минути още при първата слънчева баня. На 48

час установихме леко свиване на псориазичните плаки при 37% от болните. Предпазването на здравата кожа е необходимо само през първите няколко дни. След това кожата привиква и дори лекото ѝ зачервяване е благоприятно за оздравителния процес. Този метод на слънчеви бани прилагаме при по-стари и по-обширни кожни изменения. При по-леките форми използвахме следната методика – първото излагане на слънце е с продължителност 25 минути. Полученото леко зачервяване преминаваше след 24 часа. Следващите облъчвания направихме с прогресивно увеличение на времето на процедурата 30-40% от първоначалната хелиобиодоза до достигане на 2-3 часа. Преди провеждането на процедурата изисквахме основно почистване на плаките, за да не могат да служат като бариерен фактор, специално за лъчите от ултравиолетовия В спектър, които водят до цитирания добър резултат. Друго много важно условие е слънчевите бани да се провеждат в термоиндиферентни условия – зона на комфорт или подкомфорт. Трябва да се провежда безпотно слънцелечение. При условия на надкомфорт или прегряване, активните морски къпаня по средното студово натопване (t на морската вода не по-ниска от 17°C, топлозагуба 25-35 kcal/m²), липса на прибой и скорост на вятъра не по-голяма от 3м/сек. ще разрешат безпотно слънчева баня. Не бива да се допуска преохлаждане на организма. Мократа кожа позволява пречупването на ултравиолетовите лъчи към по-късия спектър, което е благоприятно за псориазичната кожа. Морската вода има олющващо плаките действие и освен като морски къпаня я прилагаме под формата на компреси – един-два пъти дневно, задължително вечер. През ден прилагаме и частични кални приложения според локализацията на псориазичния артрит „кални гашета“ или „кална риза“ с t° 38°-42°C и с продължителност 20-30 минути. Предпочитаме калните вани (15-20% разтвор на кал) в затоплена 36°-38°C морска вода. Курс на лечение 12-15 процедури. С оглед използването на максималния интензитет на слънчевата радиация хелиотерапията се провеждаше в часовете от 11.30ч. до 15.30ч. Баните провеждахме при напълно разголено тяло в условията на „евин“ и „адамов плаж“. Опитът ни показва, че болестните изменения по необлъчената кожа не се повлияват. По всяка вероятност началната висока дозировка на ултравиолетовите лъчи води до ударно потискане на патологично повишената митотична активност в *stratum germinativum* на епидермиса. Резултатът от този първи удар е предпоставка за включването на втория фотобиологичен процес, именно нормализирането на изразения (изменения) кератинизационен процес (A. Wiskemann, 1981). Хелиотерапията трябва да се провежда на цялото тяло прогресивно, но не много интензивно, като експозиционното време достигаше до 8-10 хелиобиодози. Терапията включваше и пясъчни бани на цялото тяло. Псамотерапията (пясъколечението) предпочетохме пред калолечението защото със своята голяма хигроскопичност при обилно потене по време на процедурата пясъкът попива потта, което облекчава болния. Пясъколечението е най-нежно действащата топлинна процедура и при медицински контрол може да се приложи и на сърдечно болни. Според проф. С.Тишева и колектив (2015) псориазисът е свързан с множество други сериозни рискови фактори и съпътстващи заболявания, повишаващи риска от атеросклероза и сърдечно-съдови заболявания. Най-високорискови са пациентите с псориазис и метаболитен синдром. Лечебният ефект, който се получава от пясъчните бани се дължи на топлинното и механичното действие на затопления пясък, който се нагрява от слънцето. Използвахме часовете между 10 и 15ч. За да може пясъкът да се нагрее от слънцето до необходимата температура 45°-50°C, той се събираше сутрин на големи купчини и след нагряването на горните слоеве се размесваше, за да се получи равномерна температура. След като пясък се загрее в купчината се прави вдлъбнатина, в която ляга пациента и тялото му се покрива с горещ пясък с дебелина 6-8 см. Главата се предпазва от слънчевите лъчи с индивидуален сенник или се поставя намокрена със студена вода кърпа. Продължителността на първата баня е 15-20 минути, като се увеличава с по 10 минути всеки следващ ден, докато се достигне максималната продължителност от 40-60 минути. Според лекарското назначение пясъчните бани се прилагат през ден или всеки ден. Терапията включваше и кинезитерапия-индивидуална или групова процедура в зависимост от тежестта на ПсА, възрастта, общото състояние на болния и придружаващите заболявания.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Анализът на проведените в началото и края на лечебния курс измервания и тестове (ъглометрия, сантиметрия, ММТ, тест за скъсени мускули, динамометрия) показаха подобрене в подвижността на ставите при 91% от болните. Пациентите попълваха и анкетни карти, където споделяха субективните си наблюдения върху развитието на заболяването, кога се изчерпват късните лечебни резултати, кои от процедурите според тях са най-ефективни. Преобладаваше (78%) мнението, че лечението трябва да бъде комплексно. Балнеолечението трябва да се провежда задължително всяка година. Всички посочваха медикаментозното лечение и хелиотерапията, като най-успешна комбинация в терапията.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хелиотерапията и пясъчните бани са ефективен естествен физикален фактор. Те дават възможност за лечение на пациенти с псориазис и псориаичен артрит. Терапевтичният курс, който включва активни морски къпания, бясъчни бани на цялото тяло, кинезитерапия, кални вани и хелиотерапия оказва благоприятен лечебен ефект върху подвижността на ставите, намаляването до изчезване на псориаичните плаки. Отчетохме подобрене в подвижността предимно на големите стави ТБС, раменна, лакътна, колянна при 64% от болните. Хелиотерапията трябва да се прилага строго индивидуално и целенасочено при конкретно прецизирана дозировка.

Изследванията доказаха, че хелиотерапията съчетана с медикаментозни средства подобрява значително прогнозата на пациенти с това заболяване. Крайният успех би означавал преодоляване на честите депресивни състояния, по-добра преживяемост и социален комфорт за пациентите с псориаичен артрит.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитрова Д., Псориаичен артрит, Кънчев и сие 2001
- [2] Moll, J.M. H., Psoriatic arthritis, Br. J. Rheumatol. 1984, 23, 241-245
- [3] Moll, J. M. H., Wright, V. Familial occurrence of psoriatic arthritis, Ann. Rheum. Diss. 1973, 181-201
- [4] Стаматов, Ст., Клинична таласотерапия, Медицина и физкултура София 1982
- [5] Стаматов, Ст., Основи на морелечението, Медицина и физкултура София 1977
- [6] Тишева, С., Псориазис и сърдечно – съдов риск сп. Medinfo 56-61, 01. 2015
- [7] Цанков, Н. и съавт. Псориазисът системно заболяване, под ред. Н. Цанков, Спейс Вижън 2013

