

Т.О. Литинська, В.І. Степаненко
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Комплексний диференційований підхід до лікування хворих на псоріаз із урахуванням особливостей супутньої патології органів травлення

Повідомлення 2*

Мета роботи — підвищення ефективності лікування хворих на псоріаз із супутньою патологією органів травлення шляхом диференційованої терапевтичної корекції порушень.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 272 хворих на псоріаз віком від 18 до 72 років. З урахуванням діагностованої у хворих на псоріаз супутньої гастроентерологічної патології та для оцінки ефективності терапії пацієнтів розподілено на рівноцінні клінічні групи. Хворі отримували комплексну диференційовану терапію з урахуванням супутньої патології органів травлення, а саме: ерадикацію *Helicobacter pylori*-інфекції (*H. pylori*-інфекції), корекцію функціональних порушень системи печінки та мікробіоти кишечника. Пацієнтам групи порівняння призначали базову терапію.

Результати та обговорення. Ерадикація *H. pylori*-інфекції та нормалізація функціонального стану печінки і кишечника сприяють підвищенню ефективності базового лікування, збільшенню терміну ремісії та зниженню частоти рецидивів дерматозу у хворих на псоріаз із супутньою патологією органів травлення.

Висновки. Комплексна індивідуалізована терапія з урахуванням супутньої патології органів травлення, що передбачає ерадикацію *H. pylori*-інфекції, корекцію функціональних порушень системи печінки та мікробіоти кишечника, сприяє підвищенню ефективності базового лікування, а також збільшенню тривалості ремісії та зниженню частоти рецидивів дерматозу.

Ключові слова

Псоріаз, гелікобактерна інфекція шлунка, система печінки, мікробіота кишечника, дисбіоз.

У більшості хворих на псоріаз діагностовано супутню гастроентерологічну патологію. При цьому переважала мультиорганна гастроентерологічна патологія, зокрема *Helicobacter pylori*-інфекція (*H. pylori*-інфекція) та порушення детоксикаційної функції печінки, дисбіоз товстої кишки, синдром надлишкового бактеріального росту (СНБР).

У хворих на псоріаз порушення з боку травного каналу, системи печінки та мікробіоти кишечника зумовлюють потребу в розробці комплексного індивідуалізованого підходу до терапії з урахуванням патології органів травлення [1, 3, 4, 8].

За наявності у хворих *H. pylori*-інфекції та диспепсичних розладів або структурної патоло-

гії органів травлення рекомендовано проводити ерадикаційну терапію [10, 15, 16].

Результати пошуку оптимальної схеми ерадикаційної терапії на підставі стандартів доказової медицини та численних контрольованих клінічних досліджень узагальнено та сформульовано у вигляді медичних рекомендацій. Конференції, присвячені згаданій проблемі, відбулися в м. Маастрихті, тому рекомендації дістали назву маастрихтських (Маастрихт I, II, III та IV). На сьогодні чинні Маастрихтські рекомендації 2010 року (Маастрихт IV) [10].

З моменту відкриття гелікобактерної інфекції шлунка було запропоновано різні схеми антигелікобактерної терапії, які розрізняють за

* Повідомлення 1 у № 1.— 2017.— С. 7—13.

складом і кількістю препаратів (моно-, дво-, трикомпонентні), що використовують у цих схемах, а також за тривалістю лікування [11].

На жаль, жодна з ерадикаційних схем не забезпечує 100 % знешкодження інфекції. Згідно з Маастрихтськими рекомендаціями, відсоток елімінації гелікобактерної інфекції в разі використання підходу intention-to-treat (намір лікуватися) має бути однаковим або перевищувати 80 %. Відповідне значення успішної ерадикації отримано на підставі аналізу результатів різних схем («ліній») лікування, їхньої доступності та наявності небажаних реакцій під час та після лікування. Також у цих схемах враховують чутливість мікроорганізму до лікарських засобів, особливості середовища існування *H. pylori* тощо.

У зв'язку з цим було сформульовано кілька «ліній» ерадикаційної терапії. За умови вперше виявленої *H. pylori*-інфекції та диспепсичних скарг або структурної патології органів травлення хворому має бути рекомендована потрійна терапія «першої лінії», а в разі її неефективності — лікування відповідно до однієї зі схем «другої лінії», в яких використовують комбінації інших препаратів, збільшено тривалість терапії тощо. Тривалість потрівної терапії, згідно з рекомендаціями Маастрихт IV, становить 10–14 діб, що сприяє підвищенню рівня ерадикації на понад 5 % порівняно з 7-добовим курсом лікування (Маастрихт I, II, III). Нині оптимальною вважають потріпну терапію «першої лінії», за якою призначають пантопразол (40 мг), кларитроміцин (500 мг) й амоксицилін (1000 мг) *per os* двічі на добу протягом 10 діб [10, 11, 15].

Крім того, відповідного лікування вимагають виявлені у хворих на псоріаз порушення з боку системи печінки та розлади мікробіоти кишечника [2, 5, 7, 13].

Тому ми пролікували хворих на псоріаз із супутньою патологією органів травлення (ОТ) з диференційованим і комплексним призначенням засобів, спрямованих на ерадикацію гелікобактерної інфекції, корекцію функціональних порушень печінки, зокрема нормалізацію її детоксикаційної функції, та усунення патологічних змін мікробіоти кишечника (дисбіоз товстої кишки та СНБР) на тлі базової терапії.

Для оцінки ефективності терапії та залежно від супутньої гастроентерологічної патології всіх хворих на псоріаз було розподілено на такі клінічні групи:

— I — 30 хворих із *H. pylori*-асоційованою патологією. Їм додатково до базової призначали стандартну потріпну антигелікобактерну терапію «першої лінії» протягом 10 діб;

— II — 58 хворих із супутньою печінковою патологією, яким додатково до базового лікування призначали гепатопротектор адеметіонін («Гептрал»). Пацієнтам із помірним ступенем порушення детоксикаційної функції печінки призначали адеметіонін по 400 мг в/в раз на добу протягом 10 діб, після чого по 400 мг двічі на добу *per os* 10 діб, а за значних функціональних порушень печінки подовжували прийом гепатопротектора по 400 мг двічі на добу *per os* до 20 діб;

— III — 69 хворих із супутнім порушенням мікробіоти кишечника, яким додатково до базової терапії призначали аглютену діету та мультикомпонентний пробіотик. Пацієнтам із супутнім дисбіозом товстої кишки I та II ступенів тяжкості пробіотик призначали *per os* протягом 1 міс, зі значнішими дисбіотичними розладами прийом препарату подовжували до 2 міс. За умови виявлення супутнього СНБР призначали селективний кишковий антибіотик рифаксимін по 400 мг двічі на добу протягом 10 діб;

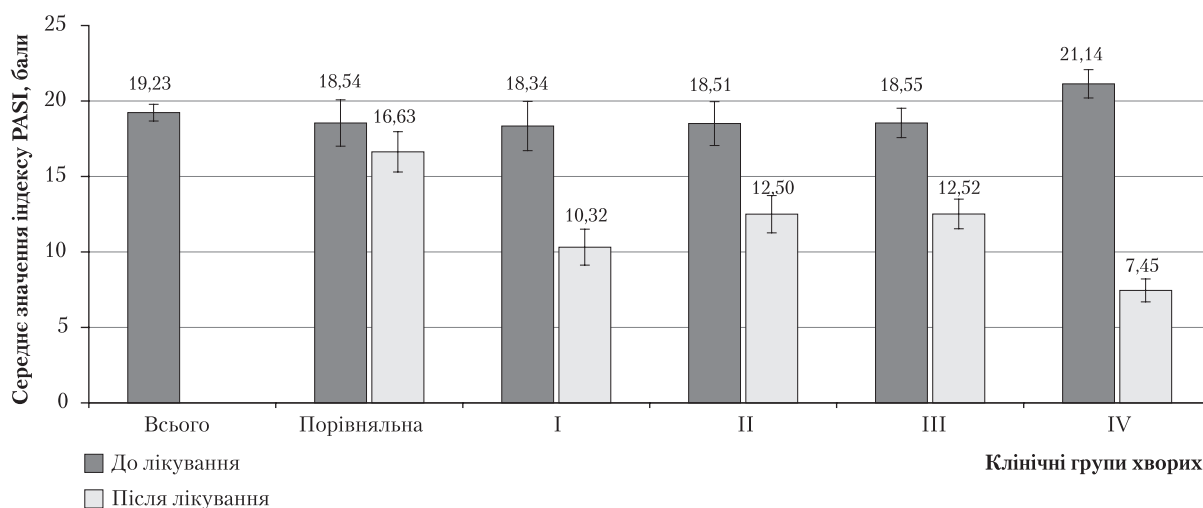
— IV — 75 хворих з поєднаною патологією органів травлення, яким призначено комплексне лікування з введенням стандартної потрівної АГБТ (у разі виявлення *H. pylori*-асоційованої патології), гепатопротекторів (адеметіонін) та засобів відновлення кишкової мікробіоти;

— порівняльна — 40 хворих на псоріаз, яким призначали лише базове лікування (згідно з інструктивно-методичними стандартами), що передбачає застосування гіпосенсибілізуючих, антигістамінних, детоксикаційних, седативних препаратів і засобів зовнішньої терапії залежно від нозології та клінічних виявів дерматозу.

Встановлено, що середнє значення індексу PASI у хворих на псоріаз до лікування істотно не відрізнялося ($p > 0,05$) в усіх клінічних групах (рисунок).

Терапевтичну ефективність лікування оцінювали на підставі найближчих і віддалених наслідків. При цьому враховували ступінь регресу клінічних виявів дерматозу, тривалість ремісії, оцінювали шанси виникнення рецидиву псоріазу, а також, залежно від терапії, рівень ерадикації інфекції *H. pylori*, відновлення функціональних порушень печінки, її детоксикаційної функції, корекцію кишкової мікробіоти (усунення дисбіозу товстої кишки та СНБР), зникнення чи зменшення диспепсичного, больового й астеновегетативного синдромів.

За допомогою антигелікобактерної терапії у абсолютної більшості хворих на псоріаз із супут-



Рисунк. Psoriasis Area and Severity Index у хворих на псоріаз до та після лікування залежно від терапії

ньою *H. pylori*-асоційованою гастроентерологічною патологією досягли ерадикації інфекції *H. pylori*. Її ефективність у пацієнтів I клінічної групи становила 86,7 % (95 % ДІ 70,3–97,2), IV – 92,9 % (95 % ДІ 83,0–97,2).

Нормалізацію функціональних порушень печінки, зокрема відновлення детоксикаційної функції, оцінювали за допомогою результатів метацетинового дихального тесту (^{13}C -МДТ), а також динаміки показників біохімічного аналізу крові, даних ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини та усунення основних клінічних синдромів (диспепсичного, болювого й астеновегетативного) [6, 9, 10].

Введення до базової терапії хворих на псоріаз із супутньою гепатобіліарною патологією (II та IV клінічні групи) адеметіоніну сприяло нормалізації детоксикаційної функції печінки у 31 (83,8 %) пацієнта II клінічної групи та у 41 (83,7 %) IV. Після лікування середня кумулятивна доза $^{13}\text{CO}_2$ на 120-й хвилині дослідження (за результатами ^{13}C -МДТ) у пацієнтів II та IV клінічних груп зі зниженням детоксикаційної функції печінки вірогідно збільшилася – $(25,4 \pm 1,1)$ і $(26,2 \pm 0,9)$ % (до лікування $(14,8 \pm 0,5)$ і $(15,2 \pm 0,4)$ % відповідно; $p < 0,001$). У 16 % пацієнтів цих груп помічали лише тенденцію до нормалізації детоксикаційної функції печінки, відповідний показник залишався помірно зниженим, що стало підґрунтям для повторного призначення гепатопротекторної терапії з використанням адеметіоніну.

У хворих відповідних клінічних груп істотно знизилися ($p < 0,001$) активність трансаміназ (АлАТ та АсАТ), ГГТ, ЛФ та рівень холестерину. Після лікування ці показники стали помітно нижчими, ніж у пацієнтів порівняльної групи

($p < 0,001$), проте залишалися вищими, ніж у контрольної групи. Також у хворих II та IV клінічних груп, за даними УЗД, спостерігалася тенденція до зменшення розмірів печінки, нормалізації її ехогенності.

Корекція кишкової мікробіоти за допомогою безглютенної дієти та призначення мультикомпонентного пробіотика у пацієнтів III та IV клінічних груп сприяла зниженню рівня реєстрації дисбіозу товстої кишки. Так, після лікування він спостерігався у 27 (39,1 %) хворих (до лікування – у 71,0 %; $p < 0,001$) III клінічної групи та у 26 (34,7 %) пацієнтів (у 72,0 % до лікування; $p < 0,001$) IV. Незважаючи на той факт, що у частини хворих цих груп після лікування залишалися дисбіотичні порушення, вони були несуттєвими та відповідали дисбіозу I ступеня (переважання анаеробів над аеробами, рівні біфідо- та лактобактерій знижені на 1–2 порядки), проте цим пацієнтам було призначено повторний курс терапії з пробіотиком. Крім того, після терапії у пацієнтів цих клінічних груп значно поліпшився спектр кишкової мікрофлори. Зокрема, істотно знизився відсоток висівання представників умовно-патогенних мікроорганізмів, таких як клебсієли та золотистий стафілокок, а також дріжджоподібних грибів роду *Candida*, *Proteus spp.* та клостридій. Навпаки, порівняно з початковим рівнем вірогідно збільшилася кількість лактобактерій і біфідобактерій.

У 21 (95,5 %) хворого III клінічної групи та 37 (94,9 %) IV, в яких до лікування був синдром надлишкового бактеріального росту, після терапії з рифаксиміном показники H_2 -ГДТ почали відповідати референтним значенням [12, 14].

Середні показники H_2 -ГДТ у хворих після терапії з введенням рифаксиміну вірогідно зни-

зилися та нормалізувалися, їхні значення стали нижчими, ніж у контрольній групі, — ($13,2 \pm 1,2$) ppm. Згідно з результатами H_2 -ГДТ, відповідний показник після лікування у пацієнтів цих груп становив ($7,2 \pm 0,9$) і ($7,1 \pm 0,9$) ppm. До лікування — відповідно ($26,2 \pm 0,9$) і ($26,8 \pm 0,8$) ppm). У хворих, у яких після терапії з рифаксиміном зберігся СНБР, спостерігався незначний клінічний ефект.

У більшості хворих I–IV клінічних груп у процесі та після закінчення терапії поліпшився загальний стан, відновився апетит, зникли або зменшилися диспепсичний, больовий і астено-вегетативний синдроми. Відповідних зрушень у пацієнтів групи порівняння не помічено.

Клінічну ефективність запропонованих методів терапії та базового лікування оцінювали за динамікою безпосередніх і віддалених наслідків терапії.

Після лікування у хворих I–IV клінічних груп спостерігалися статистично вірогідне ($p < 0,001$) зниження індексів PASI, а також вірогідна різниця цих показників ($p < 0,001$) у пацієнтів I–IV клінічних груп та в осіб групи порівняння (див. рисунок).

Ефективність лікування хворих на псоріаз I–IV клінічних груп, згідно з динамікою індексу PASI, була вірогідно вищою ($p < 0,001$), ніж у осіб групи порівняння.

При цьому «значне» та «помірне» поліпшення спостерігали відповідно у 20,0 і 56,7 % пацієнтів I клінічної групи, у 24,1 і 53,4 % II, у 24,6 і 47,8 % III та у 37,3 і 42,7 % IV. У жодного хворого з групи порівняння «значного» поліпшення не досягнуто, «помірне» зареєстровано лише у 7,5 % хворих.

Ми проаналізували не тільки безпосередні, а й віддалені наслідки терапії хворих на псоріаз різних клінічних груп за допомогою визначення тривалості періоду ремісії, медіани безрецидивного перебігу та шансів щодо рецидивів.

Тривалість ремісії оцінювали за загально-визнаною шкалою, згідно з якою «стійкою» вважали клінічну ремісію тривалістю понад 24 міс, «помірною» — від 12 до 24 міс, «нестійкою» — від 6 до 12 міс, «без ефекту» — 6 міс.

Найліпші віддалені наслідки терапії спостерігали у хворих, які отримували диференційоване та комплексне лікування з урахуванням супутньої патології органів травлення, порівняно з хворими, які отримували лише базову терапію.

Зокрема, «стійка» клінічна ремісія спостерігалася у 20, 19, 24,6 та 32,0 % хворих I–IV груп відповідно. У жодного пацієнта порівняльної клінічної групи «стійкої клінічної ремісії» не зауважено. Також у хворих I–IV клінічних груп вірогідно частіше ($p < 0,001$) реєстрували «помірну» клінічну ремісію, ніж у пацієнтів порівняльної групи.

Крім того, тривалість безрецидивного перебігу дерматозу у хворих на псоріаз I–IV клінічних груп у процесі 24-місячного спостереження була вірогідно довшою ($p < 0,001$), ніж у пацієнтів порівняльної групи. При цьому у пацієнтів I клінічної групи вона становила ($13,50 \pm 1,29$) міс (95 % ДІ 10,97–16,03), II — ($13,83 \pm 0,92$) міс (95 % ДІ 12,02–15,63), III — ($14,06 \pm 0,90$) міс (95 % ДІ 12,29–15,83) та IV — ($16,17 \pm 0,77$) міс (95 % ДІ 16,17–17,68 %). У групі порівняння відповідний показник становив ($5,83 \pm 0,48$) міс (95 % ДІ 4,89–6,76 %). Медіана безрецидивного перебігу в процесі 24-місячного спостереження у хворих I–III клінічних груп становила 11 міс (95 % ДІ 8,32–13,68; ДІ 8,77–13,23; ДІ 9,13–12,87 відповідно), IV — 15 (95 % ДІ 12,17–17,83 %). У пацієнтів групи порівняння — 5 (95 % ДІ 3,98–6,02 %).

Також для оцінки віддалених наслідків лікування порівнювали шанси рецидивування захворювання після різних методів лікування, зокрема терапії з урахуванням патології органів травлення, та базового лікування. На підставі аналізу результатів віддаленого спостереження було виявлено, що у хворих на псоріаз I–IV клінічних груп ризик щодо рецидивів дерматозу вірогідно зменшується ($p < 0,001$) порівняно з пацієнтами, які отримували лише базову терапію.

Так, ризик щодо рецидивів дерматозу у хворих на псоріаз I (ВШ = 0,241; 95 % ДІ 0,134–0,436), II (ВШ = 0,230; 95 % ДІ 0,142–0,372), III (ВШ = 0,234; 95 % ДІ 0,148–0,371) та IV (ВШ = 0,124; 95 % ДІ 0,074–0,208) клінічних груп був вірогідно зниженим ($p < 0,001$) порівняно з пацієнтами, які отримували лише базову терапію.

Таким чином, у більшості хворих на псоріаз спостерігається різноманітна супутня патологія, що істотно обтяжує клінічний перебіг дерматозів, значно скорочує тривалість ремісії та збільшує ймовірність виникнення рецидивів дерматозу.

На підставі аналізу результатів досліджень суттєве підвищення ефективності лікування констатовано у хворих I–III клінічних груп, в яких виявлено супутні *H. pylori*-асоційовані захворювання (I клінічна група), печінкову патологію (II) та дисбіотичні розлади кишечника (III), за рахунок індивідуалізованого призначення терапії, спрямованої на ерадикацію гелікобактерної інфекції, корекцію функціональних порушень печінки та кишечника на тлі базової терапії. Водночас найліпші наслідки лікування встановлено у хворих на псоріаз IV клінічної групи з поєднаною супутньою гастроудоденальною, гепатобіліарною та кишковою патологією, яка обтяжувала перебіг цих дерматозів, завдяки за-

стосуванню комбінованої антигелікобактерної, гепатопротекторної та пробіотичної терапії.

Отже, призначення хворим на псоріаз комплексної індивідуалізованої терапії з урахуванням встановленої супутньої патології органів

травлення, що передбачає ерадикацію гелікобактерної інфекції, корекцію системи печінки та порушень мікробиоти кишечника, дає змогу значно підвищити ефективність терапії та продовжити тривалість ремісії псоріазу.

Список літератури

1. Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Шмакова А.С., Ипатова О.М. Клинико-биохимический статус у больных псориазом и методы его коррекции // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2009. — № 5. — С. 23–27.
2. Гараева З.Ш., Сафина Н.А., Тюрин Ю.А. и др. Дисбиоз кишечника как причина системной эндотоксинемии у больных псориазом // Вестн. дерматол. и венерол. — 2007. — № 1. — С. 23–27.
3. Гринюк С.М., Хімейчук Л.О., Сенишин Н.Ю. Дієтотерапія в комплексному лікуванні псоріазу // Галицький лікарський вісн. — 2013. — № 1. — С. 141–144.
4. Гумаюнова Н.Г. Синдром избыточного роста бактерий в тонкой кишке при псориатической болезни на фоне бласцистной инвазии: автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Челябинск, 2009. — 24 с.
5. Калініченко С.В., Бабич Є.М., Рижкова Т.А. та ін. Сучасний стан розробки та застосування пробіотичних, пребіотичних та синбіотичних препаратів // Анналі Мечников. інституту. — 2013. — № 3. — С. 5–12.
6. Маев И.В., Рапопорт С.И., Гречушников В.Б. и др. Диагностическая значимость дыхательных тестов в диагностике инфекции *Helicobacter pylori* // Клини. мед. — 2013. — № 2. — С. 29–33.
7. Матусевич С.Л., Матаев С.И. Взаимосвязь нарушения микрофлоры толстой кишки со степенью тяжести псоріазу. Опыт применения лактулозы // Вестн. Южно-Урал. гос. ун-та. Сер. Образование, здравоохранение, физ. культура. — 2011. — № 20, Вып. 27. — С. 112–115.
8. Матусевич С.Л., Медведева И.В. Возможности использования адеметионина в терапии больных псориазом с патологией органов гепатобилиарной системы // Вестн. дерматол. и венерол. — 2010. — № 6. — С. 77–82.
9. Передерий В.Г., Ткач С.М., Сизенко А.К., Швець О.В. Клиническое применение водородных дыхательных тестов в гастроэнтерологии // Сучасна гастроентерол. — 2010. — № 4. — С. 26–32.
10. Передерий В.Г., Ткач С.М. Практична гастроентерологія. Сучасна тактика й алгоритми ведення хворих з основними гастроентерологічними захворюваннями і синдромами. — Вінниця: Нова кн., 2012. — 730 с.
11. Ткач С.М. Предпочтительные стратегии эрадикации инфекции *Helicobacter pylori* в Украине в свете современных международных рекомендаций // Новости медицины и фармации. — 2013. — № 468. — С. 7–11.
12. Bass N.M., Mullen K.D., Sanyal A. et al. Rifaximin treatment in hepatic encephalopathy // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 362, N 12. — P. 1071–1081.
13. Bordignon M., Viel G., Peserico A., Alaibac M. Non-alcoholic fatty liver disease, alcohol intake and psoriasis // J. Hepatol. — 2010. — Vol. 53, N 3. — P. 587.
14. Eltawil K.M., Laryea M., Peltekian K., Molinari M. Rifaximin vs. conventional oral therapy for hepatic encephalopathy: a meta-analysis // World J. Gastroenterol. — 2012. — Vol. 18, N 8. — P. 767–777.
15. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report // Gut. — 2007. — Vol. 56, N 6. — P. 772–781.
16. Onsun N., Arda Ulusal H., Su O. et al. Impact of *Helicobacter pylori* infection on severity of psoriasis and response to treatment // Eur. J. Dermatol. — 2012. — Vol. 22, N 1. — P. 117–120.

Т.А. Литинская, В.И. Степаненко

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Комплексный дифференцированный подход к лечению больных псориазом с учетом особенностей сопутствующей патологии органов пищеварения

Цель работы — повышение эффективности лечения больных псориазом с сопутствующей патологией органов пищеварения путем дифференцированной терапевтической коррекции нарушений.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 272 больных псориазом в возрасте от 18 до 72 лет. С учетом диагностированной у больных псориазом сопутствующей гастроэнтерологической патологии и в целях оценки эффективности терапии пациенты были распределены на равноценные клинические группы. Больные получали комплексную дифференцированную терапию с учетом сопутствующей патологии органов пищеварения, а именно: эрадикацию *Helicobacter pylori*-инфекции (*H. pylori*-инфекции), коррекцию функциональных нарушений печеночной системы и микробиоты кишечника. Пациентам группы сравнения назначали базовую терапию.

Результаты и обсуждение. Эрадикация *H. pylori*-инфекции и нормализация функционального состояния печени и кишечника позволяют повысить эффективность базовой терапии, увеличить длительность ремиссии и уменьшить частоту рецидивов дерматоза у больных псориазом с сопутствующей патологией органов пищеварения.

Выводы. Комплексная индивидуализированная терапия с учетом сопутствующей патологии органов пищеварения, включающая эрадикацию *H. pylori*-инфекции, коррекцию функциональных нарушений печеночной системы и микробиоты кишечника, позволяет повысить эффективность базового лечения, а также увеличить длительность ремиссии и уменьшить частоту рецидивов дерматоза.

Ключевые слова: псоріаз, хелікобактерна інфекція желудка, печеночна система, мікробіота кишечника, дисбіоз.

T.O. Lytynska, V.I. Stepanenko

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Complex differentiated approach to treatment of psoriasis with consideration of concomitant pathology of digestive system

Objective — to increase the effectiveness of treatment of patients with psoriasis and concomitant pathology of the digestive system by means of differentiated therapeutic correction of disorders.

Materials and methods. 272 patients with psoriasis aged 18 to 72 years were under observation. With consideration of the concomitant gastroenterological pathology diagnosed in patients with psoriasis and in order to evaluate the effectiveness of therapy, patients were divided into equivalent clinical groups. Patients received complex differentiated therapy taking into account the concomitant pathology of the digestive organs, namely: eradication of *Helicobacter pylori* infection (*H. pylori* infection), correction of functional disorders of the hepatic system and intestinal microbiota. Patients of the comparison group were prescribed basic therapy.

Results and discussion. Eradication of *H. pylori* infection and normalization of the functional state of the liver and intestine can improve the effectiveness of basic therapy, increase the duration of remission and reduce the frequency of recurrence of dermatosis in patients with psoriasis and concomitant pathology of the digestive system.

Conclusions. Complex individualized therapy, with consideration of the concomitant pathology of the digestive organs, including eradication of *H. pylori* infection, correction of functional disorders of the hepatic system and intestinal microbiota, allows increasing the effectiveness of the basic treatment and duration of remission as also reducing the frequency of relapses of dermatosis.

Key words: psoriasis, *Helicobacter pylori* infection, hepatic system, intestinal microbiota, dysbiosis.

Дані про авторів:

Литинська Тетяна Олександрівна, д. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
01023, м. Київ, вул. Шовковична, 39/1, Олександрівська клінічна лікарня, корп. 2
Тел. (044) 234-62-75. E-mail: t.litinska@gmail.com

Степаненко Віктор Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця