

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для оценки выраженности положительной реакции на аутоантитела к ДНК рассчитывали индекс реакции (ИР) как отношение оптической плотности исследуемого образца сыворотки к среднему значению оптической плотности отрицательного контроля. Коэффициент корреляции между значениями гидратации, медианной частоты ( $F_{\text{медианная}}$ ) и ИР составил  $r = 0,73$ ; при этом, чем более выражена положительная реакция относительно наличия аутоантител к ДНК<sub>нативная</sub>, тем выше значение реальной части комплексной диэлектрической проницаемости.

Изучение поверхностного натяжения сыворотки крови, что на частотах дисперсии диэлектрической проницаемости свободной воды, сыворотки крови с положительным ИР и слабopоложительным ИР характеризуются более высокими значениями электромагнитного отклика и, следовательно, меньшими значениями поверхностного натяжения данной биологической системы.

**Выводы.** Достаточный уровень корреляции экспериментальных данных, которые были получены по двум методикам, позволяет рекомендовать использовать измерение гидратации и поверхностного натяжения сыворотки крови для повышения эффективности диагностики и как критерий для коррекции терапии ОСД.

УДК 612. 017.2 + 616.53-002 + 616.003.96

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ  
АДАПТАЦІЙНОЇ НАПРУГИ  
У ХВОРИХ НА ПОШИРЕНІ  
ДЕРМАТОЗИ, ЩО АСОЦІЙОВАНІ  
З ЛІКАРСЬКОЮ ХВОРОБОЮ,  
І ХВОРИХ БЕЗ УСКЛАДНЕНОГО  
АЛЕРГОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ**

**Солошенко Е. М., Шевченко З. М.,  
Ярмак Т. П.**

*ДУ «Інститут дерматології  
та венерології НАМН України»*

Адаптація - пристосовуваність до навколишнього середовища. Відомо, що в орга-

нізмі людини існує система неспецифічних адаптаційних реакцій, кожна з яких на всіх ієрархічних рівнях має властивий тільки їй комплекс змін. Невідповідність між постійно змінюючимися умовами навколишнього середовища і фізіологічними можливостями організму приводить до порушення процесів адаптації. Враховуючи вищевказане, оцінка адаптаційних можливостей організму розглядається як один з найважливіших критеріїв стану здоров'я, предхвороби та хвороби.

**Мета роботи** – порівняльний аналіз стану адаптаційної напруги хворих на поширені дерматози, що асоційовані з лікарською хворобою, з хворими без ускладненого алергологічного анамнезу

**Матеріали і методи дослідження.** Під наглядом знаходилось 195 хворих на поширені дерматози, що асоційовані з лікарською хворобою. Серед обстежених реєстрували 23, 60 % хворих на лікарську хворобу (ЛХ), 12,3 % хворих на екзему, 11,3 % хворих на харчову токсидермію, 13,8 % хворих на псоріаз, 12,8 % хворих на алергічний дерматит, 26,2 % хворих – на інші дерматози. Сенсibiliзацію до лікарських засобів виявляли за допомогою ультразвукового тесту, реакції агломерації лейкоцитів, швидкості осадження еритроцитів в присутності лікарських засобів (ЛЗ).

Стан адаптації визначали по співвідношенню вміста лімфоцитів і сегментоядерних нейтрофілів в лейкоцитарній формулі (Гаркаві Л. Х., Квакіна Е. Б., Уколова М. А., 1990). Індекс по Гаркаві мав наступні градації: а) зона тренування – 0,32 – 0,51; б) зона спокійної активації – 0,52 – 0,71; в) зона підвищеної активації > 0,71; г) стрес < 32. Рівень адаптаційної напруги вивчали у 245 хворих на поширені дерматози, із яких у 163 поширені дерматози асоціювалися із лікарською хворобою (45 – лікарська хвороба, по 25 – алергічний дерматит та рожеві вугрі, 24 – псоріаз, 22 – екзема та харчова токсидермія), а у 82 – алергологічний анамнез не мав ускладнень (по 15 обстежених – лікарська хвороба і псоріаз, по 10 – алергічний дерматит, рожеві вугрі, екзема, харчова ток-

сидермія). Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб.

**Результати та їх обговорення.** Серед 195 хворих на поширені дерматози алергічні реакції до ЛЗ виявляли практично у всіх обстежених. Серед хворих на екзему сенсibilізація встановлена у 70,8 % обстежених, серед хворих на харчову токсидермію – у 22,7 % обстежених, серед хворих на псоріаз – у 44,4 %, серед хворих на алергічний дерматит – у 72,0 %, серед хворих на інші дерматози – у 60,8 %. Найчастіше сенсibilізацію реєстрували до антибіотиків (48 хворих, 24,6 %), серцево-судинних препаратів (34 хворих, 17,4 %), а також до місцевих анестетиків і знеболюючих засобів (31 хворий, 15,9

%) та гіпотензивних препаратів (30 хворих, 15,4 %). Поряд з переліченими засобами у хворих на поширені дерматози встановлено алергічні реакції до протизапальних препаратів (24 хворих, 12,3 %), вітамінів (27 хворих, 13,8 %), засобів для лікування патології шлунково-кишкового тракту (22 хворих, 11,3 %), кортикостероїдних (10 хворих, 5,1 %) та антигістамінних (8 хворих, 4,1 %) препаратів.

Порівняльний аналіз порушень рівня адаптаційної напруги організму у хворих на поширені дерматози без ускладненого алергологічного анамнезу та у хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ, представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

**Порівняльний аналіз порушень рівня адаптаційної напруги організму у хворих на поширені дерматози без ускладненого алергологічного анамнезу та у хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ**

Показники	Хворі на поширені дерматози без ускладненого анамнезу		Хворі на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ		Контроль (практично здорові особи)	
	Абс. число	%	Абс. Число	%	Абс. число	%
Зона тренування	27	32,9	46	28,2	6	40
Зона спокійної активації	16	19,5	45	27,6	9	60
Зона підвищеної активації	12	14,7	26	16,0	-	-
Зона переактивації	7	8,5	23	14,1	-	-
Гострий стрес	10	12,2	13	8,0	-	-
Хронічний стрес	10	12,2	10	6,1	-	-
Усього хворих	82	100	163	100	15	100

Як свідчать дані таблиці, серед хворих на поширені дерматози без ускладненого алергологічного анамнезу в реакції тренування перебувало 32,9 % обстежених, в зоні спокійної активності – 19,5 %, в зоні підвищеної активності – 14,7 %, в зоні переактивації – 8,5 %, в зоні гострого стресу – 12,2

%, в зоні хронічного стресу – 12,2 %. На підставі цих даних порушення рівня адаптаційної напруги організму встановлено у 47,6 % хворих на поширені дерматози без ускладненого алергологічного анамнезу у порівнянні з особами контрольної групи, у котрих індекс по Гаркаві, як рівень адапта-

ційної напруги, був в межах норми, оскільки 40 % практично здорових осіб знаходились в зоні тренування, а 60 % – в зоні спокійної активації. Згідно даним цієї ж таблиці, серед всієї групи хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ, порушення індексу адаптаційної напруги виявлено у 44,2 % обстежених, 16 % із яких перебувало в зоні підвищеної активності, 14,1 % - в зоні переактивації, 8 % - в зоні гострого стресу і 6,1 % - в зоні хронічного стресу. Фактично аналіз отриманих даних свідчить, що вірогідної різниці в порушеннях адаптаційних механізмів у хворих на поширені дерматози без ускладненого анамнезу (47,6 %) і у хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ (44,2 %), немає. Між тим, якщо серед хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ, більше хворих знаходилось в зоні підвищеної активації та переактивації (30,1 %) і менше в зоні гострого і хронічного стресу (14,1 %), то серед хворих без ускладненого алергологічного анамнезу навпаки менше хворих знаходилось в зоні підвищеної активації та переактивації (23,2 %) і більше хворих - в зоні гострого і хронічного стресу - (24,4 %). Аналіз індексу адаптаційної напруги щодо кожного дерматозу показав, що в зоні підвищеної активації перебували переважно хворі на псоріаз (29 %) і на лікарську хворобу (22%); в зоні переактивації – хворі на харчову токсидермію (22 %), на рожеві вугрі (16 %), на алергічний дерматит (16 %) та екзему (14 %); в зоні гострого і хронічного стресу – хворі на алергічний дерматит (24 %), лікарську хворобу (16 %) та екзему (14 %).

**Висновок.** У хворих на поширені дерматози без ускладненого алергологічного анамнезу і у хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ, без вірогідної різниці між ними виявлені вагомні порушення адаптаційних механізмів – відповідно у 47,6 % (із них 23,2 % обстежених знаходились в зоні підвищеної активації та переактивації і 24,4 % в зоні гострого та хронічного стресу) і у 44,2 % (із них 30,1 % обстежених знаходилось в зоні підвищеної активації і переактивації та 14,1 % - в зоні гострого і хронічного стресу).

УДК 616.517-08.37-035-056.5

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАНО-ИММУНОМОДУЛЯТОРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

**Федотов В. П., Кириенко В. А.**

*Запорожский государственный  
медицинский университет*

Псориаз – один из самых часто регистрируемых дерматозов, поражая практически 2-3% всего населения земного шара. Псориаз – это генетически детерминированное хроническое аутоиммунное полисистемное заболевание мультифакторной природы, которое характеризуется доброкачественной гиперпролиферацией эпидермиса, папуло-сквамозной сыпью, стадийностью, нередко тяжелым клиническим течением с вовлечением в патологический процесс опорно-двигательного аппарата и внутренних органов и соответствующими морфологическими и функциональными изменениями.

Нарушения иммунной системы и развитие слабого иммунного ответа у больных данным дерматозом обусловлено антигенной мимикрией, генетическими факторами, которые контролируют процессы нормальной дифференциации иммунокомпетентных клеток, сбоям или поломками нейро-гуморальных механизмов. Характерно снижение Т-лимфоцитов, изменение коэффициента соотношения Т-хелперов/Т-супрессоров за счет увеличения Т-супрессоров, повышения уровня иммуноглобулинов класса IgG, IgA, компонентов комплемента C3, C4, что свидетельствует об активизации в них процессов образования аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов и, соответственно, угнетения защитных механизмов. На основании этого сделан вывод, что патогенез при псориазе в основном аутоиммунный. Важным патогенетическим звеном иммунных нарушений при псориазе есть девиа-