

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-

ция цитокинового профиля по Th1-типу с повышением уровня интерлейкинов (IL-8) и фактора некроза опухолей (TNF- α), как ключевого механизма болезни.

В лечении псориаза используются противовирусные препараты, иммуномодуляторы, антигистаминные средства, витамины, седативные, гипосенсибилизирующие и др. Особое место занимают иммуномодулирующие препараты. Уже много десятилетий назначают иммуностимуляторы, которые в большинстве своем морально устарели, когда еще было мало знаний об особенностях работы иммунной системы. Поэтому большинство авторов считало, что необходимо стимулировать иммунитет, что привело к росту количества хронических заболеваний. В последние годы иммунологи стали настойчиво говорить о пагубном влиянии бездумной иммуностимуляции, называя её иммунных терроризмом.

Как известно, нанотехнологии позволяют улучшить свойства препарата, сделав его на несколько порядков эффективней и безопасней относительно любого аналога. Приставка «нано» в переводе с греческого означает «карлик», 1 нанометр равен 1×10^{-9} метра. Для лекарственного препарата Меркурид созданы молекулы размером всего 1,2 нм (для сравнения, размеры вирусов составляют от 20 до 300 нм). Использование сверхмалых молекул позволяет наделить их информационной составляющей – ноу-хау разработчиков, что дает возможность препарату сначала выявить изменения в работе иммунитета, а затем корректировать его – впервые реализована интеллектуальная модуляция – «интеллектуальный иммуномодулятор», сначала определяет, а затем восстанавливает только нарушенные звенья иммунитета, нормально функционирующие не затрагиваются.

Меркурид является комплексным гомеопатическим препаратом, который обладает противовоспалительными, иммуномодулирующими, дезинтоксикационными свойствами, способствует активации защитных сил организма, повышает работоспособность и общую неспецифическую резистентность,

нормализует факторы противоопухолевой (TNF- α), противовирусной, противопаразитарной (IgA) защиты. Препарат применяется сублингвально. Гранулы следует применять под язык до полного рассасывания, при необходимости гранулы растворить в небольшом количестве воды. Взрослым рекомендуется применять по 7 гранул 3 раза в день, детям с 6 лет – по 3 гранулы 3 раза в день. В острых случаях в течение первых 2 часов принимать разовую дозу каждые 15 минут до наступления улучшения состояния, но не более 8 раз, после чего принимать 3 раза в день. Принимать за 15-20 минут до еды или через 1 час после еды. Курс лечения – 3-4 недели. Для достижения устойчивого результата рекомендуется повторение курса лечения с интервалом 2 недели.

Цель: провести сравнительный анализ эффективности применения традиционной терапии и использования нано-иммуномодулятора у больных псориазом с избыточным весом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 22 больных (14 женщин и 8 мужчин в возрасте от 20 до 64 лет) с различными клиническими формами псориаза и избыточным весом. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц.

Степень тяжести псориаза оценивали при помощи Psoriasis Area and Severity Index (PASI) – индекс PASI был представлен числом от 0 (отсутствие болезни) до 72 (самое тяжелое течение дерматоза). Диагностическое обследование проводилось до и после курса лечения. Все больные находились на стационарном или амбулаторном лечении в клинике кожных и венерических заболеваний Запорожского государственного медицинского университета.

Больные были разделены на 2 репрезентативные группы. 1-я группа: назначалась стандартная терапия; 2-я группа: на фоне стандартной терапии назначался нано-модулятор Меркурид по схеме 7 гранул 3 раза в день 3 недели.

Результаты исследования. Больные с распространенным вульгарным псориазом

составляли основную часть - 90%, у 10% больных выявлен экссудативный псориаз. Частые обострения заболевания наблюдались у 30% больных и у всех пациентов отмечались в осенне-зимний период. При обследовании больных выявлено: проявления псориазической триады Ауспитца у всех больных, индекс PASI составил $24,83 \pm 2,61$. Псориаз сопровождался субъективными симптомами (жжение, зуд различной степени интенсивности).

После завершения курса лечения отмечено уменьшение индекса PASI у всех больных на псориаз, но более выраженное снижение его отмечено у больных 2-й группы. Так, у больных 1-й группы под влиянием стандартной терапии индекс PASI до лечения составил $25,77 \pm 2,15$; после лечения – $16,12 \pm 0,88$; наблюдается снижение индекса PASI на 37,1% ($p < 0,05$). У больных под влиянием стандартной терапии и нано-иммуномодулятора индекс PASI до лечения составлял $24,67 \pm 2,09$; после лечения – $10,09 \pm 0,79$; наблюдается снижение индекса PASI на 59,1% ($p < 0,05$). Таким образом, наиболее высокая клиническая эффективность лечения больных псориазом у лиц с избыточным весом наблюдалась при использовании стандартной терапии и применения нано-иммуномодулятора.

Выводы. Делая выводы о результатах клинического наблюдения, можно утверждать, что включение в схему лечения больных псориазом с избыточным весом нано-иммуномодулятора показало более высокую эффективность проводимой терапии по сравнению с традиционным лечением и хорошую переносимость препарата. Включение данного препарата в комплексное лечение больных псориазом с избыточным весом обеспечило более быструю стабилизацию и регресс клинических проявлений заболевания. Учитывая широкий терапевтический профиль действия и хорошую переносимость, считаем целесообразным рекомендовать к более широкому применению данного препарата в лечении ряда дерматозов, включая псориазическую болезнь.

УДК 616.5-002.828

ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КРУПНЫХ КОЖНЫХ СКЛАДК, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ МИКСТ-ИНФЕКЦИЯМИ

Федотов В. П., Носонова А. В.

*Запорожский государственный
медицинский университет*

Цель работы. - изучить распространенность грибковых поражений крупных кожных складок, обусловленных микст-инфекциями.

Материалы и методы. Среди 80 больных инфекциями крупных кожных складок 52 пациента (65%) имели микоз, вызванный дерматомицетами. Из них 43 больных (82,7%) микозом, возбудителем которого были грибы рода *Trichophyton* (*Tr. rubrum* – 39 пациентов (90,7%) и *Tr. mentagrophytes* – 4 (9,3%)) и 9 больных (17,3%) – возбудителем заболевания являлся грибок рода *Epidermophyton* (*E. floccosum*). У всех больных были найдены нити мицелия. Культура гриба была выделена при посеве материала, который был взят с очагов поражения в крупных складках, у 38 больных (73,1%). У последних 14 больных (26,9%) грибок было выделено при посеве материала с других локализаций грибкового процесса на туловище (нижняя часть), конечностях или при соскобе с пораженных грибом ногтевых пластинок.

Культуральная диагностика микоза в крупных кожных складках кожи с выявлением полного спектра грибов, которые принимают участие в развитии данного процесса, является достаточно сложной задачей. По мнению большинства микологов, во многих случаях получить культуру гриба, возбудителя заболевания, не удастся, что связано с целым рядом факторов, в том числе и с биологическими свойствами мицелиальных дерматомицетов – медленным ростом культуры, которая может угнетаться сопутствующей бактериальной или грибковой микрофлорой.