

лиц были гомозиготны по первому генотипу, это несколько выше, чем было обнаружено в исследованиях, проведенных на европейской и китайской популяциях. Второй генотип в гетерозиготном состоянии был выявлен у 3% контрольных лиц. В группах больных была выявлена выраженная тенденция к повышению частоты второго аллеля у больных псориазом, урогенитальным хламидиозом и простатитом. Указанная тенденция не была обнаружена при неспецифическом уретрите, эндоцервиците, трихомониазе.

Данные литературы свидетельствуют о том, что аллель 2 ассоциируется с повышенной продукцией ИЛ-1 клетками и может рассматриваться как маркер более выраженного выделения ИЛ-1 в ответ на различные специфические и неспецифические стимулы. Показана ассоциация данного генотипа с тяжелым течением системной красной волчанки, с очаговой алопецией, мужским бесплодием и рядом других заболеваний. Можно предположить, что полученные нами результаты свидетельствуют о том, что повышенное образование ИЛ1 в очаге поражения может играть важную роль в патогенезе псориаза, урогенитального хламидиоза и простатита.

Вывод. Обнаружена ассоциация второго генотипа VNTR-полиморфизма гена IL-1RN с заболеваемостью псориазом, урогенитальным хламидиозом и простатитом.

ЭФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОМАКСУ ТА КОРТЕКСИНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ТЯЖКИМ СТУПЕНЕМ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ

А.А. Берегова

*Харківський національний
медичний університет*

У зв'язку зі складними патогенетичними механізмами розвитку та перебігу псориазу на сьогодні відсутні надійні медикаментозні

методи його лікування. Останнє спонукає до пошуку комплексних підходів з урахуванням не тільки ступеня тяжкості псориазу, а також провідних патогенетичних ланок. На підставі проведених досліджень щодо порушень стану ерго- та трофотропної систем у хворих на псориаз з різним ступенем тяжкості запропоновано комплексну медикаментозну схему їх корекції. Її сенс полягає у доповненні стандартної схеми лікування псориазу препаратами, що сприяють нормалізації функціонування симпато-адреналових та парасимпатичних регуляторних механізмів забезпечення гомеостатичної функції організму.

Мета. Довести ефективність використання Метомаксу та Кортексину на тлі стандартної схеми лікування псориазу з тяжким ступенем перебігу за динамікою змін найбільш чутливих показників стану ерго- та трофотропної систем - гістаміну, сіалових кислот, серотоніну.

Матеріали та методи. Обстежено 30 хворих з тяжким ступенем перебігу псориазу (за класифікацією PASI), яких розподілили на підгрупи: I – 15 пацієнтів, яким призначалася стандартна схема лікування, II - 15 пацієнтів, яким призначалася комплексна схема (стандартне лікування з додаванням Метомаксу та Кортексину). Контрольна група – 30 відносно здорових людей. Вміст гістаміну та серотоніну в добовій сечі визначали флюоресцентним методом з попереднім хроматографічним виділенням. Вміст сіалових кислот у сироватці крові визначали спектрофотометрично за допомогою діагностичного набору «Сіалотест-80» (РеаХім, Росія).

Результати дослідження. У пацієнтів I підгрупи до проведення терапевтичних заходів спостерігалася збільшення ($p < 0,001$), по відношенню до контролю, рівня гістаміну (в середньому на 243%), сіалових кислот (на 70%), серотоніну (на 143%). Після застосування пацієнтами цієї підгрупи стандартної схеми відмічалася статистично значуща ($p < 0,001$), порівняно з показниками до лікування, динаміка змін цих показників: зниження гістаміну в середньому на 29%,

серотоніну - на 26%, сіалових кислот – лише на 11%. При цьому при порівнянні з контрольною групою вміст цих показників залишався достовірно збільшеним відповідно на 143, 79 і 52%. У хворих II підгрупи до використання запропонованого комплексного медикаментозного лікування також відзначалося підвищення ($p < 0,001$), порівняно з контролем, рівня гістаміну (в середньому на 243%), серотоніну (на 142%) та сіалових кислот (на 122%). Після проведення терапевтичних заходів з використанням Метамаксу та Кортексину спостерігалось статистично значуще зниження ($p < 0,001$), порівняно з показниками до лікування, вмісту гістаміну та сіалових кислот в середньому на 46%, а серотоніну – на 35%. Порівняно з контролем рівень гістаміну, серотоніну та сіалових кислот залишався достовірно підвищеним ($p \leq 0,05$) відповідно на 86, 58 та 20%. При порівнянні стандартної та запропонованої комплексної схем лікування між собою не визначалося достовірних відмінностей для всіх досліджуваних показників. У порівнянні з хворими I підгрупи та контрольною групою хворих у хворих II підгрупи спостерігалось більш раннє зникнення свербіжжю, лущення зменшувалося в основному наприкінці першого тижня лікування, а на другому тижні з'являлися перші ознаки регресу висипів на шкірі. Сплощення псоріатичних бляшок в центрі або по периферії, формування навколо більшості елементів псевдоатрофічного обідка Воронова, менш яскраве забарвлення елементів починалось в більш короткі терміни. Результати, отримані після комплексної схеми з використанням Метамаксу та Кортексину, свідчать про більш виразне покращення стану ерго- та трофотропної систем, ніж при відсутності цих препаратів.

Висновки. Запропоноване комплексне медикаментозне лікування з використанням Метамаксу та Кортексину покращує об'єктивний і суб'єктивний статус хворих з тяжким ступенем перебігу псоріазу, їх якість життя, сприяє позитивній динаміці об'єктивних клінічних даних, нормалізує стан ерго- та трофотропної систем організму.

Слід рекомендувати більш раннє призначення цих препаратів хворим на псоріаз, що в комплексі зі стандартними терапевтичними заходами зможе сповільнити прогресування захворювання.

СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИХЕН: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Л.А. Болотная

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

Склероатрофический лихен (САЛ) является медленно развивающимся хроническим заболеванием с выраженной очаговой атрофией кожи и слизистых оболочек. Дерматоз отличается прогрессирующим течением и резистентностью к традиционным методам терапии.

Цель исследования: оценить эффективность методов лечения больных САЛ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 19 женщин, больных САЛ генитальной локализации (эритематозно-отечная форма) в возрасте от 53 до 62 лет.

Результаты исследования. Комплексное лечение больных включало препараты, улучшающие микроциркуляцию и обладающие репаративными свойствами (ксантинола никотинат, актовегин, троксерутин, солкосерил); аевит или витаминно-микроэлементные комплексы; биогенные стимуляторы. В зависимости от наружной терапии больные разделены на две группы: 9 пациентов использовали сильные глюкокортикоидные мази/кремы, мази актовегин, солкосерил, гепариновую мазь (1-я группа), 10 больных - очень сильные топические кортикостероиды (мазь клобетазола пропионат 0,05% 1 раз в сутки строго локально в течение 4 недель) с последующим переходом (при наличии зуда, жжения, незначительного воспаления) на топические ингибиторы кальци-