

загального числа Т-лімфоцитів та їх субпопуляцій, визначених за  $CD_3^+$ ,  $CD_4^+$  і  $CD_8^+$  (відповідно на: 31,2%, 35,4% та 19,7%;  $p < 0,05$ ), фагоцитарного числа, НСТ-тесту спонтанного й стимульованого (відповідно: на 31,8%, 27,1% і 46,4%,  $p < 0,01$ ). Встановлено, що у більшості (в 96 осіб – 71,6%) хворих на вугри звичайні є хронічна ВПГ-інфекція, яка лише у 36 (37,5%) інфікованих осіб перебігає в реактивованій формі, причому частіше у хворих на тяжкі акне (у 74,3%) порівняно з їх середньотяжкими формами (у 11,4%), а також супроводжується більш частими (у 2,5 раза) рецидивами дерматозу та вірогідними імунними порушеннями (переважно другого ступеня), а персистентна (неактивна) форма інфекції ВПГ I-II істотно не впливає на тяжкість акне та показники системного імунітету пацієнтів. Запропоновано вдосконалення до комплексної терапії хворих на вугри звичайні з наявністю коморбідної гелікобактерасоційованої патології гастроудоденальної локалізації шляхом застосування антигелікобактерної терапії (амоксациліну і кларитроміцину) на тлі пантопразолу з наступною імуномодулюючою терапією (тималін), що зумовлює вірогідне ( $p < 0,05$ ) прискорення (в 1,34 раза) регресу елементів вугрової висипки й настанню стану клінічної ремісії, зменшує частоту рецидивів (у 1,51 раза) і подовжує (в 1,8 раза) тривалість ремісії дерматозу, а також сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації показників системного імунітету таких хворих. Розроблено й обгрунтовано вдосконалення комплексної терапії хворих на вугри звичайні на тлі реактивованої форми інфекції ВПГ I-II шляхом поетапного застосування антивірусної терапії (інозин пранобекс) та імуотропного засобу (тималін), що покращує найближчі та віддалені результати лікування – вірогідно зменшує частоту рецидивів акне впродовж року (в 1,65 раза,  $p < 0,05$ ), подовжує тривалість ремісії (в 1,71 раза,  $p < 0,05$ ) дерматозу та сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації показників системного імунітету хворих. Доведено, що коморбідна реактивована інфекція ВПГ I-II порівняно з інфекцією

*Helicobacter pylori* спричиняє більш істотний негативний вплив на клінічний перебіг акне, а також найближчі та віддалені (при спостереженні впродовж року) результати їх лікування.

**Висновки.** У більшості (у 71,6%) хворих на вугри звичайні із середньотяжким та тяжким клінічним перебігом наявна хронічна ВПГ-інфекція (у 37,5% інфікованих осіб – у реактивованій формі) та у третини (32,8%) пацієнтів – супутні гелікобактерасоційовані захворювання гастроудоденальної локалізації з переважно субклінічним перебігом, які супроводжуються вірогідними змінами показників системного імунітету. Застосування в комплексному лікуванні хворих на акне антигелікобактерних чи антивірусного та імуномодулювального засобів з урахуванням виявлення інфекції *Helicobacter pylori*, вірусів простого герпесу першого і другого типів та змін показників системного імунітету сприяє покращенню найближчих та віддалених клінічних результатів лікування таких пацієнтів, а також нормалізації чи тенденції до нормалізації показників їх системного імунітету.

## СОСТОЯНИЕ НАТРИЙ-КАЛИЙ ЗАВИСИМОЙ ТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА

*Л.В. Галузинская, Н.В. Жукова*

*Национальный фармацевтический  
университет*

Основную функцию переноса натрия из клетки, а анионов калия в клетку выполняет фермент  $Na^+$ -,  $K^+$  зависимая АТФаза. В настоящее время этот фермент рассматривается не только как система активного транспорта ионов, но и как система трансдукции и передачи сигналов в клетку, что влияет на метаболическую активность эритроцитов, от которой во многом зависит перенос гемо-

глобином этих клеток кислород от легких к тканям, а углекислый газ и протоны  $H^+$  в обратном направлении.

**Целью работы** являлось определение активности  $Na^+$ ,  $K^+$  зависимой АТФазы у больных распространенным псориазом и определение прогностического значения полученных результатов.

**Материалы и методы.** Венозную кровь у больных получали общепринятым методом. В качестве антикоагулянта использовали гепарин (150-200 ед/мл). Все исследования проводили в день получения крови. Для выделения эритроцитов кровь центрифугировали при 1700 об/мин в течение 5 мин, затем удаляли плазму и лейкоцитарную пленку. Эритроциты трижды отмывали охлажденным 0,145 М NaCl на 10мМ трис HCl буфере (рН 7,4 при 25 °С). Для определения активности  $Na^+$ ,  $K^+$  АТФазы 0,1 мМ эритроцитарной массы вносили в инкубационную среду объемом 0,3 мл. Инкубацию образцов проводим при 37 °С в течении 30 мин. Стандартная среда для определения активности  $Na^+$ ,  $K^+$  АТФазы содержала в мМ: NaCl-100, KCl-20, трис-HCl-буфер-50 (рН 7,6 при 25°С),  $MgCl_2$ -3, ЭДТА-0,5, CaCl-0 и АТФ-3. Реакцию останавливали добавлением 0,2 мл охлажденного 15 % раствора трихлоруксусной кислоты. Осаждение денатурированных белков осуществляли при 3500 об/мин в течении 10 минут. Содержание неорганического фосфата определяли общепринятым методом, а активность  $Na^+$ ,  $K^+$  АТФазы определяли по разнице между содержанием неорганического фосфата в отсутствии и присутствии в инкубационной среде 1 мМ уабаина – стофантина и выражали в мкмоль фосфора неорганического на мг белка в 0,1 мл эритроцитарной массы. Содержание белка определяли по Лоури (1951).

**Результаты исследования.** Результаты исследования ферментативной активности  $Na^+$ ,  $K^+$  зависимой АТФазы эритроцитов у 37 больных распространенным псориазом показали, существенное ее снижение в сравнении с группой условно-здоровых пациен-

тов (24 человека). Так, в контрольной группе наблюдения ее активность соответствовала  $3,6 \pm 0,25$  (мкМф<sub>н</sub>/мг белка/ ч.), тогда как при псориазической патологии активности  $Na^+$ ,  $K^+$  АТФазы была  $1,4 \pm 0,12$  (мкМф<sub>н</sub>/мг белка/ ч.). Исследования показали, что ферментативная активность у больных псориазом ингибируется на 61,12%. Снижение активности  $Na^+$ ,  $K^+$  АТФазы может ингибировать откачивание натрия из эритроцитов и закачивание ионов  $K^+$  внутрь клеток. Такие исследования, по мнению многих авторов, способны индуцировать пролиферативные процессы клеток и вызывать гипоксическое состояние различных органов и тканей.

## ВПЛИВ ЛІПОСОМАЛЬНИХ АНТИМІКОТИКІВ НА ГРИБИ *Malassezia spp.*

**Н.М. Іванова**

*ДУ « Інститут дерматології  
та венерології АМН України »*

Гриби роду *Malassezia* є унікальними ліпофільними дріжджоподібними грибами, що колонізують шкіру людини і мають потребу для життєдіяльності в жирах. Вони є представниками нормальної мікрофлори шкіри людини і виявляються у 90% дорослих. Найбільше часто зі шкірного покриву верхньої частини тіла людини виділяють *Malassezia sympodialis* і *Malassezia furfur*.

Тривале застосування високих терапевтичних доз антимікотиків впливає на організм через токсичність речовин, що застосовуються. Відомо, що ліпосомальні форми лікарських засобів дозволяють запобігти вищеперерахованим негативним ефектам.

Ліки, упаковані в наноконтейнери, стають більш ефективними і безпечними, влучно попадають до органів-мішеней і дозволяють знизити терапевтичні дози препаратів.

Для вивчення можливості створення ліпосомальних форм антимікотичних