

**Матеріали та методи.** У дослідження залучено 90 пацієнтів віком від 18 до 55 років, хворих на алергодерматози. Пацієнтів було розподілено на групи: перша група (30 пацієнтів) у комплексному лікуванні одержувала антигістамінні препарати I покоління, друга група (30 пацієнтів) – міасер по 10 мг/добу, третя група (30 пацієнтів) у комплексному лікуванні одержувала антигістамінні препарати та міасер по 10 мг/добу. Тривалість курсу лікування становила 4 тиж.

Для оцінки вираженості свербіжів використовували візуальну аналогову шкалу (ВАШ) від 0 до 10 балів. Для визначення ступеня порушення з боку психоемоційного стану використовували шкалу депресії та тривоги. Вивчення даних параметрів проводили до та після лікування.

**Результати та їх обговорення.** У хворих на алергодерматози за частотою психопатологічних розладів було відмічено порушення сну, настрою, депресивні та тривожні прояви (82,5%). Вираженість свербіжів до лікування у пацієнтів усіх груп достовірно не відрізнялася і становила  $8,5 \pm 0,9$  бала. Після лікування цей показник достовірно змінився і становив у першій групі  $3,5 \pm 0,5$  бала, другій –  $5,2 \pm 0,3$  бала і у третій –  $2,1 \pm 0,1$  бала. Депресивні та тривожні прояви були більш купіровані у хворих другої та третьої груп, причому в пацієнтів третьої групи зменшення ступеня вираженості свербіжів наставало на 3–4 доби раніше, ніж у пацієнтів першої та другої груп.

**Висновки.** Таким чином, використання в комплексному лікуванні хворих на алергодерматози антидепресивного препарату міасер сприяє зменшенню інтенсивності свербіжів та його більш ранньому купіруванню і більш ранньому настанню регресу психосоматичних порушень. Отже, міасер викazuje вплив не лише на депресивні тривожні розлади, порушення настрою та сну, а й на наявність та інтенсивність свербіжів. Препарат міасер у дозі 10 мг на добу на ніч доцільно використовувати у лікуванні хворих на алергодерматози.

## Адренореактивність у хворих на псоріаз

Г. О. Семко, О. В. Левицька, О. О. Єрещенко

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Псоріаз – хронічне рецидивне захворювання, що маніфестує переважно в молодому, працездатному віці, нерідко на тлі сильних психоемоційних навантажень. Розвиток патологічних процесів при псоріазі не обмежується формуванням уражень тільки шкіри, а призводить до порушень функцій різних органів і систем організму і характеризується стійкими змінами структурної організації та функціональної активності мембран. Доведено, що у хворих на псоріаз з легким та середнім ступенем тяжкості виявляють ознаки термінової адаптації з мобілізацією депо катехоламінів та довготривалої адаптації з підвищенням загальної секреторної активності симпатoadреналової системи. Дослідження рівня  $\beta$ -адренореактивності дасть змогу визначити роль периферійного ланцюга симпатичної нервової системи в патогенезі псоріазу.

**Метою** цього дослідження було вивчення бета-адренореактивності мембран еритроцитів (бета-АРМ) у хворих на псоріаз в залежності від перебігу захворювання.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 43 пацієнти з псоріазом обох статей, з них 22 чоловіки і 21 жінка. До групи порівняння були включені 20 умовно здорових чоловіків і жінок відповідного досліджуваній групі віку. Для визначення активності симпатoadреналової системи використовувався непрямий метод оцінки адренореактивності організму. Суть методу полягає в кількісній оцінці ступеня інгібування гіпоосмотичного гемолізу еритроцитів у присутності бета-адреноблокатора. За норму були прийняті значення від 2 до 20 одиниць оптичної щільності (од.). Величина бета-АРМ більше ніж 20 од. характеризує знижену адренореактивність організму (тобто кількість адренорецепторів на мембрані еритроцита зменшена). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням стандартного пакета програм Statistica 6.

**Результати.** При аналізі середніх величин бета-адренореактивності у хворих на псоріаз спостерігалось достовірне перевищення показників в порівнянні з параметрами групи контролю (відповідно 28 од. та 17 од.). Середнє значення адренореактивності з урахуванням гендерного розподілу хворих показало достовірне розходження показників бета-АРМ: у чоловіків – 30 од., у жінок – 24 од. У дослідженні вивчалася адренореактивність організму в залежності від ступеня тяжкості псоріазу. Результати показали, що середня величина адренореактивності у хворих на тяжкий ступень псоріазу становила 38,9 од., що достовірно більше, ніж у хворих з легким та середньотяжким ступенем псоріазу.

**Висновки.** Таким чином, дослідження дало змогу виявити значні коливання середніх величин бета-АРМ у хворих на псоріаз. Виявлено зниження адренореактивності мембран клітин з прогресуванням псоріазу. Показано взаємозв'язок величин бета-адренореактивності й вираженості клінічних проявів псоріазу. Величина адренореактивності може мати певне діагностичне значення і в сукупності з клінічними характеристиками хворих на псоріаз бути своєрідним критерієм індивідуальної реакції організму в процесі його адаптації в умовах активації симпатoadреналової системи і деструктивних впливів на клітинні структури.

## Комплексна терапія хворих з вогнищевою алопецією на тлі дисбалансу мікроелементів

О. О. Сизон, І. Д. Бабак, М. О. Дашко, І. О. Чаплик-Чижо

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Сьогодні спостерігається тенденція до збільшення кількості пацієнтів із захворюваннями волосся, починаючи від їх підсиленого випадання до різних клінічних форм облісіння, що призводить до суттєвого погіршення якості життя хворих і визначає його медико-соціальне значення. Увага багатьох дослідників привернена до гіпотези впливу екзогенних і ендогенних чинників на функціональний стан волосся, особливо есенціальних і токсичних мікроелементів.

**Мета роботи** – підвищити ефективність комплексної терапії хворих на вогнищеву алопецію шляхом корекції дисбалансу мікроелементів.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебувало 35 хворих з вогнищевою алопецією та 15 практично здорових осіб. Визначення мікроелементів у складі волосся здійснювали за допомогою кількісного та якісного емісійного

спектрального аналізу, який проводився на спектрографі СТЕ-1 та ІСП-51. Усі 35 хворих становили основну групу, яка отримувала модифіковане лікування, та 15 пацієнтів – порівняльну, які лікувалися за традиційною схемою (з використанням топічних глюкокортикостероїдів і мікроелементів).

Модифікована терапевтична схема полягала в застосуванні пацієнтами в комплексній терапії алопеції додатково до традиційного лікування автогемотерапії за схемою, реосорбілакту по 200 мл внутрішньовенно крапельно впродовж 10 днів, дермапро по 1 капсулі двічі на добу та натубіотин по 1 таблетці (5 мг) на добу. Лікування проводилось протягом 30 днів з проведенням повторного терапевтичного курсу через місяць.

**Результати та їх обговорення.** Серед обстежених було 17 жінок та 18 чоловіків з вогнищевою алопецією. Характеризуючи кількісні показники, ми встановили різницю між складом мікроелементів (мкг/г) волосся хворих на вогнищеву алопецію та нормою. Статистично вірогідним ( $p < 0,05$ ) при вогнищевій алопеції до лікування були збільшені рівень магнію до  $59,4 \pm 21,01$  (у групі контролю –  $6,59 \pm 2,91$ ); алюмінію – до  $25,5 \pm 6,47$  (в групі контролю –  $1,39 \pm 0,33$ ); кремнію – до  $14,0 \pm 2,76$  (в групі контролю –  $2,92 \pm 1,33$ ); ванадію – до  $0,41 \pm 0,13$  (в групі контролю –  $0,012 \pm 0,006$ ); марганцю – до  $2,81 \pm 0,94$  (в групі контролю –  $0,077 \pm 0,029$ ); заліза – до  $16,6 \pm 7,0$  (в групі контролю –  $0,774 \pm 0,168$ ); нікелю – до  $0,61 \pm 0,14$  (в групі контролю –  $0,077 \pm 0,026$ ); міді – до  $4,37 \pm 1,3$  (в групі контролю –  $0,212 \pm 0,044$ ); срібла – до  $0,59 \pm 0,19$  (в групі контролю –  $0,10 \pm 0,02$ ); барію – до  $6,0 \pm 1,47$  (в групі контролю –  $1,14 \pm 0,24$ ).

Після проведеного лікування в осіб порівняльної та основної груп відбулося зменшення досліджуваних показників з вірогідною ( $p < 0,05$ ) різницею, зокрема рівень становив: магнію – відповідно  $55,1 \pm 21,01$  і  $21,6 \pm 5,56$ , алюмінію –  $19,1 \pm 7,04$  і  $9,6 \pm 2,56$ , кремнію –  $11,2 \pm 4,04$  і  $4,7 \pm 1,24$ , ванадію –  $0,33 \pm 0,14$  і  $0,08 \pm 0,003$ , марганцю –  $1,76 \pm 0,14$  і  $0,092 \pm 0,014$ , заліза –  $14,38 \pm 3,48$  і  $5,45 \pm 1,34$ , нікелю –  $0,59 \pm 0,002$  і  $0,45 \pm 0,04$ , міді –  $3,38 \pm 1,48$  і  $2,22 \pm 0,94$ , срібла –  $0,48 \pm 0,08$  і  $0,25 \pm 0,004$ , барію –  $4,98 \pm 1,42$  і  $2,48 \pm 0,889$ .

**Висновки.** Комплексна схема лікування хворих на вогнищеву алопецію зі структурними та мікроелементними змінами волосся із залученням автогемотерапії, реосорбілакту, пробіотика дермапро та натубіотину чинить нормалізуючий вплив на мікроелементний склад волосся і сприяє швидшому регресу клінічних проявів дерматозу порівняно зі стандартною терапією.

## Сучасні можливості удосконалення діагностики псоріазу

О.О. Сизон, О.А. Билинська, М.О. Дашко, Т.І. Рудник  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** Проблема удосконалення діагностики та лікування псоріазу обумовлена перманентним зростанням рівня захворюваності, варіабельністю клінічного перебігу, нерідким розвитком атипичних форм дерматозу, резистентних до традиційної терапії, зменшенням термінів ремісій.

У патогенезі псоріазу важливу роль відіграє ураження судин мікроциркуляторного русла, структурні та функціональні зміни якого є субстратом для втягнення в процес системи гемостазу. У хворих на псоріаз спостерігають активацію коагуляції та фібринолізу, підвищення адгезії та агрегації тромбоцитів, посилення ретрактивних властивостей крові. Зміни згортання та фібринолізу можуть прогресувати навіть до трансформації в дисеміноване внутрішньосудинне згортання (ДВЗ).

**Мета роботи** – вивчити деякі патогенетичні механізми розвитку та діагностики псоріазу, артропатичного псоріазу, їх коморбідних станів для запобігання виникненню загострень дерматозу і вдосконалення тактики його лікування.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебувало 48 хворих з поширеним псоріазом віком від 18 до 70 років, серед яких було 27 (56,25%) осіб чоловічої статі та 21 (43,75%) – жіночої. У 23 (47,91%) хворих було діагностовано артропатичний псоріаз. Встановлено, що в 15 (65,22%) хворих на артропатичний псоріаз ураження суглобів виникало через 5–15 років після дебюту шкірного псоріатичного процесу. В 11 (47,83%) випадках виявлено залежність між початком суглобових уражень і проявами псоріатичних шкірних висипань. Виявлено високий ступінь псоріатичного ураження нігтів різного характеру (82,61%) та поліартрит у ураженнях дрібних суглобів кистей рук і стоп (69,57%), ФН середнього ступеня активності (60,87%) зі збереженням професійної здатності в 47,83% хворих.

У 35 (72,92%) з 48 хворих на псоріаз встановлено домінування поширеного псоріатичного шкірного процесу з типовим (83,33%), великопляшковим (39,58%) висипом, з помірним ступенем інфільтрації (60,42%), середньої тяжкості (62,50%), змішаного типу (66,67%), у стаціонарній стадії (58,33%) та часто рецидивним перебігом (47,92%).

Модифікована схема діагностики охоплювала, крім обов'язкових досліджень, вивчення показників гемостазу: час згортання за Лі–Уайтом, кількість тромбоцитів, автокоагуляційний тест на 2-й ( $A_1$ ), 10-й хвилині ( $T_1$ ), загальний фібриноген, активований час рекальцифікації, тромбіновий час, антитромбін (АТ-III), паракоагуляційні тести, продукти деградації фібриногену, ретракція кров'яного згустка, спонтанний фібриноліз та спонтанний лізис.

**Результати та обговорення.** У всіх 48 хворих з поширеним псоріазом у ході комплексного обстеження спостерігали зсув системи згортання в бік гіперкоагуляції: збільшення параметра  $A_1$  ( $47,59 \pm 2,60\%$ ,  $p < 0,001$ ), зменшення  $T_1$  ( $2,37 \pm 0,15$  хв.,  $p < 0,001$ ) під час автокоагуляційного тесту, незначне підвищення рівня загального фібриногену ( $4,43 \pm 0,07$  г/л,  $p < 0,05$ ), позитивні паракоагуляційні тести, прискорення часу згортання за Лі–Уайтом ( $461,4 \pm 18,8$  с,  $p < 0,001$ ), тромбінового часу ( $13,69 \pm 0,30$  с,  $p < 0,001$ ), активованого часу рекальцифікації ( $49,51 \pm 2,20$  с,  $p < 0,001$ ). Реакції протизгортальної системи не відмічені. Помірно виражена ретракція кров'яного згустка ( $88,8 \pm 6,0\%$ ,  $p < 0,01$ ), зниження спонтанного фібринолізу ( $12,71 \pm 1,6\%$ ,  $p < 0,05$ ) і подовження спонтанного лізису ( $437,2 \pm 16,7$  хв,  $p < 0,001$ ) свідчили про тенденцію до пригнічення фібринолізу. Рівень продуктів деградації фібриногену був підвищений у 18 пацієнтів від 8 до 32 мкг/мл.

**Висновки.** Запропонована схема комплексного дослідження гемостазу у хворих на псоріаз свідчить про активацію коагуляційної ланки гемостазу з включенням системи фібринолізу, появою продуктів деградації фібриногену і дає можливість зробити заключения про розвиток фази гіперкоагуляції синдрому внутрішньосудинного згортання крові та необхідності динамічного спостереження за цими показниками як у період загострення, так і ремісії. Слід зауважити, що локальне внутрішньосудинне згортання може трансформуватись в дисеміноване, що і буде доповнюючим патогенетичним механізмом розвитку артропатичного псоріазу і соматичної патології.