

УДК 616.517:[616.43-018.8+616-097+616.839]-08-035

*Аббуд Аймен**Запорозький державний медичний університет***ДИФФЕРЕНЦИРОВАННИЙ КОМПЛЕКСНИЙ ПОДХОД
К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН
С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ И ИММУННОЙ
СИСТЕМ, ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ**

Из 80 больных псориазом у 40 мужчин предшествовали заболеванию и рецидивам различные инфекционные факторы, у 40 женщин – психоэмоциональные факторы. При тестировании отмечены тревожно-депрессивное состояние и снижение качества жизни, особенно у женщин. У них также отмечен дисбаланс вегетативной нервной системы с преобладанием симпатического влияния, рост уровня кортизола и АКТГ, снижение ТТГ. В то же время у мужчин отмечен рост уровня ФНО- α , CD16⁺, CD19⁺, CD25⁺, CD95⁺, снижение CD3⁺ за счет CD4⁺, а также индекса CD4⁺/CD8⁺. Больным псориазом мужчинам дополнительно к традиционной терапии рекомендовали антибиотики, иммуномодуляторы, витамин С, итраконазол, женщинам – тиотриазолин, миасер, атаракс, температурно-миографический тренинг с использованием программно-аппаратного комплекса «Бослаб профессиональный Плюс». Отмечены благоприятные ближайшие и отдаленные клинико-лабораторные результаты дифференцированного лечения больных мужчин и женщин по предложенной нами методике.

Ключевые слова: псориаз, гормоны, иммунитет, лечение, вегетативная нервная система.

Псориаз является одним из наиболее распространенных дерматозов. Он регистрируется у 1,5–4,6 % населения планеты и составляет до 12–15 % от общего количества всех дерматозов [1–3]. Это хроническое рецидивирующее заболевание мультифакторной природы, которое характеризуется высыпаниями на коже дермоэпидермальных папул с характерным шелушением [4, 5]. В основе развития папулы лежит нарушение пролиферации и дифференциации кератиноцитов, развивающееся одновременно с усилением процессов ангиогенеза, инфильтрацией эпидермиса и дермы мононуклеарными клетками [6, 7].

В настоящее время продолжается изучение патогенетических механизмов развития псориаза [8, 9]. Установлен системный характер нарушений у больных псориазом в психической, вегетативной, эндокринной, иммунной и других сферах организма [10, 11]. Однако отдельные звенья патогенеза изучены недостаточно, отсутствуют эффективные и стойкие методы лечения, что является предпосылкой дальнейших исследований [12, 13].

Подходы к лечению псориаза довольно разнообразны, что обусловлено наличием наследственной предрасположенности, особенностями клинических проявлений, типом и стадией заболевания, сопутствующей патологией органов и систем, наличием очагов хронической инфекции, разнонаправленностью иммунных нарушений, предшествующей терапией и т. п. [14, 15].

Согласно статистическим данным, уровень заболеваемости псориазом мужчин и женщин одинаковый, поэтому терапия проводится, как правило, равнозначно, без учета пола [16, 17]. Известно, что структура соматической патологии у представителей различного пола неоднозначна, что не может не отразиться на особенностях иммунного ответа, гормонального статуса, некоторых метаболических процессов и, естественно, на характере течения псориаза. Однако исследований в данном направлении немного, особенно что касается дифференцированной терапии больных псориазом.

Цель работы – оптимизация комплексной дифференцированной терапии больных псо-

риазом мужчин и женщин с клинико-лабораторной оценкой ее эффективности.

Материал и методы. Клинически обследовано 80 больных псориазом (40 мужчин и 40 женщин) в возрасте 19–52 года, которые находились на стационарном лечении в кожных отделениях ОКВД г. Запорожья. При изучении анамнестических данных обращали внимание на факторы, предшествующие возникновению дерматоза и его обострений.

Результаты. Исследование показало, что у 72 % больных женщин заболеванию предшествовали различные психоэмоциональные факторы (болезни и смерть близких, нервные стрессы, разводы, перегрузки на работе, ненормальная обстановка в семье и др.). У 68 % больных мужчин заболеванию предшествовали различные инфекционные факторы (грипп, ОРЗ, ангина, фронтит, гайморит, мочеполовые инфекции, холецистит, фурункулез, грибные и вирусные инфекции и др.). У 46 % больных эти факторы комбинировались (как психоэмоциональные, нервные, стрессовые, так и инфекционные). У отдельных больных не удалось установить предшествующих факторов.

Наследственные факторы (псориаз у родителей, братьев, сестер и других родственников) отмечены у 16 из 80 больных, одинаково часто у мужчин и женщин.

Большинство больных (78 %) страдали псориазом больше 1 года, 7 % – более 10 лет. Заболевание чаще возникало в возрасте 11–30 лет, реже – после 40 лет. Осенне-зимний псориаз отмечен у 75 % больных, весенне-летний – у 15 % и недифференцированный – у 10 %. Прогрессирующая стадия установлена у 58 больных, стационарная – у 16, регрессирующая – у 6. Псориаз протекал типично у 70 больных, экссудативная форма диагностирована у 6, артропатическая – у 4.

Шестьдесят пять больных из 80 указывали на перенесенные в прошлом инфекционные заболевания, аппендэктомия, тонзиллэктомия, тяжелые травмы, ранения, грыжесечение и др.

Сопутствующие заболевания выявлены у 58 из 80 больных псориазом: у женщин – невротические реакции, миокардиодистрофия, ревматизм, холецистит, гиперплазия щитовидной железы, сахарный диабет, гипертоническая болезнь и др.; у мужчин – хронический бронхит и бронхиальная астма, гастрит и язвенная болезнь, сахарный диабет,

хронический алкоголизм, гипертоническая болезнь, фурункулез, радикулит.

Бессонница, раздражительность, повышенная возбудимость наблюдались у 30 % больных, вегетативные расстройства – у 16 %, главным образом у женщин, больных псориазом.

Дифференцированная комплексная терапия мужчин и женщин, больных псориазом, была обоснована анамнестическими данными, клиническими проявлениями дерматоза, данными изучения психоэмоционального статуса и вегетативной регуляции (данные специальных опросников, исследования с помощью программно-аппаратного комплекса «Cardiolab», мониторинга артериального давления в течение суток), а также иммунного статуса (количественный состав популяций и субпопуляций лимфоцитов крови, цитокинов – ФНО- α), эндокринного фона (уровень ТТГ, АКТГ, кортизола).

Проведен анализ данных тестирования больных по дерматологическому индексу качества жизни и по шкале Цунга (скрининговая оценка уровня тревоги и депрессии – чувство душевной опустошенности, расстройства настроения, общие соматические и специфические соматические симптомы, психомоторные нарушения, суицидальные мысли и раздражительность, нерешительность). Было установлено, что у большинства больных на фоне плохого настроения наблюдались тревожно-депрессивные тенденции и снижение качества жизни. Проведенное тестирование показало, что дерматологический индекс качества жизни составил ($18,0 \pm 1,87$) балла у женщин и ($11,9 \pm 0,72$) балла у мужчин. У женщин наблюдалась более выраженная обеспокоенность состоянием здоровья и пессимистическая оценка своего состояния по сравнению с мужчинами. При оценке состояния депрессии выявлены разные уровни выраженности тревожно-депрессивных расстройств, которые имели место у 86 % пациентов, как мужчин, так и женщин. По шкале Цунга у 65,5 % больных выявлен средний уровень тревожности, у 18,5 % – высокий уровень, у других наблюдалась легкая депрессия ситуативного или невротического генеза. При этом больные отмечали жалобы психосоматического характера: общую слабость, внутреннее напряжение, отсутствие чувства отдыха и др.

Таким образом, женщинам необходимо назначить коррекцию выявленных психоэмо-

циональных нарушений с использованием техники биологического управления, в основе которых лежат принципы биологической обратной связи, направленной на развитие и усовершенствование механизмов саморегуляции физиологических функций при разных патологических состояниях.

Для исследования вариабельности сердечного ритма (ВСР) с помощью системы компьютерной кардиографии «CardioLab» комплектации НТЦ «ХАИ-Медиком» (г. Харьков) были сформированы три группы: контрольная (n=20) – практически здоровые лица; 1-я (опытная) (n=40) – больные псориазом женщины, и 2-я (опытная) (n=40) – больные псориазом мужчины.

Как видно из табл. 1, показатель SDNN был достоверно ниже у больных псориазом обеих групп в сравнении со здоровыми, что

парасимпатического отдела ВНС, наблюдалось увеличение тонуса симпатической нервной системы, что отражает комбинированные нарушения центральных механизмов регуляции сердечного ритма (увеличение ИН и снижение ВР). У больных также отмечались ослабление связей между центральным и автономным контурами управления сердечным ритмом, снижение активности подкорковых нервных центров и несоответствие активности процессов регуляции уровня функционирования систем кровообращения, о чем свидетельствует снижение высокочастотного (HF) и низкочастотного (LF) составляющих спектра.

Таким образом, псориаз вызывает нарушение центральных механизмов регуляции сердечного ритма с дисбалансом вегетативной нервной системы в сторону преобладания

Таблица 1. Показатели ВСР у больных псориазом

Показатель	Контрольная группа	Больные псориазом мужчины	Больные псориазом женщины
СКВ (SDNN), мс	57,19±21,32	43,61±17,92*	33,91±12,61*
RMSSD, мс	53,47±13,02	44,13±2,13*	35,31±13,14*
ВР, мс	282,62±80,41	218,83±69,45*	187,35±56,41*
Мода, мс	792,71±78,28	822,14±174,41*	806,81±151,93*
Амо, %	39,10±11,08	50,21±12,89*	56,71±15,15*
ИВР	156,89±109,5	254,45±142,56*	342,32±175,38*
ИН	105,81±89,36	175,95±126,08*	225,85±138,62*
ИЦ	0,41±0,13	0,80±0,55*	0,66±0,33*
ПАРС	2,78±1,65	1,62±1,43	2,44±1,30
ИАП	1,62±0,84	2,13±1,18	2,47±1,68
LF/HF	0,63±0,35	1,067±0,67*	0,89±0,36
VLF, мс ²	789,55±568,09	475,61±380,77	319,05±333,79*
LF, мс ²	688,18±471,55	434,61±411,54	219,35±161,23*,**
HF, мс ²	1389,49±1187,41	634,41±870,56*	298,19±214,09*

Примечание. p<0,05; * разница достоверна по сравнению со здоровыми; ** разница достоверна между группами больных псориазом.

свидетельствует об увеличении симпатической регуляции, которая угнетает активность автономного контура.

В отличие от пациентов контрольной группы у больных 1-й и 2-й опытных групп наблюдались нарушения центральных механизмов регуляции ВСР с дисбалансом ВНС. При этом у больных псориазом мужчин показатели характеризовались увеличением тонуса симпатической нервной системы со снижением мощности высокочастотного компонента спектра (HF) и увеличением индекса напряжения. У больных псориазом женщин были выявлены более глубокие нарушения ВСР и, кроме снижения тонуса

симпатических влияний, которые более выражены у больных псориазом женщин.

При изучении стрессорных гормонов у 80 больных псориазом было установлено статистически достоверное по сравнению с практически здоровыми увеличение уровня кортизола до (790,3±75,1) нмоль/л у женщин и (713,1±83,6) нмоль/л у мужчин при норме соответственно (392,8±41,5) и (407,8±49,9) нмоль/л, увеличение уровня АКГ до (63,7±28,4) нг/мл у женщин и (58,2±26,3) нг/мл у мужчин при норме соответственно (14,7±1,8) и (16,3±2,1) нг/моль, а также снижение ТТГ. Обращает на себя внимание более существенное нарушение

уровня гормонов у больных псориазом женщин по сравнению с мужчинами.

Изучение иммунного статуса показало резкое возрастание уровня ФНО- α (в 7,5 раз у мужчин и в 4,2 раза у женщин). Также было отмечено значимое снижение CD3⁺ за счет CD4⁺, повышение CD16⁺ как у мужчин, так и у женщин, но наиболее показательно у мужчин (табл. 2). В то же время CD19⁺, CD25⁺

рез день, 20 дней; аевит – 1 к. х 2 раза в день, 1 месяц; дарсил или карсил 1 к. х 3 раза в день, 1 месяц; по показаниям – глюкокортикоиды или цитостатики, мочегонные препараты, наружно: молескин С;

- вторая (основная) группа, 30 больных псориазом мужчин, получавших дополнительно к традиционной терапии антибиотика (азитромицин по 300 мл 1 раз в день, через

Таблица 2. Основные популяции и субпопуляции лимфоцитов крови исследуемых больных псориазом

Иммунологический показатель	Группа контроля: здоровые люди (n=20)	Больные псориазом мужчины (n=40)	Больные псориазом женщины (n=40)
CD3 ⁺			
%	51,4±1,12	32,86±1,8*	41,12±1,13* **
10 ⁹ /л	0,84±0,02	0,47±0,03*	0,57±0,02* **
CD4 ⁺			
%	38,28±0,28	24,64±0,91*	30,84±0,22* **
10 ⁹ /л	0,55±0,01	0,38±0,02*	0,48±0,02* **
CD8 ⁺			
%	21,38±0,26	20,1±1,6	24,84±2,34
10 ⁹ /л	0,31±0,01	0,3±0,01	0,36±0,01
CD16 ⁺			
%	16,24±1,72	19,43±1,84*	18,62±0,92*
10 ⁹ /л	0,22±0,03	0,29±0,03	0,22±0,01
CD19 ⁺			
%	19,64±0,31	25,12±1,98*	20,54±1,72
10 ⁹ /л	0,31±0,01	0,36±0,04	0,33±0,03
CD25 ⁺			
%	17,13±1,48	29,1±2,64*	20,14±2,10**
10 ⁹ /л	0,27±0,02	0,47±0,05*	0,33±0,03**
CD95 ⁺			
%	17,63±1,10	25,42±1,02*	16,21±1,43**
10 ⁹ /л	0,28±0,02	0,39±0,02*	0,23±0,01**
CD4 ⁺ /CD8 ⁺	1,78±0,05	1,21±0,12*	1,39±0,07* **

Примечание. $p < 0,05$; * по сравнению с группой контроля; ** достоверность различий показателей в основной группе у мужчин и женщин.

и CD95⁺ были значимо выше только у мужчин при нормальном уровне их у женщин при сравнении с практически здоровыми лицами. Обращало на себя внимание резкое снижение индекса CD4⁺/CD8⁺ до 1,21±0,12 у мужчин и до 1,39±0,007 у женщин (у здоровых 1,78±0,05).

По результатам проведенных предварительных исследований пациенты были разделены на три группы:

- первая (сравнения) группа, состояла из 20 пациентов, получавших традиционную терапию: внутривенно капельно реосорбилакт по 400,0 мл (медленно) № 4–5 или реамбирин по 400,0 мл № 4–5; гепарин подкожно 1000 (1 мг), утром ежедневно, № 5–10; витамин В12 по 500 мкг в/м 1 раз в сутки, че-

день № 6), иммуномодуляторы (амиксин С, по 1 т. 2 дня подряд, а потом по 1 т. через день, № 10), при необходимости итраконазол по 1 к. х 2 раза в день, 15 дней, затем пульс-терапия, 1 месяц, аскорбиновая кислота до 2,0 г в сутки, 1 месяц.

- третья (основная) группа, 30 больных псориазом женщин, получавших дополнительно к традиционной терапии тиотриазолин по 1 т х 2 раза в день, 20 дней, миасер по 1/4 т. вечером, 1 месяц, атаракс по 1 т. х 2 раза в день, 1,5 месяца, а также температурно-миографический тренинг на аппарате «Бослаб профессиональный Плюс».

Для женщин необходимым является назначение коррекции выявленных пси-

хоэмоциональных нарушений с использованием техники биологического управления. Существует расхожее мнение о том, что вид биоуправления мало влияет на эффективность терапии, и достаточно полученной информации только по одному параметру, чтобы судить о деятельности всей нейровегетативной сферы человека, однако с целью коррекции психоэмоционального состояния пациентов, страдающих псориазом, нами был выбран релаксационный температурно-миографичный тренинг.

Психофизиологическое обследование и курс релаксационных температурно-миографичных тренингов проводились при участии психоневролога с помощью программно-аппаратного комплекса «Бослаб профессиональный Плюс» (комплектация Института молекулярной биологии и биофизики СО РАМ, г. Новосибирск, РФ). Диагностическое психофизиологическое обследование проводилось до и после курса биоуправления. Все мероприятия немедикаментозной коррекции проводились в специально оборудованном помещении.

Сеансы продолжительностью от 15 до 20 минут проводились 5 раз в неделю. Курс состоял из 10 сеансов. Температурно-миографический тренинг проходил в положении больного лежа с закрытыми глазами, электрод располагался на фронтальной мышце, а температурный датчик находился на указательном пальце. Пассивный электрод прикреплялся к мочке уха.

Стратегии тренинга: концентрация на приятных ощущениях, создание положительных образов, погружение в аутогенное состояние и «свободный» метод, с помощью которого пациенту предлагалось экспериментировать и свободно менять методики для достижения обратной связи, в качестве которого использовался звуковой сигнал.

В каждой группе больных распределяли адекватно возрасту, длительности заболевания, клинической форме и осложнениям.

Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения больных псориазом во всех группах. Переносимость лечения была удовлетворительной. Ни у одного больного не отмечалось нарушений общего состояния, обострения заболевания или появления осложнений. По результатам мониторинга общеклинических анализов не выявлены изменения в моче и формуле крови в процессе лечения.

Полная ремиссия в конце курса лечения достигнута у 6 из 20 пациентов группы сравнения, значительное улучшение – у 8 из 20, улучшение – у 6. В то же время у больных 2-й группы, состоящей из мужчин, которые дополнительно получали рекомендованные нами препараты, полная клиническая ремиссия зарегистрирована у 16 из 30 пациентов, значительное улучшение – у 11 из 30, улучшение – у 3 из 30, а в группе больных псориазом женщин соответственно у 17 из 30, у 11 из 30 и у 2 из 30.

Клинически у больных, которые получали комплексную терапию, значительно улучшилось общее состояние, психоэмоциональный статус, нормализовалось артериальное давление, быстрее регрессировали элементы сыпи, уменьшилось значение PASI по сравнению с больными группы сравнения. Так, индекс PASI с учетом степени гиперемии, инфильтрации, шелушения и площади поражения составлял до лечения $21,4 \pm 1,72$. После лечения индекс PASI уменьшался у больных группы сравнения до $18,2 \pm 1,21$, а у больных двух основных групп, получавших дополнительно рекомендованное нами лечение, до $14,1 \pm 1,1$ и $13,8 \pm 0,86$ соответственно.

Происходила существенная перестройка в основной группе у больных псориазом в эндокринной и вегетативной системах. Так, отмечены положительные сдвиги данных опросников, показателей вегетативной нервной системы, что отражает ослабление активности механизмов стресса и заметное улучшение активности антистрессовой системы. При изучении гормонального антистрессового фона в отличие от группы сравнения наблюдался рост ТТГ, снижение уровня кортизола и АКТГ у больных опытной группы, особенно у больных псориазом женщин.

В отличие от больных группы сравнения, получавших традиционную терапию, у больных опытных групп, преимущественно мужчин, отмечались благоприятные сдвиги в иммунном статусе. Так, снижался уровень ФНО- α почти в два раза, повышался CD3⁺ и CD4⁺, снижался CD16⁺, а только у мужчин снижался уровень CD19⁺, CD25⁺ и CD95⁺. У больных опытной группы повышался индекс CD4⁺/CD8⁺, более показательно у мужчин.

Выраженные различия в группах сравнения отмечены в развитии рецидивов при анализе отдаленных результатов лечения. Так, ремиссия менее 1 года отмечена у 10 из

20 больных группы сравнения и только у 2 из 60 больных основной группы, получавших рекомендованные нами препараты. Ремиссия до двух лет отмечена у 35 из 60 больных основной группы и у 7 из 20 больных группы сравнения. Ремиссия более двух лет отмечена у 23 из 60 больных основной группы и у 3 из 20 больных группы сравнения.

Ежегодные рецидивы зарегистрированы у 12 из 20 больных группы сравнения и у 17 из 60 больных основной группы; в течение 1–2 лет – 6 из 20 и 32 из 60, 2–3 года – 2 из 20 и 11 из 60.

Выводы

Разработана методика гендерных особенностей в подходе к дифференцированной

комплексной терапии больных псориазом на основании сравнительного изучения данных анамнеза, сопутствующих заболеваний, определения уровня стрессовых гормонов, иммунного статуса, а также психоэмоциональной сферы пациентов, уровня вегетативной регуляции. Это позволило обосновать и рекомендовать к применению комплекс патогенетических средств дифференцированно больным мужчинам и женщинам дополнительно к базовой терапии. Оценка ближайших и отдаленных результатов лечения дала возможность убедительно доказать высокую эффективность терапии, а также положительную динамику проведенных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Литература

1. Клиническая дерматовенерология / под ред. Ю.К. Скрипника, Ю.С. Бутова. Ч. II. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 212–233.
2. *Oliveira Mde. F.* Psoriasis: classical and emerging comorbidities // *Mde. F. Oliveira, Bde. O. Rocha, G.V. Duarte // An Bras. Dermatol.* – 2015. – Vol. 90 (1). – P. 9–20.
3. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis / *C.J. Espinoza Herminder et al. // Gac. Med. Mex.* – 2014. Vol. 150 (4). – P. 311 – 316.
4. *Куц Л.В.* Современные аспекты патогенеза псориаза / *Л.В. Куц // Запорожский медицинский журнал.* – 2011. – Т. 13, № 5. – С. 29–32.
5. *Пинсон И.Я.* К вопросу о патогенезе псориаза / *И.Я. Пинсон // Рос. журнал кожных и венерических болезней.* – 2006. – № 2. – С. 29–32.
6. *Griffiths C.E.* Pathogenesis and clinical features of psoriasis / *C.E. Griffiths, J.W. Barfeer // Lancet.* – 2007. – Vol. 370. – P. 263–271.
7. *Westle F.O.* Psoriasis / *F.O. Westle // CurrDirAntiimmun.* – 2008. – Vol. 10. – P. 65–75.
8. Иммунные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии / *А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Дж.Ф. Николас и др. // Вестник дерматологии и венерологии.* – 2010. – № 1. – С. 35–43.
9. *Lima E.A.* Reviewing concepts in the immunopathogenesis of psoriasis / *E.A. Lima, M.A. Lima // An. Bras. Dermatol.* – 2011. – Vol. 86 (6). – P. 1151–1158.
10. Demographics and disease characteristics of patients with psoriasis enrolled in the British Association of Dermatologists Biologic Interventions Register / *I.G. Isfeandar, D.M. Ashcroft, R.B. Warren et al. // Brit. V. Dermatol.* – 2015. – Vol. 173 (2). – P. 510.
11. Epidemiology of psoriasis and palmoplantar pustulosis a nationwide study using the Japanese national claims database / *K. Kubota, G. Kamijima, T. Sato et al. // An. Bras. Dermatol.* – 2015. – Vol. 5 (1). – P. 450.
12. *Даниелян Э.Е.* Иммунологические сдвиги у больных псориазом Э.Е. Даниелян, А.А. Куоян // *Клин. дерматология и венерология.* – 2006. – № 3. – С. 51–53.
13. *Nockowski P.* Nozel approach to psoriasis / *P. Nockowski, W. Baran // Terapia.* – 2005. – Vol. 3. – P. 20–24.
14. *Силина Л.В.* Изменения содержания адаптивных гормонов и опиоидных пептидов под влиянием даларгина у больных псориазом // *Рос. журнал кожных и венерических болезней.* – 2003. – № 1. – С. 41–44.
15. Анализ международного опыта изучения коморбидности псориаза и метаболического синдрома / *С.Г. Ткаченко, А.Н. Беловол, В.Б. Кондрашова и др. // Укр. журнал дерматол., венерол., косметол.* – 2011. – № 2 (41). – С. 29–36.
16. *Wu S.* Alcohol intake and rise of incident psoriatic arthritis in women / *S. Wu, E. Cho // J. Rheumatol.* – 2015. – Vol. 42 (5). – P. 35–40.

17. *Domtach O.I.* Risk of depression in women with psoriasis a cohort study / E.D. Dommasch, O.I. Okereke // Br. J. Dermatol. – 2015. – 173 (4). – P. 975–980.

Аббуд Аймен

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК З УРАХУВАННЯМ СТАНУ НЕЙРОЕНДОКРИННОЇ І ІМУННОЇ СИСТЕМ, ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ

З 80 хворих на псоріаз у 40 чоловіків передували захворюванню та рецидивам різні інфекційні фактори, у 40 жінок – психоемоційні фактори. При тестуванні зазначено тривожно-депресивний стан і зниження якості життя, особливо у жінок. У них також відзначено дисбаланс вегетативної нервової системи з переважанням симпатичного впливу, зростання рівня кортизолу та АКТГ, зниження ТТГ. У той же час у чоловіків відмічено зростання рівня ФНП- α , CD16⁺, CD19⁺, CD25⁺, CD95⁺, зниження CD3⁺ за рахунок CD4⁺, а також індексу CD4⁺/CD8⁺. Хворим на псоріаз чоловікам додатково до традиційної терапії рекомендовано антибіотики, імуномодулятори, вітамін С, ітраконазол, жінкам – тіотриазолін, міасер, атаракс, температурно-міографічний тренінг з використанням програмно-апаратного комплексу «Бослаб професійний Плюс». Відзначені сприятливі найближчі та віддалені клініко-лабораторні результати диференційованого лікування хворих чоловіків і жінок за запропонованою нами методикою.

Ключові слова: псоріаз, гормони, імунітет, лікування, вегетативна нервова система.

Abbud Ayman

DIFFERENTIATED COMPREHENSIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PSORIASIS OF MEN AND WOMEN, TAKING INTO ACCOUNT THE STATE OF THE NEUROENDOCRINE AND IMMUNE SYSTEMS, AUTONOMIC REGULATION

Of the 80 patients with psoriasis in 40 men preceded the disease relapses and various infectious factors in 40 women – psycho-emotional factors. When testing marked anxiety and depression and decreased quality of life, especially in women. They also noted an imbalance of the autonomic nervous system with a predominance of sympathetic influences the growth of levels of cortisol and ACTH, TSH reduction. At the same time men marked increase in the level of TNF- α , CD16⁺, CD19⁺, CD25⁺, CD95⁺, CD3⁺ reduction by CD4⁺, as well as the index of CD4⁺/CD8⁺. Patients with psoriasis men in addition to conventional therapy recommended antibiotics, immunomodulators, vitamin C, itraconazole, women tiotriozalin, miaser, atarax, temperature-myographic training using hardware and software complex «BOSLAB Professional Plus». Noted the favorable short- and long-term clinical and laboratory findings of differential treatment of men and women of our proposed method.

Key words: psoriasis, hormones, immunity, treatment, vegetative nervous system.

Поступила 08.04.16