

2010.– Vol. 457, N. 1.– P. 11–19.

50. The molecular basis of chemoradiosensitivity in rectal cancer: implications for personalized therapies / M. Grade, H.A. Wolff, J. Gaedcke, B.M. Ghadimi // *Langenbecks Arch Surg.*– 2012.– Vol. 397, N. 4.– P. 543–555.

51. The survival effect of E-cadherin and catenins in colorectal carcinomas / A.I. Filiz, Z. Senol, I. Sucullu et al. // *Colorectal Dis.*– 2010.– Vol. 12, N. 12.– P. 1223–1230.

52. Thymidylate synthase expression, p53, bcl-2, Ki-67 and p27 in colorectal cancer: relationships with tumor recurrence and survival / G. Rosati, R. Chiacchio, G. Reggiardo et al. // *Tumour Biol.*– 2004.– Vol. 25, N. 5–6.– P. 258–263.

53. Yamac D. Prognostic significance of COX-2 expression in colorectal carcinoma / D. Yamac, G. Celnkoglul, N. Akyurek // *Ann. Onc.*– 2002.– Vol. 13.– P. 74.

*Голотюк В.В.*

**Молекулярные маркеры прогноза колоректального рака**

**Резюме.** На сегодняшний день актуальным является вопрос индивидуализации лечения онкологических больных, в основе

которого лежит определение молекулярно-биологических особенностей раковой болезни конкретного пациента. В статье рассматриваются современные данные литературы о возможном прогностическом значении основных молекулярных маркеров прогрессирования колоректального рака в их связи с патогенезом заболевания.

**Ключевые слова:** колоректальный рак, прогноз, диагностика, молекулярные маркеры.

*Golotiuk V.V.*

**Molecular Prognostic Markers of Colorectal Cancer**

**Summary.** The question of cancer treatment individualization, which is based on the definition of the molecular-biological characteristics of the cancer disease is topical today. This article reviews current literature data on the possible prognostic significance of key molecular markers of colorectal cancer progression in relation to the pathogenesis of the disease.

**Key words:** colorectal cancer, prognosis, diagnosis, molecular markers.

Надійшла 05.11.2012 року.

УДК 616.517+616-091.8+612.2+612.3

*Гринюк С.М.\*\**, *Хімейчук Л.О.\**, *Сенишин Н.Ю.\**

**Дієтологія в комплексному лікуванні псоріазу**

\*Кафедра шкірних та венеричних хвороб (зав. каф. – проф. Н.Г.Вірстюк)

Івано-Франківського національного медичного університету

\*\*Обласний клінічний дерматовенерологічний диспансер (головний лікар – Р.Ф.Никифорук), м.Івано-Франківськ

**Резюме.** У статті наведено оглядові дані щодо основних проблем порушення обміну речовин у пацієнтів, що хворіють на псоріаз, патогенетичні механізми їх розвитку та їх вплив на важкість перебігу патологічного процесу. Проведено аналіз запропонованих методик дієтичного харчування при різних формах та стадіях перебігу псоріазу та їх вплив на функціональний стан організму пацієнта. Вказано режим харчування пацієнта та наведено рекомендації стосовно основних принципів раціонального харчування при псоріазі.

**Ключові слова:** псоріаз, пацієнт, дієта.

Псоріаз – один із найбільш розповсюджених, хронічно рецидивуючих дерматозів, що морфологічно характеризується порушенням проліферації та диференціювання кератиноцитів та клінічно проявляється розвитком висипань у вигляді папул, які при злитті утворюють бляшки, із розвитком крупнопластинчатого лущення та свербінням в ділянці висипань, віковою еволюцією клінічної картини, гіперчутливістю до багатьох подразників [1]. Значна розповсюдженість захворювання, хронічний, часто важкий перебіг патологічного процесу, недосконалість існуючих методів лікування, неповна з'ясованість етіологічних та патогенетичних аспектів змушують визнати псоріаз однією із найбільш важливих проблем дерматології [5].

За приблизними підрахунками експертів ВООЗ у світі нараховується до 200 мільйонів хворих на псоріаз і кількість їх постійно збільшується. У розвинутих країнах на псоріаз страждає 1,5-2 % населення [4]. Згідно з думкою багатьох вчених цей факт пов'язаний із екологічними проблемами та наслідками аварії на Чорнобильській АЕС [Жутасевич Я.Ф. і ін., 1992]. Виходячи з цього, псоріаз складає не тільки медичну, але й вагомую соціальну проблему як для всього світу, так і для нашої країни.

Про псоріаз говорять, що це один із “прокльонів роду людського”. Американський письменник Джон Апдайк сказав про людей, що страждають на псоріаз: “Спочатку ви помічаєте, що людям незручно на вас дивитися. Потім ви

самі остерігаєтесь поглянути на себе в дзеркало. Образно висловлюючись, ім'я цієї хвороби - Приниження” [8].

Згідно з одноставною думкою переважної більшості провідних вітчизняних та зарубіжних вчених, ПХ на сучасному етапі розглядається як первиннохронічний дерматоз мультифакторної природи, що розвивається внаслідок взаємодії ряду генетичних факторів, негативних зовнішніх та внутрішніх чинників. При цьому порушуються імунорегуляторні механізми епідермальної проліферації, надмірний патологічний стан якої може бути пов'язаний із багатьма змінами, що розвиваються в організмі хворої на псоріаз людини [10,11].

Досить часто поштовхом до розвитку псоріазу є вплив різноманітних пошкоджуючих агентів (механічних, хімічних), переохолодження. Стосовно цього відомим є один цікавий випадок: в той час, коли відомий “Титанік” зазнав аварії, на його борту перебував емігрант із Києва. Молода людина пробула певний період часу у холодній воді, очікуючи на допомогу. Його вдалося врятувати і він досягнув США, куди він прямував у пошуках кращого життя. Але, невдовзі у молодого чоловіка виявилось серйозне захворювання – все його тіло було вкрите червоними плямами, на поверхні яких була наявна значна кількість сріблястої луски. Причинами виникнення псоріазу стали, ймовірно, переохолодження та перенесене психо-емоційне перенавантаження. Так як в той час у США могли перебувати лише здорові емігранти, то його відрядили назад до Києва [20].

Важливим слід вважати повідомлення закордонних вчених [7], які, проаналізувавши чисельні епідеміологічні дослідження стосовно розповсюдженості псоріазу відповідно до клімато-географічних зон нашої планети, звернули увагу на те, що дане захворювання надзвичайно рідко реєструвалося у жителів Гренландії, Аляски, Ісландії. Автори висловлюють думку, що існування даного феномену пов'язано із постійним вживанням корінними жителями жиру морських риб, із значним вмістом ω-3 поліненасичених жир-

них кислот, у зв'язку з умовами їхнього проживання та промислами.

Ряд авторів [9,19] пов'язують профілактичну дію  $\omega$ -3 поліненасичених жирних кислот при псоріазі з тим, що похідні цих кислот мають протизапальну, гіпохолестеринемічну та гіпосенсибілізуючу дію.

Велика кількість дерматологів у хворих на псоріаз виявляють порушення різних видів обміну речовин (азотистого, водно-солевого, вуглеводного, білкового та ін.), а також порушення функції органів шлунково-кишкового тракту, зокрема печінки та підшлункової залози [15,18]. Порушення функції печінки та різного роду обмінів (білкового, жирового, вуглеводного, які розвиваються як наслідок цього) є факторами, що відіграють визначену, але далеко не визначну роль у розвитку псоріатичного процесу [3].

Неоднозначними та цікавими є чисельні дослідження, що вказують на важливу роль у розвитку псоріатичного процесу дисбалансу біохімічних показників периферійної крові, зокрема, рівня ліпідів.

Ліпіди в плазмі крові складаються, головним чином, із жирних кислот, холестерину, тригліцеридів і фосфоліпідів. Основну частину ліпідів складають тригліцериди, які є важливим енергетичним субстратом, і холестерин – основний компонент клітинних мембран та внутрішньоклітинних органел.

Головна мета дослідження ліпідного обміну – виявлення порушень метаболізму ліпідів як фактора ризику серцево-судинних захворювань.

Також необхідно не забувати в даному аспекті про роль шлунку та печінки, оскільки останні беруть участь у метаболізмі глюкокортикостероїдів. Необхідно звернути увагу на порушення різноманітних видів обміну [13] і діяльності центральної нервової системи, які відіграють певну роль у розвитку псоріазу. Тільки з урахуванням мультифакторності у розвитку псоріатичного процесу можливо наблизитись до розкодування механізмів його розвитку [14,15,17].

Фактори, що визначають вибір лікування [2,6,12]:

- ✓ Вік пацієнта: дитячий, підлітковий, юнацький, середній, старечий.
- ✓ Форма захворювання: звичайний псоріаз, краплевидний псоріаз, долоне-підощвенний, пустульозний псоріаз, псоріатична еритродермія і т.д.
- ✓ Ступінь ураження та локалізація висипань: бляшки локалізовані в одній ділянці (долоні і підощви, волосиста частина голови, промежина) чи розповсюджені по всьому шкірному покриву, але займають менше 5% площі поверхні тіла; генералізовані висипання, що займають більше 30% поверхні тіла.
- ✓ Лікування, що застосовувалось раніше: світлова терапія, глюкокортикостероїди (всередину чи парентерально), фотохіміотерапія, метотрексат та інші.
- ✓ Наявність супутньої патології – наприклад, ВІЛ-інфекція.

Важливе місце у лікуванні шкірних хвороб займає також і харчування пацієнтів. Порушення обмінних процесів при псоріазі також є підґрунтям для призначення дієтотерапії. Використання харчування з лікувальною метою було відоме давно. Гіппократ вказував на те, що їжа має бути лікарським засобом, а лікарські засоби – їжею. Інший лікар старовини - Асклепід детально описав правила застосування харчових продуктів для лікування різних захворювань.

Можна багато говорити про способи лікування псоріазу, використовувати найрізноманітніші методики і рецепти, рекомендовані як традиційною медициною, так і рецептами народної медицини. Проте всі зусилля можуть виявитися марними, якщо ігнорувати найважливіший компонент боротьби з цим складним недугою – дієтичне харчування. Справа в тому, що при псоріазі відбувається порушення обмінних процесів, що і є підставою для призначення дієтотерапії.

Однак тут треба розуміти, що псоріаз надзвичайно погано піддається лікуванню, тому дотримання запропонованої дієти може знадобитися на досить тривалий термін: від декількох місяців до декількох років.

Важливим та доцільним є обмеження прийому їжі, дотримання вегетаріанської дієти протягом багатьох місяців і навіть років. У зв'язку з існуючими уявленнями, що псоріаз являє собою своєрідний “ліпідоз шкіри”, велика кількість дерматологів пропонують дієту з обмеженням тваринних жирів. Певні результати отримано при використанні дієти з обмеженням кухонної солі, пряностей, вуглеводів та ін. Слід дотримуватися думки про доцільність індивідуальної дієти залежно від стадії розвитку процесу, особливостей обміну речовин, наявності супутньої патології та ускладнень псоріазу (поліартрит, еритродермія ті ін.). Надаючи певного значення дієтотерапії, вважається, що можливо рекомендувати її елементи у поєднанні із лікарняними середниками, як в період клінічних проявів захворювання, так і в період ймовірного загострення (весна, осінь).

На прогресуючій стадії захворювання протягом 2-3 тижнів призначається дієта, що забезпечує механічне та хімічне розвантаження органів шлунково-кишкового тракту та створює максимальний спокій печінці та кишечнику. У фізіологічно повноцінній щодо білків та вуглеводів дієті обмежують до 70-75 г вмісту жирів. При наявності диспептичних розладів (нудота, здуття, закрепи, проноси та ін.) кількість жирів зменшують до 50 г. Дієту збагачують продуктами, що містять у своєму складі повноцінні білки та ліпотропні речовини – у першу чергу молочні продукти, а також ряд вітамінів. Вміст легкозасвоюваних вуглеводів не має перевищувати фізіологічні норми. Доцільно робити 1-2 рази на тиждень розвантажувальні дні. Подібні “повороти” в харчуванні, ймовірно, сприяють перебудові обміну та мобілізації жирів із депо. Розвантажувальні дні використовують також з метою створення найбільш комфортних умов для перебудованого апарату підшлункової залози.

1. М'ясний розвантажувальний день - 400 г відвареної несолоної яловичини (для дорослого) ділять на 5 прийомів. Додатково дають 2 рази на день по 100 г гарніру (капуста білокачанна сира, морква, огірки) і 2 склянки відвару шипшини або несолодкого, німецького чаю.
2. Сирно-кефірний розвантажувальний день - 400 г нежирного сиру і 500 мл кефіру. Їжа дається в 5 прийомів.
3. Яблучний розвантажувальний день - 1,5 кг яблук, краще кислих сортів протягом дня. Рідини не додають.
4. Кефірний розвантажувальний день - 1,5 л кефіру протягом дня.
5. Овочевий розвантажувальний день - 1,5 кг овочів (за винятком картоплі), краще в тушкованому вигляді. Додатково дають 2 склянки відвару шипшини або німецького, несолодкого чаю. Овочі даються в 5 прийомів.

Не без успіху на цій стадії хвороби можна застосовувати і фруктово-овочеву дієту. Ось приблизний раціон фруктово-овочевої дієти:

- 1-й сніданок - 200 г гарячого відвару плодів шипшини, салат зі свіжої капусти, моркви та яблук з 10 г рослинного масла;
- 2-й сніданок - овочеве пюре, 100 мл фруктового соку;
- Обід - 250 г вегетаріанського супу, овочевий салат з 10 г сметани або рослинного масла, 100 г горіхів;
- Полудень: терта морква або буряк, відвар плодів шипшини;
- Вечеря - вінегрет з 10 г рослинного масла, 200 мл компоту із сухофруктів або соку, хліб без солі з борошна грубого помелу - 100 г, цукор або ксиліт - 30 г на день.

Дієта для хворих на псоріаз повинна забезпечувати підтримку правильного кислотно-лужного балансу в організмі. В організмі має бути лужна реакція більшою мірою, ніж кислотна. Це залежить від споживаної їжі та емоційного стану. Хворі на псоріаз мають пам'ятати, що щоденна дієта

повинна складатись на 70-80% з лужнотвірних продуктів і на 20-30% з кислототвірних, тобто з'їдати їх у 2-4 рази більше.

#### Так які ж продукти є лужними, а які кислотними?

Лужнотворні продукти:

1. Фрукти (виняток: журавлина, смородина, чорнослив, сливи, чорниця):

- Яблука, дині та банани не можна їсти з іншими продуктами, тільки як окрему їжу.

- Цитрусові та їх соки не вживати разом із цільнозерновими і молочними продуктами.

2. Овочі (виняток: бобові, ревець, гарбуз великоплідний, брюссельська капуста - їсти їх можна в малій кількості). Цілком виключити з раціону всі овочі родини пасльонових: помідори, картоплю, перець, баклажани!

#### Також збільшують лужність:

- Додавання лецитину в їжу і напої.
- Свіжовичавлений лимонний сік у склянці гарячої або холодної води.

- Соки винограду, груші, абрикоса, папайї, манго, ананаса, грейпфруту і апельсину.

- Свіжі та тушковані фрукти.

- Овочеві соки (морква, селера, буряк, петрушка, шпинат, цибуля).

- 3-5 крапель глікотимоліну в склянці чистої води перед сном 5 днів на тиждень (як альтернатива рекомендуються лужні мінеральні води: «Боржомі», «Сентуки-4» та ін.)

- Випорожнення кишечника 1-2 рази на день.

- Фізичні вправи та рухливість.

- Позитивні емоції.

#### Кислототвірні продукти:

Це продукти, що містять білки, крохмаль, цукор, жири та олії, тобто – м'ясо, зернові, сир, цукор, картопля, сушені горох, боби, масло, вершки, м'ясопродукти. Їх комбінації в великих кількостях створюють кислотну реакцію в крові, тим самим, погіршуючи стан хворих на псоріаз.

Виключити по можливості:

- Об'єднання декількох кислототвірних продуктів під час одного прийому їжі: крохмаль, солодощі, білкові та м'ясні продукти, м'ясні або жирні продукти з цукром;

- Цукор і продукти, що включають його;

- Більшість типів оцту;

- Продукти з консервантами, штучними добавками, барвниками і т.д.;

- Алкоголь;

- Передозування ліків;

- Нерегулярне випорожнення кишечника, закрепи;

- Бездіяльність (розумова і фізична);

- Негативні емоції.

Отже, розглянемо більш докладно продукти й напої, які рекомендовано вживати людям, що страждають на псоріаз та псоріатичний артрит.

70-80% щоденного раціону має складатися з таких продуктів, як:

- Вода: 6-8 склянок чистої води щоденно на додаток до іншої рідини.

- Лецитин (гранульований): 1 столова ложка 3 рази/день, 5 днів/тиждень.

- Фрукти, краще свіжі, свіжозаморожені, приготовані на пару, рідко консервовані.

З фруктів рекомендуються: яблука (печені), абрикоси, більшість ягід, вишня, фініки, інжир, виноград, грейпфрут, лимон, лайм, манго, нектарин, апельсин, папайя, персики, ананаси, чорнослив (дрібний), родзинки, ківі. Авокадо, журавлина, смородина, сливи та чорнослив (великий) можна в невеликих кількостях. Сирі яблука, банани та дині дозволені, якщо їх їсти окремо від іншої їжі і потроху. Овочі краще свіжі, свіжозаморожені, приготовані на пару, рідко консервовані. З овочів рекомендуються: спаржа, буряк, брокколі, брюссельська капуста, білокачанна капуста, морква, селера

(стебло), огірок, часник, салат-латук, цибуля, оливки, пастернак, гарбуз, цибуля-шалот, шпинат, стручкова квасоля, кабачки, батат, ямс, крес-салат. Можна в невеликих кількостях: кукурудза, сушені боби, горох, сочевича, ревінь, гриби. З горіхів - мигдаль, рідко - фундук.

20-30% щоденного раціону має складатися з таких продуктів, як:

Злаки - овес, ячмінь, пшоно, гречка, жито (каші з них), висівки, пшениця - цільна, дроблена, пластівці, хлібці, паростки, кукурудза і кукурудзяна мука, рис (коричневий і дикий), цільні насіння - гарбуз, кунжут, соняшник, льон, макаронні вироби (без використання білого борошна).

Риба не менше 4-х разів на тиждень, не смажена! Тунець, блакитна риба, тріска, макрель, корифей, камбала, пікша, палтус, окунь, лосось, сардини, морський язик, осетер, меч-риба, форель, сиг.

Птах - курча, індичка, куріпка, нежирна дичина (все без шкіри, перевагу віддавати білому м'ясу), 2-3 рази на тиждень.

М'ясо - тільки баранина, відділена від жиру, добре приготована (1-2 рази на тиждень), не смажена, 110-170 гр за один прийом їжі.

**Молочні продукти.** Молоко (з пониженим вмістом жиру, знежирене), сухе порошкове молоко, козяче, соєве, мигдальне молоко, вершкове масло, маргарин зі знизеним вмістом жиру, сир (зі знизеним вмістом жиру і солі), плавлений сир (з пониженим вмістом жиру і солі), кефір, йогурт прості (з пониженим вмістом жиру, знежирені).

- Яйця тільки зварені – 2-4 рази на тиждень.

- Олія - оливкова, рапсова, соняшникова, кукурудзяна, бавовняна, соєва, мигдальна, зрідка кунжутна.

- Чаї: чай з ромашки, коров'яку, кавунового насіння.

Продукти, що не рекомендуються:

Ягоди та фрукти: суниця, полуниця (цитрусові - при псоріатичному артриті).

Овочі: всі пасльонові - томати, тютюн, баклажани, перець, картопля, паприка.

Зернові: білий хліб і всі продукти, виготовлені з використанням білого борошна.

Риба: анчоуси, оселедець, сьомга, ікра, ракоподібні (краби, омари, креветки), моллюски (мідії, устриці, гребінці, кальмари), соуси з ракоподібних, риба, запечена в клярі або сухарях, смажена, маринована або копчена.

Птиця: жирна птиця (качка, гуска), шкіра птиці, смажена, копчена, запечена з великою кількістю спецій, у клярі або сухарях, не проварена.

М'ясо: яловичина, свинина, телятина і все, приготоване з них: гамбургери, сосиски, сардельки, шинка, ковбаси, нутроші (серце, нирки, мозок, печінка і т.д.). Молочні продукти: всі молочні продукти з високим вмістом жиру. Дріжджі або продукти на дріжджах. Кава: не більше 3-х чашок на день (у разі сильної залежності), тільки чорна і без кофеїну. Інше: всі смажені продукти, піцца, алкоголь, солодкі каші, оцет, маринади, копченості, гострі спеції. Треба пам'ятати, що деякі харчові продукти не повинні бути об'єднані в одну страву, бажано з'їдати їх окремо.

#### Потрібно пам'ятати. Не слід поєднувати:

- цільнозернові, тобто каші, хліб і т.д. з соками цитрусових або тушкованими і сушеними фруктами.

- плоди цитрусових та їх соки з молочними продуктами, типу сиру, молока і йогурту.

- будь-які фрукти з виробами з білої муки: хлібом, кашами, макаронами і т.д.

- баштанні, сирі яблука, банани з іншими харчовими продуктами.

- молоко, вершки або цукор у каву або чай.

- занадто багато кислототвірних продуктів (білки, деякі крохмалі, цукор, жири та олії) в одній страві.

- Намагайтеся не переїдати.

Крім дієти, рекомендується дотримуватися певного ре-

жиму. Ось що є основними складовими способу життя хворого на псоріаз:

- Щоденне споживання, як зазначалося вище, 6-8 склянок чистої води щоденно.

- Вживання натуральних проносних засобів. Кращі природні проносні це свіжі фрукти та овочі. Так само їжа, багата на вітамін В допомагає очистити кишечник. Вітаміном У багаті такі продукти: паростки пшениці, пивні дріжджі, цільнозерновий ячмінь, соєве молоко, гречка, горох, сирі жовтки яєць, житній хліб, мигдаль, риба, домашня птиця, мед, ріпа, буряк, брокколі.

- Оливкова олія, що приймається окремо, є дуже практичним і ефективним проносним засобом. Приймати 0,5 чайної ложки оливкової олії 3-4 рази на день.

- Включати по максимуму в щоденну дієту продукти, багаті на клітковину. Вони очищують товстий кишківник. Багаті клітковиною продукти це - цільнозерновий хліб, цільнозернові каші, свіжі фрукти, овочі і мигдаль.

- Обов'язково приймайте парові ванни для очищення і стимуляції шкіри.

- Знайдіть час для фізичних вправ! Заняття фізкультурою, особливо на відкритому повітрі приносять значну користь.

- Намагайтеся ніколи не переїдати.

Дуже важливим є правильний і позитивний настрій, бо негативні, руйнівні думки сприяють виробництву окислювальних токсинів.

### Висновок

Порушення обмінних процесів при псоріазі також є підґрунтям для призначення дієтотерапії. Дотримання рекомендацій пацієнтами щодо дієтичного харчування сприяє пришвидшенню регресу висипань та подовженню стану клінічної ремісії.

### Література

1. Бишарова И. С. Псориаз у детей. / И. С. Бишарова // Лечащий врач. – 2006. – №9. – С. 14–17.
2. Братусь-Сухорукова Е. Ю. Особенности клиники течения обменных процессов и иммунитета при псориазе у лиц пожилого и старческого возраста. / Е. Ю. Братусь-Сухорукова, Л. М. Плоская, Н. Н. Тарнавская // VII Український з'їзд дерматовенерологів. Тези допов. – К., 1999. – С.45.
3. Владимиров В.В. Современные представления о псориазе и методы его лечения. / В. В. Владимиров, Л. В. Меньшикова // Русский медицинский журнал. – 1998. – Т.6. – №20. – С. 1318–1323.
4. Гончаренко М. С. Эффективность комплексного применения глицина и лимонтора в лечении псориаза. / М. С. Гончаренко, Я. Ф. Кутасевич, И. А. Олейник // Актуальные вопросы дерматовенерологии. – 1996. – №9. – С. 102.
5. Даниелян Э. Е. Иммунологические сдвиги у больных псориазом. / Э. Е. Даниелян, Л. А. Кцюя // Клиническая дерматология и венерология. – 2006. – №3. – С. 51–52.
6. Коржова Т. П. Сучасні аспекти зовнішньої терапії псоріазу. / Т. П. Коржова, В. І. Степаненко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2001. – №1. – С. 64–66.
7. Машгина Н. И. Типы отношения к болезни у больных псориазом. / Н. И. Машгина, С. И. Мацак // Актуальные вопросы дерматовенерологии. (Науч.-практ. сб.) – Днепропетровск, Хмельницкий. – 1997. – 139 с.
8. Милорадов И. Псориаз. / И. Милорадов // ЗАО “Вес”. – 1999. – 54 с.
9. Милус И. Е. Псориаз: иммуноморфологические аспекты патогенеза, обоснование новых тенденций терапии. / И. Е. Милус // Журнал дерматологии и венерологии. – 1999. – №2(8). – С. 28–30.

10. Ніколаєва З. А. Комплексна терапія псоріазу з урахуванням патогенетичних механізмів порушень мікроциркуляції в шкірі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” / З. А. Ніколаєва – Київ, 2007. – 20, [1] с.

11. Ніколаєва З. А. Удосконалена комплексна індивідуальна терапія псоріазу з урахуванням системних порушень в організмі хворих. / З. А. Ніколаєва, В. І. Степаненко, Т. С. Брюзгіна // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006. – №3, (22). – С. 41–56.

12. Перцев И. М. Правильное применение лекарств как фактор обеспечения их эффективности. / И. М. Перцев, И. А. Зупанец, Т. В. Дегтярева // – Провизор. – 2001. – №6. – С. 19–22.

13. Пупкова В. И. Гиперлиппротеинемия. / В. И. Пупкова // Информационно-методическое пособие. – Новосибирск. – 2006. – 30 с.

14. Радченко Н. В. Комплексна корегуюча терапія хворих на псоріаз з урахуванням змін у білковому обміні, імунному статусі та кислотно-лужному стані крові в умовах денного стаціонару : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” / Н. В. Радченко – Харків, 1998. – 21, [1] с.

15. Романенко В. Ліволін форте в комплексному лікуванні хворих на псоріаз. / В. Романенко, К. Романенко // Ліки України. – 2005. – №9. – С. 84–86.

16. Тарасенко Г. Н. Адаптогены в терапии псориаза с сопутствующей терапевтической патологией. / Г. Н. Тарасенко, Ю. Н. Замогаев, В. А. Косос // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2006. – №6. – С. 4–9.

17. Тищенко А. Л. Роль коферментов и некоторых витаминов группы В в патогенезе и в комплексном лечении псориаза. / А. Л. Тищенко // Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. – №4. – С. 34–36.

18. Харитончук О. Л. Стан вільнорадикальних процесів та жирнокислотного складу ліпідів при лікуванні псоріазу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” / О. Л. Харитончук – Київ, 2002. – 20, [1] с.

19. Черкашина Л. В. Регуляція порушень вуглеводно-енергетичного обміну у хворих на псоріаз за допомогою антиоксидантів. / Л. В. Черкашина // Дерматологія та венерологія. – 2005. – №1. – С. 52–56.

20. Davidson A. Autoimmune diseases. / A. Davidson, B. Diamond // N. Eng. J. Med. – 2001. – Vol.345. – P. 340–350.

*Гринюк С.М., Химейчук Л.О., Сенішин Н.Ю.*

### Дієтотерапія в комплексному лікуванні псоріазу

**Резюме.** В статті приведені обобщаючі дані про основні проблеми порушення обміну речовин у пацієнтів, що страждають псоріазом, патогенетичні механізми їх розвитку та їх вплив на тяжкість течения патологічного процесу. Проведен аналіз пропозованих методик дієтичного харчування при різних формах та стадіях течения псоріазу та їх вплив на функціональний стан організму пацієнта. Указан режим харчування пацієнта та приведені рекомендації по поводу основних принципів раціонального харчування при псоріазі.

**Ключевые слова:** псоріаз, пацієнт, дієта.

*Grimyuk S.M., Khimeychuk L.O., Senishin N.Y.*

### Diet Therapy in Treatment of Psoriasis

**Summary.** The paper presents the aggregate data on the major problems of metabolic disorders in patients that suffer from psoriasis, pathogenetic mechanisms of their development and their impact on the severity of the disease process. The analysis of the proposed methods for different dietary forms and Tsada course of psoriasis and its impact on functional status of the patient was conducted. Patient's diet and recommendations on the basic principles for rational nutrition are presented.

**Keywords:** Psoriasis, a patient, diet.

Надійшла 15.10.2012 року.