

УДК 616.517-007.248-036-08

**РЕКОМЕНДОВАНІ ЕТАПИ ЛІКУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОЇ  
ФОРМИ АРТРОПАТИЧНОГО ПСОРИАЗУ**

О.О.Сизон, Т.В.Шмига

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Терапія хворих з резистентною формою артропатичного псоріазу (АП) значно складніша і потребує проведення агресивного, комбінованого лікування з використанням екстракорпоральних методів. Згідно результатів комплексного клініко-лабораторного обстеження, лікування та спостереження 78 хворих з АП протягом 2009-2011 рр. рекомендуємо по-кроковий алгоритм лікування його резистентних форм. Ми виділили наступні етапи терапії: *Крок I.* Дезінтоксикаційна терапія (ентеросгель, сорбекс, реосорбілакт). *Крок II.* Усунення домінуючих проявів супутніх уражень хворого, зменшення системних проявів псоріазу (інфекції різного роду, метаболічні синдроми, розвантаження суглобів, ін.) з використанням необхідних лікувально-корегуючих середників (антиоксидантів, антибіотиків, гепатопротекторів, еубіотиків, фітотерапії, ін.). *Крок III:* При неефективності до 2 місяців від початку хвороби застосування симптоммодифікуючих препаратів (при відсутності факторів ризику з боку шлунка та кишківника - стандартних доз нестероїдних протизапальних препаратів (диклофенак натрію (наклофен, вольтерен, диклоберл) – по 75 мг до 2 разів на добу) та при наявності факторів ризику з боку травного тракту -інгібіторів ЦОГ-2 (мелоксикам (моваліс) – по 7,5-15 мг/добу, німесулід (найз) – по 100 мг 2 рази на добу, етерококсиб (аркоксиа) - по 60-90 мг/добу) чи внутрісуглобового введення ГКСТ) *слід рекомендувати раніше* (не пізніше 3 місяців від початку захворювання) *та агресивне лікування* хворобомодифікуючими препаратами: сульфасалазин в дозі 2г/добу з переходом на 1 мг/добу; метотрексат - 7,5-10 мг/тиждень (із застосуванням фолієвої кислоти). Препаратами вибору можуть бути: азатіоприн (імуран) по 1-3 мг/кг; лефлуномід (арава) у дозі 100 мг/добу 3 дні, потім по 20 мг/добу впродовж 4-6 місяців. При неефективності рекомендованої терапії – біологічні препарати. *Крок 4.* Комбіноване застосування ХМП: метотрексат (7,5-10мг/тиждень) + лефлуномід (10-20 мг/день); метотрексат (7,5-10 мг/тиждень) + сульфасалазин (1-2 г/добу). *Крок 5.* Комбіноване застосування ХМП та імунобіологічних препаратів: метотрексат (10-15 мг/тиждень) + імунобіологічні препарати. *Крок 6.* Комбіноване застосування ХМП та екстракорпоральних методів, що мають імунокорегуючий вплив: ХМП + гемосорбція (видалення токсичних речовин) – проводять 3-5 сеансів з інтервалами 2-3 дні; ХМП + плазмаферез (видалення плазми з поверненням формених елементів крові та заміщення плазми донорською плазмою, альбуміном, кровозамінники рідинами) – курс лікування складає 10 процедур; ХМП + каскадна плазмофільтрація (послідовний розподіл плазми на дві фракції: одну фракцію, що вміщує альбумін, повертають разом з еритроцитами, а другу, що містить антитіла – видаляють). *Крок 7.* Комбіноване застосування ХМП та хірургічного лікування за показами. Сьогодні критеріями якості лікування АП вважається: нормалізація чи зниження параметрів активності захворювання; зменшення чи уповільнення рентгенологічного прогресування пошкодження опорно-рухового апарату; покращення якості життя пацієнта. Отже, на теренах України немає переконливих доказів про клініко-терапевтичні переваги будь-якого препарату (в тому числі й біологічних), який би достовірно уповільнював прогресування АП, що, в свою чергу, свідчить про паліативність сучасних підходів до лікування. Досить великий арсенал протипсоріатичних лікарських засобів дає змогу дерматологу вибирати найбільш ефективну терапію патологічного суглобового синдрому псоріазу з урахуванням патогенетичних аспектів, стадії, форми захворювання та ін.

УДК 616 - 056.43:616 - 084

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ  
ДЕРМАТОЗАМИ И С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, РАБОТАЮЩИХ НА  
ПРЕДПРИЯТИЯХ КОЖЕВЕННОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ**

Э.Н. Солошенко, Н.В. Кугаевская

*ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины, Харьков*

*Научно-исследовательский институт гигиены труда и профессиональных заболеваний Харьковского национального медицинского университета, Харьков*

Цель работы – провести сравнительный анализ состояния иммунного гомеостаза у больных дерматозами и с сердечно-сосудистой патологией, работающих на предприятиях кожевенной промышленности. Из соматических заболеваний чаще всего регистрируется гипертоническая болезнь (ГБ), а из болезней кожи аллергодерматозы (АД) и микозы. Под наблюдением было 148 рабочих Харьковского кожевенного завода «Большевик». Анализ иммунологических исследований показал у больных дисфункции иммунной системы (снижение функциональной активности клеточного иммунитета и активация гуморального звена - Т-лимфопения; В-лимфоцитоз; повышение в крови стареющих форм лимфоцитов, утративших рецепторы, что не позволяло определять их принадлежность к Т- или В-популяции; повышение незрелых Т-стабильных лимфоцитов, свидетельствующих о недостаточности тимических факторов в крови, необходимых для дифференцировки лимфоцитов). Наряду с этим регистрировали дисбаланс со стороны регуляторных форм лимфоцитов. Повышение Т-активных лимфоцитов с хелперной активностью по сравнению с соответствующими показателями у лиц контрольной группы - рабочих кожевенного производства без ГБ и АД; снижение уровня супрессорной субпопуляции Т-восстановленных лимфоцитов и, как следствие, сдвиг иммунорегуляторного индекса в сторону его повышения; дефицит Т-супрессоров; нарушение нормальных соотношений отдельных субпопуляций клеток с ослаблением толерантности и возможностью развития аутоиммунных процессов). Несмотря на одинаковую экологическую обстановку и условия труда на кожевенном производстве, развитие патологии, обусловленной профессиональными факторами, у каждого из работающих реализовывалось в зависимости от генетической предрасположенности и индивидуальных факторов. При этом, в группе рабочих, страдающих ГБ, в большей мере выявлялась гиперактивация В-системы, что проявлялось высоким содержанием в крови В-лимфоцитов, дефицитом Т-супрессоров, статистически значимым увеличением иммунорегуляторного индекса, склонностью к аутопроцессам. Из поздних изменений гуморального звена при развитии сердечно-сосудистой патологии регистрировали дисиммуноглобулинемию на фоне гипер- и диспротеинемии, повышение содержания IgE и иммунных комплексов. Уровень последних у рабочих с ГБ превышал соответствующие показатели лиц контрольной группы более чем в 2 раза. У 50% рабочих с сердечно-сосудистой патологией при выявлении дисиммуноглобулинемии низкий уровень IgM коррелировал с низким уровнем антисклеротических белков на фоне повышенного уровня IgA. С одной стороны, увеличение синтеза IgA свидетельствовало о затяжном течении воспалительного процесса, а, с другой – о хорошей работе компенсаторных механизмов, причем, и в том, и в другом случае это позволяло говорить о сохранности адаптационных механизмов у работающих. Между тем, выявление низкого содержания IgG является признаком истощения функции иммунокомпетентных клеток, так как аутоантитела (в основном Ig класса G) и их недостаточность при длительной циркуляции в крови избыточных количеств антигенного материала является фактором риска патологических изменений стенки сосудов. Следует отметить у рабочих с ГБ регистрацию высокого содержания IgE, которому в последнее время придается значение в развитии сердечно-сосудистой патологии. Можно предположить, что профессиональные факторы, являющиеся причиной развития дисфункции иммунной системы, играют роль в развитии данного вида патологии. Сходный характер выявлен у рабочих, страдающих аллергическими заболеваниями кожи (Т-дефицит; повышенное или нормальное содержание В-лимфоцитов; повышенное содержание IgE). Если у рабочих с АД выявляли незначительный дисбаланс между Т-хелперами и Т-супрессорами, то содержание IgE и иммунных комплексов было настолько повышенным, что их уровень превосходил соответствующий уровень у рабочих с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Проведенный анализ позволяет сделать заключение, что нарушения в иммунологическом статусе больных с сердечно-сосудистыми и аллергическими заболеваниями кожи имели как общие черты, так и особенности. Общим для обследованных групп рабочих являлось выявление дефицита со стороны Т-системы, особенно ее супрессорного звена, и активация на этом фоне В-системы в виде интенсификации синтеза IgE, накопления и длительной циркуляции в крови повышенного содержания иммунных комплексов. Различия состояли в том, что при АД, имеющих иммунологические механизмы, отклонения проявлялись в гуморальном звене иммунитета. При этом, если все описанные выше процессы при сердечно-сосудистой патологии носили генерализованный

характер, поражая крупные сосуды, то при АД аналогичные изменения прослеживались лишь на отдельных участках кожи и в соответствующей им капиллярной сети.

УДК 616.5-004.1-002.156+616.5-007.237+616.5-002.156]-07-047:611.018.54

### УРОВЕНЬ АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ (АНСА) В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ, АТРОФОДЕРМИЕЙ ПАЗИНИ-ПЬЕРИНИ И СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ

К.В.Романенко

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

АНСА выявляются как достаточно достоверные серологические маркеры системных васкулитов, нефритов, заболеваний кишечника и мн. др. при таких заболеваниях как системная красная волчанка, ревматоидный артрит, гранулематоз Вегенера, болезнь Крона, язвенный колит, синдром (с.) Chung-Strauß, с. Sjögren, с. Felty. Для выявления АНСА в плазме крови 17 больных женщин бляшечной склеродермией (БС), атрофодермией Пазини-Пьерини (АПП) и склероатрофическим лихеном (САЛ) в возрасте от 40 до 65 лет использовали набор ORG 530 ANCA combi (Orgentec Diagnostica GmbH, Германия). Показатели АНСА при БС, АПП и САЛ приведены в таблице.

Показатели АНСА у больных БС, АПП и САЛ

АНСА	БС ограниченная (n=3)	БС распространенная (n=6)	АПП (n=2)	САЛ распространенный (n=6)
Anti-Proteinase 3	0,202± 0,033	0,276± 0,023	0,174± 0,030	0,231± 0,023
Anti-Myeloperoxidase	0,135± 0,020	0,153± 0,030	0,117± 0,021	0,203± 0,030
Anti-Bacterial Permeability-Increasing	0,132± 0,020	0,180± 0,031	0,125± 0,020	0,183± 0,031
Anti-Elastase	0,227± 0,031	0,380± 0,043	0,156± 0,042	0,267± 0,023
Anti-Cathepsin G	0,324± 0,042	0,444± 0,052	0,280± 0,053	0,409± 0,040
Anti-Lysozym	0,263± 0,023	0,284± 0,023	0,252± 0,050	0,342± 0,043
Anti-Lactoferrin	0,142± 0,030	0,165± 0,025	0,115± 0,020	0,187± 0,031

Примечание. Положительный результат при значениях показателя  $\geq 1,0$

Они свидетельствуют об отсутствии положительных результатов при исследовании аутоантител к протеиназе 3, миелопероксидазе, бактериальному повышающему проницаемость протеину, эластазе, катепсину Г, лизоциму и лактоферрину. В тоже время при системной склеродермии (СС) зачастую наблюдается сочетанное поражение нескольких органов и систем, в т.ч. легких, печени, почек, сосудов и др., что предполагает выявление у больных СС высоких уровней АНСА. Отсутствие достоверно повышенных уровней АНСА у больных БС, АПП и САЛ и предполагаемое их наличие при СС, вероятно, в будущем может быть использовано для их дифференциации в клинически затруднительных случаях.

УДК 616,5 – 004,1 + 616,5 – 002,156 ] – 097

### СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ, АТРОФОДЕРМИЕЙ ПАЗИНИ-ПЬЕРИНИ И