

В результате анализа результатов клинико-лабораторного и инструментального обследования больных с суставным синдромом псориатической болезни автор выделила основные специфические признаки течения артропатическом псориаза с целью назначения дифференциального патогенетического лечения.

УДК 616.517:616.45-008.6]-055.1

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ З УРАХУВАННЯМ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ

Н.Ю.Резніченко

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: гормональний статус, псориаз, чоловіки, корекція.

Введення.

На сьогоднішній день псориаз являє собою одну з найбільш актуальних медико-соціальних проблем [1, 4, 12]. Наслідком захворювання на псориаз є значне зниження якості життя, непрацездатність та інвалідизація хворих, труднощі у створенні сім'ї та погіршення стосунків у родині, значний психологічний дискомфорт [10, 11, 14]. Поширеність псориазу в популяції досить висока і складає, за даними різних авторів [6, 15, 16], від 0,1 до 3% населення земної кулі. В загальній структурі захворюваності дерматологічними хворобами питома вага хворих на псориаз становить 8-15%, а серед стаціонарних хворих шкірних відділень диспансерів - від 7 до 22% [2, 7, 8, 15]. В Україні в останні роки відзначається зростання захворюваності на псориаз. Збільшується також і кількість хворих на тяжкі інвалідизуючі форми захворювання, резистентні до різних методів терапії [7, 13]. Це пов'язано з багатьма чинниками, в тому числі з урбанізацією та негативним впливом довкілля, особливо у мешканців великих промислових міст, екологічним чи соціальним неблагополуччям (хронічними стресами), широким використанням людиною хімічних продуктів, ксенобіотиків, неповноцінністю харчування [3, 5, 9, 15]. При цьому темпи техногенних змін біосфери випереджають

адаптаційні можливості людського організму та вимагають все більшої напруги адаптивних механізмів. Існують численні теорії виникнення псориазу, та жодна з них не може бути єдиною причиною. До основних теорій виникнення та розвитку псориазу відносяться: генетична, нейрогенна, інфекційна, паразитарна, вірусна, ендокринно-обмінна та інші. Проте у виникненні та прогресуванні захворювання відіграють роль і багато інших тригерних факторів, більшість з яких потребує проведення відповідних досліджень з метою подальшої розробки заходів щодо контролю над псориазом. Це обумовлює актуальність подальшого вивчення різних ланок патогенезу псориазу, особливо вплив вікових гормональних змін у чоловіків старшого віку на розвиток даного захворювання.

Мета дослідження.

Вивчення особливостей гормонального статусу хворих на псориаз чоловіків старших вікових груп і розробка ефективних методів їх лікування.

Матеріали і методи дослідження.

Нами було обстежено 160 чоловіків віком 25-64 роки. До основної групи включено 101 хворого на псориаз віком 45-64 роки; групу порівняння склали 25 здорових чоловіків віком 45-64 роки; до контрольної групи увійшли 34 здорових чоловіків віком 25-44 роки. Бальна оцінка ступеня тяжкості псориазу проводилась за шкалою Psoriasis Area Severity Index

(PASI). Визначення якості життя хворих відбувалось за допомогою опитувальника DLQI (Dermatology Life Quality Index) [17]. В роботі використовувався авторизований український переклад опитувальника - Ukrainian version of DLQI. З метою оцінки симптомів старіння чоловіків і андрогенного дефіциту проводилось анкетування за Aging Males Symptoms Scale (AMS). Проводилось лабораторне обстеження пацієнтів, яке включало загальноклінічні методи, визначення рівнів тестостерону, тестостеронзв'язуючого глобуліну (ТЗГ), фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), пролактину (ПРЛ) у сироватці крові. На другому етапі дослідження на підставі виявлених змін було проведено лікування хворих на псоріаз чоловіків, для чого було створено 2 дослідні терапевтичні групи: I група – 35 пацієнтів, які отримували базову терапію псоріазу; II група – 17 осіб, які використовували базову терапію та додатково фітопрепарат на основі стероїдних сапонінів. Пацієнтів обох груп було обстежено через 3 місяці від початку лікування. Вибір фітопрепарату на основі стероїдних сапонінів був обумовлений виявленням на початковому етапі дослідження зниженням рівня тестостерону у чоловіків старшої вікової групи, особливо за наявності у них псоріазу.

Результати та їх обговорення.

Результати, отримані у здорових і хворих на псоріаз чоловіків різних вікових груп, представлені в табл.1. З табл.1 видно,

що зі збільшенням віку чоловіків статистично достовірно зменшується концентрація тестостерону. У групі здорових чоловіків 45-64 років спостерігається достовірно вища концентрація рівнів гонадотропних гормонів – ФСГ, ЛГ, ПРЛ і ТЗГ у порівнянні з 25-44-річними чоловіками. Індекс AMS також був статистично достовірно вищим у чоловіків 45-64 років, порівняно з молодшими особами. Окрім цього, проведений аналіз індивідуальних результатів у обстежених чоловіків показав формування дисгормональних станів, починаючи з 45 років. У хворих на псоріаз чоловіків старшої вікової групи концентрація тестостерону була достовірно нижчою, а рівні ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТЗГ і значення індексу AMS – вищими у порівнянні зі здоровими чоловіками цієї вікової категорії (табл.1). Це свідчить про те, що у хворих на псоріаз чоловіків віком 45-64 роки спостерігається більш виражений дисгормональний стан, ніж у здорових осіб цієї вікової групи. На підставі отриманих результатів можна говорити про формування замкненого патологічного кола, оскільки наявність псоріазу негативно позначається на гормональному стані пацієнта і це, в свою чергу, призводить до метаболічних порушень, які погіршують перебіг захворювання. Це свідчить про необхідність пошуку шляхів корекції дисгормональних станів у хворих на псоріаз, що позитивно вплине на стан пацієнтів, сприятиме одужанню та поліпшенню якості життя.

Таблиця 1

Результати досліджень здорових і хворих на псоріаз чоловіків різних вікових груп

Показники	Чоловіки		
	здорові віком 25-44 роки	здорові віком 45-64 роки	хворі на псоріаз віком 45-64 роки
Тестостерон, нмоль/л	18,3±0,52	14,6±0,48*	9,7±0,35●
ТЗГ, нмоль/л	32,9±0,33	44,2±1,23*	53,7±0,70●
ФСГ, МО/л	3,09±0,03	4,05±0,09*	4,82±0,06●
ЛГ, ОД/л	3,07±0,04	3,71±0,04*	4,24±0,04●
ПРЛ, mMe/l	221,7±1,3	262±4,4*	304,7±3,2●
Індекс AMS, бали	25,6±0,26	29,4±0,30*	31,6±0,31*●

Примітки: * - достовірна різниця ($P < 0,05$) при порівнянні з відповідними показниками у чоловіків 25-44 років; ● - достовірна різниця ($P < 0,05$) при порівнянні відповідних показників здорових і хворих на псоріаз чоловіків 45-64 років.

Враховуючи отримані результати дослідження вікового андрогенного дефіциту за шкалою AMS, рівнів гормонів та ТЗГ у хворих на псоріаз чоловіків віком 45-64 роки, нами було запропоновано додаткове

використання в комплексній терапії захворювання фітопрепарату на основі стероїдних сапонінів. Результати динаміки клінічної картини псоріазу в залежності від схем терапії представлені в табл.2.

Таблиця 2

Динаміка клінічних показників у хворих на псоріаз в процесі лікування

Хворі:	n	PASI	Δ PASI, %	Δ PASI>50, %	Δ PASI>75, %
до лікування	101	26,4±1,66			
після базової терапії	35	14,0±1,89*	42,6±4,50	42,9	22,9
після базової терапії та стероїдних сапонінів	17	11,0±1,53*	55,7±3,63 ●	52,9	23,5

Примітки: * - достовірна різниця ($P < 0,05$) при порівнянні з відповідними показниками у групі до лікування; ● - достовірна різниця ($P < 0,05$) при порівнянні з відповідними показниками у групі після базової терапії.

У хворих з обох терапевтичних груп після проведеного лікування відзначалось зниження значень індексу PASI (табл. 2), що говорить про покращення клінічної картини захворювання, зменшення площі ураження шкіри, регрес еритеми, інфільтрації та лущення шкіри. Нами отримана статистично достовірна різниця за Δ PASI (%) між групою пацієнтів, які отримували лише базову терапію, та групою, яка додатково використовувала фітопрепарат на основі стероїдних сапонінів. Крім того, в групі хворих, які додатково отримували фітопрепарат на основі стероїдних сапонінів, відзначався вищий відсоток пацієнтів, які досягли PASI 50 та PASI 75 (тобто у яких індекс PASI знизився на 50% та 75% відповідно), у порівнянні з групою пацієнтів після базової терапії. Це свідчить про позитивний клінічний ефект додаткового

використання фітопрепарату на основі стероїдних сапонінів у комплексній терапії псоріазу у чоловіків 45-64 років.

Нами був оцінений вплив додаткового використання фітопрепарату на основі стероїдних сапонінів на якість життя хворих на псоріаз. Як видно з таблиці 3, у пацієнтів з обох терапевтичних груп на фоні проведеного лікування знижувався індекс DLQI, що говорить про покращення якості їх життя. При цьому була отримана достовірна різниця за Δ DLQI (%) між групами пацієнтів, які отримували лише базову терапію та її комбінацію з фітопрепаратом на основі стероїдних сапонінів. Ці дані підтверджують ефективність включення фітопрепарату на основі стероїдних сапонінів до комплексної терапії псоріазу у чоловіків віком 45-64 роки.

Таблиця 3

Дерматологічний індекс якості життя у хворих на псоріаз

Хворі:	n	DLQI	Δ DLQI, %	DLQI<5, %
до лікування	101	14,3±0,48		
після базової терапії	35	8,1±0,71*	45,2±3,0	40,0

після базової терапії та стероїдних сапонінів	17	5.8±0,91*	62,9±3,54●	41,2
---	----	-----------	------------	------

Примітки: * - достовірна різниця ($P<0,05$) при порівнянні з відповідними показниками у групі до лікування; ● - достовірна різниця ($P<0,05$) при порівнянні з відповідними показниками у групі після базової терапії.

Індекс AMS після проведеної базової терапії був дещо нижчим $30,9\pm 0,45$, ніж до лікування, але достовірної різниці нами не отримано. Разом з тим в групі хворих на псоріаз після базової терапії в поєднанні з фітопрепаратом на основі стероїдних сапонінів індекс AMS був достовірно нижчим ($29,8\pm 0,66$), ніж до лікування. Нами також була вивчена ефективність застосування різних схем терапії псоріазу щодо стану гормонів у чоловіків. Результати представлені на рисунку. Отримані результати обстеження хворих порівнювали з результатами обстеження здорових чоловіків 45-64 років, які для наочності прийняті за 1. Як видно з рис., через 3 місяці від початку лікування на фоні поліпшення клінічної картини зменшується ступінь дисгормонального стану пацієнтів. Разом з тим, після проведення лише базової терапії

у пацієнтів залишається зниженим рівень тестостерону і підвищеним – ФСГ, ЛГ, ПРЛ і ТЗГ у порівнянні з аналогічними результатами у здорових чоловіків 45-64 років. Результати проведеного дослідження стали підставою для пошуку та вивчення ефективності застосування в комплексній терапії псоріазу фітопрепарату на основі стероїдних сапонінів. З рис.1 видно, що додаткове використання фітопрепарату на основі стероїдних сапонінів в комплексній терапії псоріазу призвело до нормалізації концентрації тестостерону в крові пацієнтів, зниження концентрації ЛГ до значень, отриманих у здорових чоловіків 45-64 років, деяке зниження концентрації ТЗГ та ФСГ. Це ще раз підтверджує позитивний вплив стероїдних сапонінів на перебіг псоріазу у чоловіків 45-64 років.

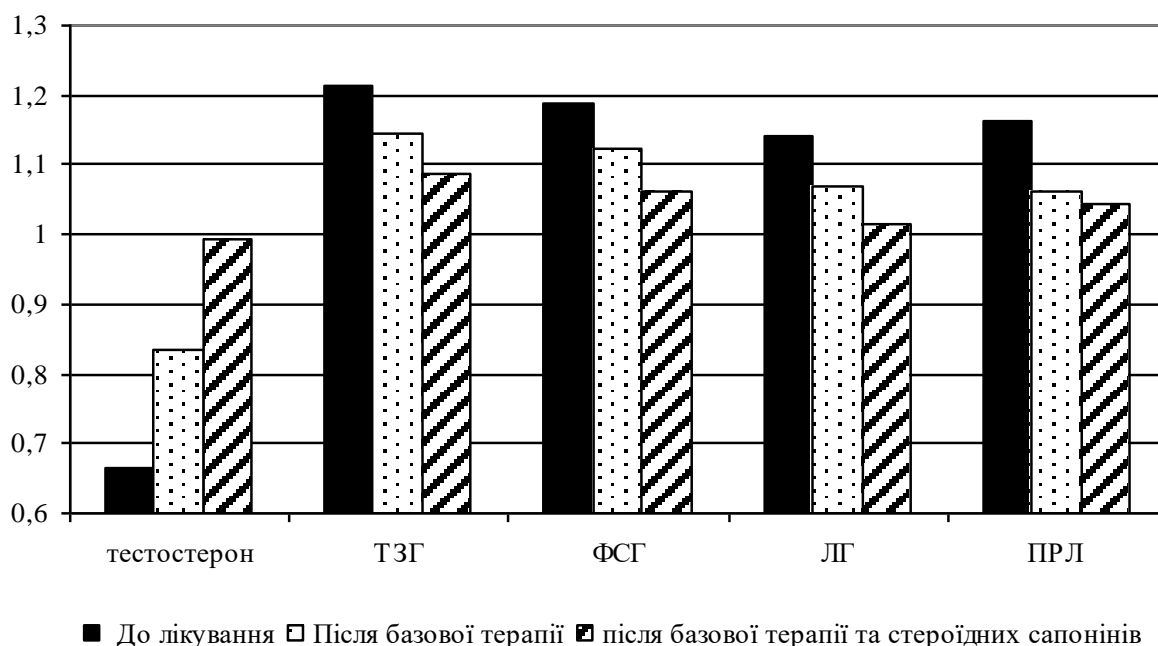


Рис. Рівні гормонів у чоловіків віком 45-64 роки в залежності від проведеного лікування.

Висновки.

Встановлено достовірне зростання індексу AMS, зниження вмісту тестостерону і підвищення рівнів фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів, пролактину і тестостеронзв'язуючого глобуліну у хворих на псоріаз чоловіків віком 45-64 роки в порівнянні зі здоровими чоловіками аналогічного віку. Використання фі-

топрепарату на основі стероїдних сапонінів в комплексній терапії псоріазу у чоловіків старшої вікової групи дозволило покращити клінічний перебіг псоріазу та якість життя пацієнтів, що проявлялось зниженням індексів PASI та DLQI, нормалізувати рівні тестостерону і лютеїнізуючого гормону до значень, отриманих у здорових чоловіків аналогічного віку.

Список літератури.

1. Айзятупов Ю. Ф. Принципы общей и местной терапии при лечении кожных больных (лекция) / Ю. Ф. Айзятупов // Журнал дерматовенерології та косметології ім. М. О. Торсуєва. — 2013. — № 1-2 (30). — С. 145–158.
2. Айзятупов Ю. Ф. Современные особенности патогенеза и комплексной терапии аллергодерматозов / Ю. Ф. Айзятупов // Журн. дерматовенерології та косметології ім. М.О. Торсуєва. — 2013. — № 1-2 (30). — С. 9–12.
3. Айзятупов Ю. Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии / Ю. Ф. Айзятупов — Донецк: «Каштан», 2010. — 560 с.
4. Болотна Л. А. Корекція метаболічних порушень у хворих на псоріаз / Л. А. Болотна, О. І. Саріан // Журн. дерматовенерології та косметології ім. М. О. Торсуєва. — 2014. — № 1/2. — С. 131.
5. Вітамінопрофілактика та вітаміно-терапія мешканців промислових центрів / Н. Ю. Резніченко, Ю. Г. Резніченко, Г. І. Резніченко, І. В. Пащенко. — К. : ТОВ "Людопринт Україна", 2013. — 108 с.
6. Волкославская В. Н. Состояние заболеваемости патологией кожи и инфекциями, передающимися половым путем, населения Украины за последнее десятилетие / В. Н. Волкославская, А. Л. Гутнев // Клинич. иммунология. Аллергология. Инфектология. — 2012. — № 1. — С. 19–22.
7. Глухенький Б.Т., Глухенькая А.Б., Голяс Ж.С. и др. "Форкал мазь" - новый

препарат для наружного лечения псориаза // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2009. — № 2. — С. 28–30.

8. Дюдюн А. Д. Интегральная роль урогенитальных инфекций у розвитку артропатического псориаза / А. Д. Дюдюн, Н. М. Колева, Л. Х. Алі // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. — 2014. — № 1 (52). — С. 27–34.

9. Корекція дисбіотичних станів у мешканців індустріальних центрів / Ю. Г. Резніченко, Н. Ю. Резніченко, Г. І. Резніченко, М. О. Ярцева. — Запоріжжя : Просвіта, 2013. — 148 с.

10. Кутасевич Я. Ф. Особливості лікування псоріатичної хвороби на сучасному етапі / Я. Ф. Кутасевич, І. О. Олійник // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. Спецвип.— 2011. — № 1.— С. 31–36.

11. Кутасевич Я. Ф. Показатели метаболитов оксида азота у больных тяжелыми формами псориаза / Я. Ф. Кутасевич, И. А. Олейник, А. А. Гаврилюк // Дерматология та венерология. — 2014. — № 3. — С. 80–81.

12. Резніченко Н. Ю. Діагностика, лікування та профілактика псоріатичної хвороби у чоловіків у віковому аспекті / Н. Ю. Резніченко. — Запоріжжя : Просвіта, 2014. — 308 с.

13. Резніченко Н. Ю. Зміни метаболізму у чоловіків зрілого віку, хворих на псоріаз / Н. Ю. Резніченко // Журн. клінічних та експерим. мед. досліджень. — 2013. — № 3. — С. 322–327.

14. Резніченко Н. Ю. Стан симпато-адреналової та ваго-інсулярної систем у чоловіків зрілого віку, хворих на псоріаз / Н. Ю. Резніченко // *Biomedical and Biosocial Anthropology*. – 2013. – № 20. – С. 135–138.

15. Степаненко В.І., Короленко В.В. Структура організації надання дерматологічної та венерологічної допомоги у провідних країнах світу в аспекті перспектив реформування дерматовенерологічної служби в Україні // *Український журнал*

дерматології, венерології, косметології. – 2012. – № 1. – С. 10–18.

16. Степаненко Р.Л. Патогенетична роль імунних факторів у формуванні запального процесу при псоріазі // *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. — 2013. — № 4 (51). — С. 84—92.

17. Finlay A. Y. Quality of life in atopic dermatitis / A. Y. Finlay // *Journal of American Academy of Dermatology*. — 2001. — № 45. — P. 64–66.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF MALE PATIENTS WITH PSORIASIS ACCORDING TO THE PECULIARITIES OF HORMONAL STATUS

N.Yu.Reznichenko

Objective: to study the peculiarities of hormonal status of male patients with psoriasis of older age groups and to elaborate the effective methods of treatment. Materials and methods: 160 men of different age groups were examined. The levels of gonadotropic and sex hormones were studied. We found a significant increase in the AMS index, the decrease in testosterone levels and increasing levels of follicle stimulating and luteinizing hormones, prolactin and testosterone binding globulin in male patients with psoriasis aged 45-64 years compared with healthy men of similar age. The use of plant-based steroidal saponins in the treatment of psoriasis in men in the older age group improved the clinical course of psoriasis and quality of life of patients, which was manifested by the decrease of the PASI index and DLQI, normalized the levels of testosterone and luteinizing hormone to values obtained in healthy men of similar age.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА

Н.Ю.Резніченко

Цель исследования: изучение особенностей гормонального статуса больных псориазом мужчин старших возрастных групп и разработка эффективных методов их лечения. Материалы и методы: было обследовано 160 мужчин разных возрастных групп. Изучены уровни гонадотропных и половых гормонов. Установлено достоверное возрастание индекса AMS, снижение уровня тестостерона и повышение уровней фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, пролактина и тестостеронсвязывающего глобулина у больных псориазом мужчин в возрасте 45-64 лет в сравнении со здоровыми мужчинами аналогичного возраста. Применение фитопрепарата на основе стероидных сапонинов в комплексной терапии псориаза у мужчин старшей возрастной группы позволило улучшить клиническое течение псориаза и качество жизни пациентов, что проявлялось снижением индексов PASI и

DLQI, нормализовать уровни тестостерона и лютеинизирующего гормона до значений, полученных у здоровых мужчин аналогичного возраста.

УДК 616. 5-022:616. 523-036. 22:595. 421

ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 2-ГО ТИПА

Г.И.Мавров¹, М.Э.Запольский²

¹ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», Харьков

²Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

Ключевые слова: герпес экстрагенитальный, генитальный, особенностиклиники.

Актуальность темы.

Значение герпесвирусных дерматозов, как актуальной медико-социальной проблемы, с каждым годом возрастает, что обусловлено увеличением числа латентных и рецидивирующих форм, ростом тяжелых постгерпетических осложнений в виде ПГН-синдрома, менингоэнцефалита, офтальмогерпеса, синдрома хронической усталости, повреждений внутренних органов, герпес-ассоциированных аутоиммунных процессов и др. [1,2, 9, 10, 13]. По данным ВОЗ заболевания, вызываемые герпесвирусами, занимают второе место (15,8%) после гриппа (35,8%), как причина смерти от вирусных инфекций. На территории СНГ различными формами герпетической инфекции ежегодно заражается около 20 млн. человек [5, 7, 8]. Герпесвирусы относятся к числу распространенных инфекций, способных поражать человеческий организм. Вызываемые ими заболевания, характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и иммунологических нарушений. [3, 4, 11, 12]. Многообразие клинических форм герпетической инфекции в ряде случаев являются причиной диагностических ошибок, нерациональной и несвоевременной терапии.

Цель работы.

Изучение и разбор атипичных случаев герпетических поражений кожи и слизистых оболочек, а также заболеваний ассоциированных с герпесвирусами [6, 8].

Материалы и методы.

Под наблюдением находились 39 пациентов с генитальной герпетической рецидивирующей инфекции, при этом мужчин было – 18 (46,1%), женщин – 21(53,9%) и 43 пациента с экстрагенитальными формами герпетической рецидивирующей инфекции, из них мужчин 21 (48,8%), женщин 22 (51,2%).

Рецидивирующие генитальные формы герпеса и герпес-ассоциированная многоморфная эритема. Частота рецидивов генитального герпеса среди пациентов, находившихся под нашим наблюдением, варьировала от 1-2 до 10 -15 и более в год, что зависело от состояния иммунной системы организма, действия провоцирующих факторов, сопутствующей соматической патологии. При типичной клинической картине генитального герпеса у мужчин высыпания локализовались на стволе полового члена, внутреннем или наружном листках крайней плоти, реже на головке полового члена, у женщин - в преддверье влагалища, на больших и малых половых губах, в области клитора, лобка, на стенках влагалища. Везикулы при локализации на слизистых оболочках существовали в среднем 2-4 дня, после их вскрытия образовывались болезненные эрозии, эпителизация которых из-за постоянной мацерации