

УДК 616.517-07-08:616.98:579.882.11

Эффективность и безопасность применения препарата «Глутоксим» в комплексном лечении больных артропатическим псориазом, ассоциированным с урогенитальными инфекциями

Дюдюн А. Д.[†], Колева Н. Н.[†], Полион Н. Н.[†], Али Л. Х.[†], Молокова В. И.[‡]

[†]ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

[‡]КЗ «Днепропетровский областной кожно-венерологический диспансер»
Днепропетровского областного совета»

Проведен анализ результатов применения Глутоксима в комплексном лечении 60 больных артропатическим псориазом, ассоциированным с урогенитальными инфекциями. Показана высокая эффективность санации урогенитальных инфекций, хорошая переносимость препарата с нормализацией показателей перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы и иммунологических показателей.

Ключевые слова: псориаз, артропатический псориаз, лечение, Глутоксим, перекисное окисление липидов, антиоксидантная система, иммунитет.

Псориаз является одним из наиболее распространенных кожных заболеваний мультифакторной природы, которое с разной частотой встречается по всему Земному шару. В разных странах им страдает, по данным многочисленных исследований, от 2 до 7-10 % населения. Среди пациентов дерматологических стационаров больные псориазом составляют около 15-20 % [5, 8, 9, 13].

В последнее время все большее количество исследователей говорят о псориазе, как о системном патологическом состоянии с доминирующими проявлениями кожного процесса. Это предположение подкрепляется данными системных иммунных изменений, которые носят генетически предрасполагающий характер и часто сопровождаются вовлечением в процесс опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Распространенность псориазического кожного процесса и/или поражение суставов часто приводит к потере трудоспособности больными и их инвалидизации [4, 5, 8, 13].

Псориаз – это генетически зависимый дерматоз, который имеет определенные особенности, связанные с функционированием органов

и систем организма; в первую очередь, это проявляется в состоянии иммунной системы. Генетическая детерминация формирует состояние предрасположенности к заболеванию псориазом, которая может реализоваться в течение всей жизни индивидуума при условии возникновения определенного фактора или факторов, способствующих реализации этой склонности [4, 6, 8].

Основными формами псориаза являются:

- вульгарный (или бляшечный) псориаз;
- экссудативный псориаз;
- псориазическая эритродермия;
- артропатический псориаз.

Последняя форма псориаза является наиболее тяжелой и самой инвалидизирующей. Специфическое поражение суставов наблюдается у 24-36 % больных псориазом.

Артропатический псориаз (АП) – заболевание, которое относится к группе серонегативных спондилоартритов, включающих:

- анкилозирующий спондилоартрит;
- реактивные, энтеропатические артриты;
- ювенильный хронический артрит;
- SAPHO-синдром.

С позиции современной оценки патоморфоло-

гического состояния, АП является прогрессирующим деформирующим полиартритом [5, 6, 15].

В последнее время увеличилась частота и «омоложение» патологии костей и суставов у больных псориазом. Прогрессирующий деструктивный характер артритических проявлений псориазической болезни, разнообразие патогенетических механизмов развития и клинических проявлений, отсутствие четких алгоритмов диагностики, недостаточная эффективность проводимой терапии и профилактики – далеко не полный перечень факторов, которые обуславливают актуальность АП, как медико-социальной проблемы, которая привлекает внимание дерматовенерологов и врачей многих смежных дисциплин [4, 6, 9, 17, 18].

Участие иммунологических факторов в патогенезе АП подтверждается:

- обнаружением клеточных инфильтратов как в коже, так и в ткани пораженных суставов;
- отложением иммуноглобулинов в эпидермисе и синовиальной мембране.

Имеются указания на повышение сывороточных иммуноглобулинов, – в первую очередь *IgA*, *IgG* и ЦИК, – у 90 % больных АП. Выявляются также антитела к компонентам кожи и антиядерные антитела. Достаточно отчетливо установлены признаки нарушения не только гуморального, но и клеточного иммунитета, проявляющиеся в снижении ответа *T*-лимфоцитов. Продемонстрировано снижение продукции лимфокинов и функции *T*-хелперов [5, 6, 9, 13].

Воспалительно-деструктивные изменения кожных покровов, опорно-двигательного аппарата, слизистых оболочек, а также внутренних органов больных АП приводят к нарушениям обмена веществ, протекающих с накоплением токсических метаболитов в биологических средах организма и формированию синдрома эндогенной интоксикации [4, 10]. Будучи универсальным по своей сути, синдром эндогенной интоксикации способен оказывать негативное влияние на течение патологических процессов в организме больных, способствуя возникновению осложнений и приводя к неблагоприятным результатам [10].

Одной из форм тканевого дыхания является ПОЛ. Процесс ПОЛ свойственный нормально функционирующим тканям при формировании липидных мембранных структур, их реконструкции, биосинтезе гормонов. Наблюдается различная степень активации ПОЛ при различных патологических состояниях; чрезмерная

активация ПОЛ:

- осуществляет токсическое воздействие на ткани;
- становится причиной нарушения мембранных структур клеток организма, липидного обмена;
- способствует усилению окисления сульфгидрильных групп белков, лизиса и развития структурных изменений.

Окислительный стресс и интенсификация перекисного окисления липидов является универсальным патогенетическим механизмом повреждения клеток и тканей, который участвует в развитии различных физиологических и патологических состояний. Важнейшую роль в регуляции свободно-радикальных процессов клеток играют антиоксидантные ферменты, такие как [8, 10, 13]:

- каталаза;
- супероксиддисмутаза;
- глутатионпероксидаза.

Анализ метаболических нарушений у больных АП выявляет:

- воспалительный биохимический сывороточный синдром;
- синдром гепатоцитолита;
- синдром гепатоцеллюлярной недостаточности.

Урогенитальные инфекции (УГИ) имеют определенное значение на инициальных этапах развития АП, оказывая влияние на дальнейшую динамику аутоиммунного процесса, существенно ухудшая качество жизни пациентов. Поэтому большое практическое значение имеют вопросы совершенствования методологии в диагностике сочетанной патологии, изучение ее клинико-лабораторных особенностей, особенностей реакций микро- и макроорганизма, наблюдаемые при этом состоянии. Сочетание псориазического патологического состояния и инфекционного процесса у больных АП, ассоциированным с УГИ, существенно влияет на течение, прогноз и эффективность лечения основного заболевания и санацию УГИ [1-3, 7, 11, 12, 16].

Нерациональное, стереотипное лечение больных АП, ассоциированным с УГИ, приводит к взаимному потенцированию патологических процессов и стойкой инвалидизации пациентов; поэтому особенно остро возникает потребность в разработке дифференцированных комплексных методов санации УГИ на фоне общей терапии больных АП [14].

Учитывая наличие иммунологических, ме-

таболических и детоксикационных изменений у больных АП, ассоциированным с УГИ, необходимо включать в комплексное лечение данной категории больных иммуномодулирующие препараты и препараты, нормализующие метаболические процессы. Одним из таких препаратов, по нашему мнению, является Глутоксим.

Цель работы – определить клиническую эффективность применения Глутоксима в комплексной терапии больных АП, ассоциированным с УГИ.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 60 больных АП, ассоциированным с УГИ (24 женщины и 36 мужчин в возрасте от 25 до 67 лет; средний возраст – $40,8 \pm 3,2$ года). Все наблюдаемые нами больные были проконсультированы смежными специалистами:

- терапевтом;
- кардиологом;
- ревматологом;
- гастроэнтерологом;
- эндокринологом;
- иммунологом;
- невропатологом;
- урологом;
- гинекологом.

Клиническая характеристика больных проводилась с учетом основного заболевания, где обращалось внимание на кожные и суставные клинические проявления псориаза, а также на результаты комплексного обследования на инфекции, передающиеся преимущественно половым путем. Клинический диагноз базировался на тщательном изучении анамнестических данных, клинических проявлений болезни и результатов комплекса клинико-лабораторных методов исследования.

Обследованные нами больные распределились таким образом:

- по семейному положению:
 - 1) находились в браке – 48 (80 %) больных;
 - 2) не были в браке, связывая это со своим заболеванием, – 5 (8 %);
 - 3) были разведены – 7 (12 %);
- по социальному положению:
 - 1) служащие – 6 (10 %);
 - 2) рабочие – 21 (35 %);
 - 3) частные предприниматели – 3 (5 %);
 - 4) пенсионеры – 5 (8 %);
 - 5) неработающие – 25 (42 %) больных.

Степень тяжести заболевания базировалась на динамике клинического статуса больных, где учитывалось состояние поражения:

- кожи;
- мышечной системы и опорно-двигательного аппарата;
- сердечнососудистой системы;
- периферической и центральной нервной системы.

У большинства больных АП давность заболевания составляла:

- у больных с кожными проявлениями болезни:
 - 1) от 6 до 10 лет – 17 (28 %) больных;
 - 2) от 10 до 15 лет – 16 (27 %);
- у больных с суставными проявлениями болезни:
 - 1) от 1 до 5 лет – 29 (48 %);
 - 2) от 6 до 10 лет – 17 (28 %) больных.

Преобладание давности заболевания с кожными проявлениями указывает на то, что у подавляющего большинства больных АП сначала возникало поражение кожных покровов, а затем суставов.

Псориагическая болезнь в своем течении имела определенную цикличность, которая проявлялась в обострении, стабилизации и разрешении патологического состояния. Для определения стадии псориагического процесса учитываются клинические проявления патологического состояния и ряд симптомов и феноменов. Среди наблюдаемых нами больных АП, определены следующие стадии заболевания:

- прогрессирующая – у 45 (75 %) больных;
- стационарная – у 12 (20 %);
- стадия регресса – у трёх (5 %) больных.

Тяжесть поражения кожи у больных псориазом оценивали по индексу *PASI*.

Для изучения показателей активности суставного синдрома учитывали:

- гемодинамические показатели;
- боли в суставах, их интенсивность;
- продолжительность суставной скованности утром;
- функциональная способность больного.

Активность патологического процесса кожных проявлений псориаза в прогрессирующей стадии сопровождалась активацией воспалительных явлений опорно-двигательного аппарата.

Анамнестические данные позволили установить связь возникновения заболевания, проявлений рецидивов патологического состояния с сезонными периодами года; основываясь на

этом, установили:

- осенне-зимний тип псориаза – у 41 больного (68 %);
- весенне-летний – у 10 (17 %);
- недифференцированный тип псориаза – у 9 (15 %) больных.

Тщательно собранный анамнез у больных АП позволил нам установить перенесенные в прошлом заболевания, вызванные УГИ; наибольшая часть больных перенесли:

- хламидийную инфекцию – более 34 %;
- трихомонадную инфекцию – около 20 %.

Выявление УГИ у наблюдаемых нами больных АП базировалось на комплексном клинко-лабораторном обследовании. Всем больным проводились исследования, предусмотренные действующими нормативными актами Минздрава Украины, которые включали физикальные и общие клинко-лабораторные исследования.

При отсутствии островоспалительных явлений у мужчин проводили:

- пальцевое исследование предстательной железы с последующим получением секрета;
- уретроскопию.

Из дополнительных методов исследования проводили:

- трансректальное сканирование предстательной железы;
- УЗИ органов мочеполовой системы.

Все наблюдаемые больные были распределены в две аналогичные клинко-терапевтические группы по 30 пациентов. Больные обеих групп получали общепринятое лечение, которое включало назначение:

- седативных препаратов;
- гепатопротекторов;
- поливитаминных комплексов в сочетании с микроэлементами;
- нестероидных противовоспалительных препаратов;
- биостимуляторов и адаптогенов;
- кортикостероидных гормонов.

Большая роль, среди многих существующих методов лечения больных АП, принадлежит топической терапии; у наблюдаемых больных топическая терапия включала назначение:

- местных средств со смягчающим и увлажняющим эффектом;
- препаратов салициловой кислоты, мочевины, дегтя;
- топических глюкокортикостероидов;
- аналогов витамина В₆ – а так же УФО и ванны.

Для санации трихомонадой инфекции назначали антипротозойные препараты. Санацию хламидийной, урео- и микоплазменной инфекций проводили, назначая антибиотики из группы тетрациклинового ряда и макролиды. Антипротозойные препараты и антибиотики назначали согласно общепринятым методикам.

Больным основной группы дополнительно, в сочетании с антибактериальной терапией, назначали Глутоксим ежедневно по 10 мг (1 %, 1 мл) в течение 10 дней, а с 11-го дня Глутоксим применяли через день, еще 5 инъекций.

Глутоксим представляет собой новый класс лекарственных веществ – тиопозтинов, который обладает уникальными биологическими эффектами благодаря модулирующему воздействию на внутриклеточные процессы тиолового обмена, играющего важную роль в регуляции метаболических процессов в клетках и тканях. Под воздействием Глутоксима происходит стимуляция пролиферации и дифференцировки нормальных клеток, и активизируются процессы генетически запрограммированной клеточной гибели (апоптоза) трансформированных клеток.

Глутоксим – иммуномодулятор с системным цитопротекторным эффектом; действие Глутоксима на генетически неповрежденную клетку способствует:

- активизации каскада внутриклеточных протеинкиназ;
- пролиферации и восстановлению чувствительности клетки к влиянию гуморальных факторов;
- мобилизации ферментов редокс-комплекса, которые связаны с обменом глутатиона.

Генетически поврежденные клетки начинают реагировать на действие гуморальных факторов индукции апоптоза, а также на действие факторов регуляции клеточного деления и апоптоза, зависящих от редокс-состояния клетки.

На молекулярном уровне Глутоксим активирует глутатионредуктазу, глутатионтрансферазу и глутатионпероксидазу, которые, в свою очередь, активируют внутриклеточные реакции тиолового обмена и процессы синтеза серо- и фосфоросодержащих макроэргических соединений, необходимых для нормального функционирования внутриклеточных регуляторных систем.

Действие препарата направлено на реализацию депрессии редокс-потенциала в трансформированных клетках. Показано, что депрессия редокс-потенциала может вызвать апоптоз как за счет увеличения периода полужизни белка

p53, так и посредством воздействия на каскад фосфопротеинкиназ *Ras*-сигнального пути.

Глутоксим применяют у взрослых:

- как средство профилактики и лечения вторичных иммунодефицитных состояний;
- для повышения устойчивости организма к различным патологическим воздействиям – инфекционным агентам, химическим и/или физическим факторам (интоксикация, радиация и т. д.);
- как гепатопротекторное средство при хронических гепатитах;
- для потенцирование лечебных эффектов антибактериальной терапии хронических воспалительных процессов.

К противопоказаниям применения Глутоксима относятся беременность, лактация, повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Таким образом, Глутоксим оказывает воздействие на клеточный иммунитет, нормализует метаболизм клетки и обладает цитопротекторным, дезинтоксикационным действием. Обоснованием к назначению нашим больным Глутоксима был широкий спектр его фармакологических свойств, обеспечивающих положительный терапевтический влияние на установленные метаболические нарушения и наличие хронической уrogenитальной инфекции.

Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась при помощи общепринятых в медико-биологических исследованиях параметрических и непараметрических методов статистического анализа на персональном компьютере с помощью программ *Statistica v.6.0* («StatSoft», USA) и *Microsoft Excel*.

Результаты исследования и обсуждение. В ходе клинического обследования больных АП было установлено, что ограниченный кожный процесс, – в виде единичных псориатических бляшек с четкими границами, расположенных на коже туловища и конечностей, с индексом *PASI* не более 10, – был у трёх больных. У остальных больных АП кожный процесс был более-менее распространенный, иногда с тенденцией к диссеминации по всему кожному покрову и с индексом *PASI* от 10 до 50.

Кожные высыпания у больных АП характеризовались наличием папул, которые за счет периферического роста сливались между собой и формировали разносторонние по размерам и конфигурации бляшки. Псориатический бляшки были синюшно-красного цвета и характери-

зовались наличием выраженной инфильтрации и обильного шелушения.

На период клинического наблюдения течение патологического процесса имело устойчивый, интенсивный, прогрессирующий характер с частыми рецидивами и незначительным сроком ремиссий.

Среди наблюдаемых нами больных АП, ассоциированным с УГИ, предъявляли жалобы:

- на постоянную тупую боль в суставах – более 60 % больных;
- на периодическую боль – 24 (40 %);
- на наличие боли:
 - 1) утром – 14 (23 %);
 - 2) вечером – 4 (7 %);
 - 3) ночью – 4 (7 %);
 - 4) утром и вечером – 8 (13 %);
 - 5) вечером и ночью – 6 (10 %);
 - 6) круглосуточно – 14 (23 %).

У 23 (38 %) больных болевой синдром в ночное время приводил к нарушению сна.

Оценка степени боли по 10-балльной шкале дала средний уровень боли у наблюдаемых больных – 6,8 балла.

На утреннюю скованность указывало 59 больных.

Клинические проявления АП характеризовались утолщением парартикулярных тканей, признаками хронического синовита, которые носили устойчивый характер и сопровождалась частыми рецидивами.

При клинико-рентгенологическом исследовании больных АП, ассоциированным с УГИ, установлено поражение:

- трех суставов – у 37 % больных;
- четырех – у 33 %;
- более четырех суставов – у 30 %.

У наблюдаемых нами больных АП преобладало поражение суставов нижних конечностей. Наиболее часто в патологический процесс вовлекались:

- коленный сустав – 88 %;
- голеностопный сустав – 65 %;
- межфаланговые суставы кисти – 48 %;
- лучезапястный сустав – 42 %;
- локтевой сустав – 35 %.

У больных АП, ассоциированным с УГИ, поражение пальцев стоп проявлялось формированием «сосискообразной» деформации. Кожа над пораженными суставами часто имела красный и синюшно-красный цвет. При поражении суставов первых пальцев стоп формировался «псевдоподагрический» палец.

Комплексное клинико-лабораторное обследование больных АП позволило выявить:

- хламидийную инфекцию – у 78 % больных, в том числе:

1) в виде моно-инфекции, хламидии были обнаружены у 37 % больных;

2) в комбинации с другими ИППП – у 41 %;

- трихомонадную инвазию – у 45 %;

- мико-уроеаплазменную инфекцию – у 18 % больных АП.

У женщин, больных АП, ассоциированным с УГИ, слизистая:

- цервикального канала поражалась у 24 (100 %) больных,

- уретры – у 17 (71 %);

- влагалища – у 6 (25,0 %);

- шейки матки – у трёх (12,5 %).

Придатки матки поражались у 6 (25,0 %) больных.

Данные акушерско-гинекологического анамнеза свидетельствуют о том, что женщины, больные АП, ассоциированным с УГИ, в прошлом страдали гинекологическими заболеваниями и неоднократно получали специфического лечение; наиболее частой гинекологической патологией были:

- нарушения менструального цикла – у 10 (42 %) женщин;

- идиопатическое бесплодие – у 12 (50 %).

Основными жалобами женщин со стороны урогенитальных органов были:

- незначительные выделения из половых органов, усиливающиеся во время менструации – у 88 %;

- зуд кожи и слизистых половых органов накануне и во время менструации – у 44,0%;

- жжение – у 28,0 %;

- болезненность и дискомфорт внизу живота – у 40,0%.

Анализ андро-урологического анамнеза исследуемых пациентов позволил нам установить в прошлом неоднократное обращение мужчин за медицинской помощью и получение лечения у врачей урологов, андрологов и дерматовенерологов. Наиболее частыми заболеваниями были:

- неспецифический (бактериальный) уретрит;

- баланопостит;

- хронический простатит.

60% больных мужчин указывали на бесплодный брак.

Все наблюдаемые нами больные активно жалоб со стороны урогенитальных органов не предъявляли. На наличие воспалительного

процесса в урогенитальных органах указывали субъективные жалобы больных, на которые нужно было акцентировать внимание больного во время сбора анамнеза. Из субъективных жалоб следует отметить:

- периодическое наличие зуда и дискомфорта в уретре – у 63 %,

- незначительную болезненность в органах мошонки и промежности – у 26 %;

- чувство боли в пояснично-крестцовой области – у 49 % больных мужчин.

У большинства исследованных нами больных мужчин были выявлены незначительные выделения из уретры слизистого характера, на которые пациенты не обращали внимания; у 29 % свободных выделений из уретры не наблюдалось. Топическая диагностика поражения урогенитальных органов позволила у всех 100 % наблюдаемых больных установить хронический уретрит и хронический простатит. Поражение структурно-морфологических составляющих слизистой уретры и ее желез, а также хроническое поражение предстательной железы указывают на то, что воспалительный процесс урогенитальных органов носит давний, хронический, вялотекущий характер.

УЗИ позволило достаточно четко выявить инфильтративно-пролиферативные изменения, микро-абсцессы, камни и участки фиброзного преобразования в органах малого таза.

Одной из установленных нами особенностей течения УГИ у больных АП является наличие множественных очагов поражения воспалительным процессом урогенитальных органов, которые в большинстве случаев расценивались врачами гинекологами и урологами, как проявления неспецифического воспалительного процесса.

Наличие в анамнезе перенесенных УГИ и высокий процент обнаружения их у больных АП, – всё это указывает на то, что УГИ имеют определенное влияние на развитие и течения псориатического патологического процесса. Нами установлены как особенности течения псориатического процесса у больных АП, ассоциированного с УГИ, так и особенности проявлений и течения УГИ. Все вышесказанное свидетельствует об определенной взаимосвязи псориатического процесса с УГИ и подчеркивает целесообразность его дальнейшего всестороннего изучения.

Анализ проведенных исследований исходного состояния иммунитета у больных АП показал повышение уровня Т-лимфоцитов. Отмеча-

ется также повышение непрямого показателя аутоиммунного компонента воспаления ($CD4+/CD8+$), которое было обусловлено меньшим повышением цитотоксических клеток по сравнению с *T*-хелперным.

Установленные изменения в сфере гуморального звена иммунитета у больных АП указывают на повышение уровня *B*-лимфоцитов как в абсолютных цифрах, так и в процентном отношении. Повышенный уровень иммуноглобулинов сопровождался повышением циркулирующих иммунных комплексов, что указывает на степень антигенной нагрузки больных АП.

У больных АП, ассоциированным с УГИ, имел место статистически достоверный рост:

- первичных продуктов ПОЛ – диеновых конъюнгат (ДК);
- вторичных – малонового диальдегида (МДА), –

с более значительным накоплением продуктов ПОЛ, по сравнению с показателями здоровых людей. Накопление продуктов ПОЛ и снижение активности супероксиддисмутазы, каталазы и глутатионпероксидазы у наблюдаемых нами больных АП, ассоциированным с УГИ, приводит к повышению концентрации цитотоксических соединений, которые негативно влияют на течение патологического процесса и эффективность санации УГИ.

Полученные результаты четко указывают на то, что комплексное лечение больных основной группы приводит к существенному снижению процессов свободно-радикального окисления и улучшению состояния антиоксидантной системы. У больных основной группы применение Глутоксима при санации УГИ позволило снизить показатели ПОЛ (МДА и ДК) соответственно на 26,8 % и 35,8 %.

Анализ проведенных исследований после санации УГИ показал повышение общего количества лейкоцитов крови у больных контрольной группы, при нормализации этого показателя среди больных основной группы, которым был назначен Глутоксим.

После санации УГИ у больных АП основной группы общее и процентное количество лимфоцитов снижалось и имело тенденцию к нормальным показателям. Снижение лимфоцитов происходило за счет всех клеточных популяций; статистически значимым снижением количества лимфоцитов было за счет $CD19+$; $CD4+$; $CD3+$.

Показатель соотношения ($CD4+/CD8+$) снизился у больных основной группы до уровня

здоровых людей, а у больных контрольной группы оставался повышенным. Снижение показателя соотношения ($CD4+/CD8+$) происходило преимущественно за счет большего снижения *T*-хелперов, чем *T*-цитотоксических клеток.

Эффективность предложенной методики санации урогенитальной инфекции у больных АП оценивали по ближайшим и отдаленным результатам.

Предложенное лечение больные основной и сравнительной групп переносили хорошо. Нежелательных побочных реакций на лечение, которое проводилось среди больных, не было выявлено.

Санация УГИ отмечалась у 29 больных основной группы, в комплексное лечение которых был включен Глутоксим. При проведении контроля санации УГИ у больных контрольной группы, получавших лечение по общепринятым, традиционным методам терапии, нами было установлено клиническое и микробиологическое выздоровление лишь у 26 (87 %) пациентов. Контроль санации УГИ подтверждался комплексом лабораторных методов исследования через 1, 2 и 3 месяца после окончания лечения.

Отдаленные результаты при наблюдении за больными основной группы после окончания лечения в течение одного года, позволили установить рецидивы заболевания у одного пациента (3,3 % от общего числа). Анализ отдаленных результатов эффективности санации УГИ у больных сравнительной группы позволил установить рецидив заболевания у 4 (13,3 %) пациентов.

Таким образом, введенный в комплексную терапию больных АП, ассоциированным с УГИ, Глутоксим оказывает значимое влияние на ускорение элиминации возбудителя, что повышает эффективность воздействия антибактериальных препаратов, позволяет избежать рецидивов инфекции и связанных с их лечением материальных затрат.

Глутоксим является единственным лекарственным препаратом, способным индуцировать внутриклеточные процессы как клеток макроорганизма, так и микроорганизма. В свою очередь, высокая ферментативно-метаболическая активность паразитирующих микроорганизмов способствуют более эффективному действию антибиотиков, а также клеточным и гуморальным эффекторам иммунной системы, что позволяет добиться более высокого процента санации организма от инфекционных агентов.

Во время санации УГИ у больных АП было отмечено положительное влияние Глутоксима на клинические проявления псориатического

процесса. У больных основной группы была отмечена стабилизация и разрешение патологического процесса в более короткие сроки.

Выводы

Обобщая полученные результаты клинического наблюдения за эффективностью санации инфекционных агентов у больных АП, ассоциированного с УГИ, можно утверждать:

1. Применение Глутоксима в комплексном лечении больных АП, ассоциированным с УГИ, показало высокую эффективность санации УГИ и хорошую переносимость препарата.

2. Комплексное лечение больных АП с применением Глутоксима позволило нормализовать показатели ПОЛ и антиоксидантной системы.

3. Иммуномодулирующее действие Глутоксима подтверждено нормализацией иммуно-

логических показателей у наблюдаемых нами больных.

4. Включение Глутоксима в комплексное лечение больных АП обеспечило более быструю стабилизацию и регресс клинических проявлений заболевания.

5. Учитывая широкий терапевтический профиль действия Глутоксима и хорошую переносимость, считаем целесообразным рекомендовать к более широкому применению данного препарата в лечении больных УГИ, в комплексном лечении больных псориазом и другими дерматозами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адаскевич В. П.* Инфекции, передающиеся половым путем / В. П. Адаскевич. – Н. Новгород: Мед. книга, 2004. – 424 с.
2. *Айзятупов Р. Ф.* Цифран ОД в комплексной терапии смешанной урогенитальной инфекции / Р. Ф. Айзятупов // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. – 2004. – № 4. – С. 81-82.
3. *Андрашко Ю. В.* Пульс-терапия – рациональный подход к лечению хронического урогенитального хламидиоза / Ю. В. Андрашко, О. М. Галагурич, С. В. Пушкаренко // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. – 2007. – № 1. – С. 77-80.
4. *Бадюкин В. В.* Современная терапия псориатического артрита / В. В. Бадюкин // *Consilium medicum*. – 2005. – Т. 7, № 3. – С. 65-68.
5. *Беляев Г. М.* Псориаз. Псориатическая артропатия / Г. М. Беляев, П. П. Рыжко – 3-е изд., доп. – М.: Медпресс-информ, 2005. – 272 с.
6. *Беляев Г. М.* Современное представление о патогенезе псориатической артропатии и лечении этих больных / Г. М. Беляев // *Дерматол. и венерол.* – 2010. – № 1 (47). – С. 7-30.
7. *Бондаренко Г. М.* Комплексное лечение урогенитальной хламидийной и микоплазменной инфекции / Г. М. Бондаренко, И. Н. Никитенко // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. – 2010. – № 4 (39). – С. 92-97.
8. *Владимиров В. В.* Псориаз: этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика / В. В. Владимиров, Е. В. Владимирова // *Болезни кожи*. – 2006. – № 6 (17). – С. 38-44.
9. *Глухенький Б. Т.* Вопросы этиологии и патогенеза псориаза / Б. Т. Глухенький // *Иммунитет и болезни: от теории к терапии*. – 2005. – С. 10-12.
10. *Гулиев М. О.* Состояние прооксидантной системы крови у больных псориазом / М. О. Гулиев, М. В. Тлупова // IX Всерос. съезд дерматовенерологов. – М., 2005. – Т. 1 - С. 10.
11. *Гурженко Ю. Н.* Современная терапия урогенитального хламидиоза у мужчин с применением препарата группы фторхинолонов Спарфло / Ю. Н. Гурженко // *Здоровье мужчины*. – 2006. – № 3. – С. 117-120.
12. *Дмитриев Г. А.* Диагностика инфекций, передаваемых половым путем / Г. А. Дмитриев, И. И. Глазко – М.: Бином, 2007. – 320 с.
13. *Добржанская Е. І.* Вивчення змін вмісту адаптивних гормонів і системи імунного захисту у хворих на псоріаз / Е. І. Добржанская // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. – 2008. – № 1. – С. 9-11.
14. *Дюдюк А. Д.* Комплексно-диференційована терапія хворих з рецидивами урогенітальних інфекцій / А. Д. Дюдюк // *Дерматовенерол. Косметол. Сексопатол.* – 2005. – № 1-2 (8). – С. 38-52.
15. *Сизон О. О.* Артропатичний псоріаз: обґрунтування раціональних методів лікування та профілактики. Ч. 1 / О. О. Сизон, В. І. Степаненко // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. – 2011. – № 1 (40). – С. 7-24.
16. *Степаненко В. І.* Сучасна терапевтична корекція вторинної імунної недостатності із залученням наномедичних технологій у комп-

- лексному лікуванні хворих на урогенітальні інфекції / В. І. Степаненко, С. В. Іванов // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. – 2012. – № 3 (46). – С. 152-162.
17. Корсунская И. М. Особенности терапии псориаза у пациентов с хроническим вирусным гепатитом / И. М. Корсунская, Е. В. Дворянкова, С. С. Олейник и др. // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. – № 1. – С. 36-39.
18. Письменная Е. В. Оценка эффективности применения иммуномодулятора глутоксима в комплексной терапии детей, страдающих псориазом, с применением метода визуализации многомерных объектов / Е. В. Письменная, Л. В. Силина, Н. Г. Филиппенко и др. // Клиническая дерматология и венерология. – 2008. – № 4. – С. 79-84.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ГЛУТОКСИМ» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ, АСОЦІЙОВАНИЙ З УРОГЕНІТАЛЬНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

Дюдюн А. Д., Колева Н. М., Поліон Н. М., Алі Л. Х., Молокова В. І.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КЗ «Дніпропетровський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради»*

Проведено аналіз результатів застосування Глутоксиму в комплексному лікуванні 60 хворих на артропатичний псориаз, асоційований з урогенітальними інфекціями. Показано високу ефективність санації урогенітальних інфекцій, хорошу переносимість препарату з нормалізацією показників перекисного окислення ліпідів, антиоксидантної системи та імунологічних показників.

Ключові слова: псориаз, артропатический псориаз, лікування, Глутоксим, перекисне окислення ліпідів, антиоксидантна система, імунітет.

EFFICACY AND SAFETY OF "GLUTOXIM" IN THE INTEGRATED TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTHROPATHIC PSORIASIS ASSOCIATED WITH UROGENITAL INFECTIONS

Dyudyun A. D., Koleva N. M., Polion N. M., Ali L. H., Molokova V. I.

*"Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine" SE
"Dnipropetrovsk Regional Skin and Venereologic Dispensary" of Dnipropetrovsk Regional Council" ME*

An analysis of results of Glutoxim use in treatment of 60 patients with arthropathic psoriasis associated with urogenital infections has been carried out. High efficiency of urogenital infections sanitation, good tolerability of the drug with normalization of lipid peroxidation, antioxidant system and immunological parameters has been shown.

Keywords: psoriasis, arthropathic psoriasis, treatment, Glutoxim, lipid peroxidation, antioxidant system, immunity.

Дюдюн Анатолій Дмитрієвич – зав. кафедрой кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», д-р мед. наук, профессор.

Колева Наталья Николаевна – ассистент кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Полион Наталья Николаевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Али Лоай Хасан – аспирант кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Молокова Валентина Ивановна – зам. главного врача КЗ «Днепропетровский областной кожно-венерологический диспансер» Днепропетровского областного совета.

andd@ua.fm