

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ МУЖЧИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С УЧЕТОМ ИЗМЕНЕНИЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ

Н.Ю.Резніченко

Обследовано 160 мужчин в возрасте 25-64 лет. Установлены уровни гонадотропных и половых гормонов. У здоровых мужчин 45-64 лет установлено возрастное дистормональное состояние со снижением концентрации тестостерона и повышением уровней фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, пролактина и тестостеронсвязывающего глобулина. У больных псориазом мужчин в возрасте 45-64 лет установлено снижение уровня тестостерона и повышение уровней фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, пролактина и тестостеронсвязывающего глобулина, в сравнении со здоровыми мужчинами аналогичного возраста. Применение в комплексной терапии псориаза у мужчин 45-64 лет фитопрепарата на основе стероидных сапонинов позволило улучшить клиническое течение псориаза и качество жизни пациентов, нормализовать уровни тестостерона и лютеинизирующего гормона до значений, полученных у здоровых мужчин аналогичного возраста.

EXPERIENCE OF PSORIASIS TREATMENT IN MALES OF SENIOR AGE BASED ON CHANGES IN LEVELS OF SEX HORMONES

N.Yu.Reznichenko

160 males aged 25-64 years were examined. Levels of gonadotropin-releasing and sex hormones were fixed. Dishormonal state with decreased testosterone level and increased levels of follicle-stimulating and luteinizing hormones, prolactin and testosterone-binding globulin was fixed in males aged 45-64 years. The significant decrease of testosterone level and increased levels of follicle-stimulating and luteinizing hormones, prolactin and testosterone-binding globulin were seen in patients with psoriasis aged 45-64 years compared with healthy males of same age category. The use of steroid saponins by males aged 45-64 years improved clinical course of psoriasis and life quality, normalized levels of testosterone and luteinizing hormone to the values, obtained in healthy males aged 45-64 years.

УДК 616.516/.517 – 06:616 – 056.5] – 07

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ, ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙМ.Я.Гінка, О.О.Сизон¹*КЛПЗ «Львівський шкірно-венерологічний диспансер №2»**¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Ключові слова: псориаз, червоний плоский лишай, клінічний перебіг, метаболічний синдром лабораторні зміни.

Актуальність теми. У клінічній практиці майже не буває ізольованих захворювань, а з віком кількість хворих, у

яких реєструють кілька нозологічних форм патології, значно зростає [1]. Результати досліджень деяких авторів свідчать, що хвороби травного каналу, серцево-судинної системи та ендокринопатії є можливими причинами ініціації або/і підтримання загострення, хронічних дерматозів, зокрема

групи папуло-сквамозних захворювань (червоний плоский лишай, псоріаз), що може свідчити про формування поліморбідного тла та полісистемність ураження організму. У патогенезі багатьох хронічних дерматозів важливу роль відводять порушенням вуглеводного та ліпідного обмінів, посиленню вільнорадикального окиснення та послабленню системи антиоксидантного захисту [3,8]. Спостерігається взаємообтяжувальний вплив та створюються умови для розвитку спільних метаболічних зрушень, які повинен враховувати лікар для вибору терапевтичної тактики в кожному конкретному випадку [2]. Багато дослідників вивчали особливості метаболічних процесів при різноманітних патологічних станах та помітили спільні порушення системи гомеостазу, які можуть спричинювати розвиток певних захворювань, на перший погляд, не пов'язаних з досліджуваною патологією. Прикладом може слугувати метаболічний синдром (МС) [7]. Метаболічний синдром являє собою комплекс різноманітних патологічних станів, діагностичними критеріями якого являються: підвищення артеріального тиску, синдром інсулінорезистентності, глікемічний статус, виявлення С-реактивного білка, збільшений рівень сечової кислоти, ліпопротеїдів високої щільності, абдомінальне ожиріння. МС асоціюється з багатьма соматичними захворюваннями серцево-судинної системи, печінки, щитовидної залози, тривожними станами та депресивними розладами, клімаксом, еректильною дисфункцією, варикозними захворюваннями нижніх кінцівок[6]. У міжнародній практиці вперше критерії метаболічного синдрому сформулювала Робоча група ВООЗ та експерти Національного інституту здоров'я США (Adult Treatment Panel 111, АТР 111) в 2001 році, але попри численні роботи з варіантами діагностичних критеріїв МС, загально прийнятих біохімічних та клінічних критеріїв на сьогодні немає [9,10]. Причина поширеності цієї патології криється, мабуть, в багатофакторної регуляції метаболічних процесів, порушення якої має різні клінічні прояви, виражені в різній степені.

Розповсюдження МС у жінок 1,8 – 2,4 рази вища ніж у чоловіків[5,].

Мета роботи. Виявлення ознак МС та ступінь його виявлення у хворих на папуло-сквамозні захворювання (псоріаз, червоний плоский лишай (ЧПЛ)) із супутньою соматичною патологією, переважно травного каналу, серцево-судинної системи та з ендокринопатіями.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 138 хворих упродовж 2012-2013 рр. на червоний плоский лишай та псоріаз віком від 18 до 78 років із наявністю супутніх соматичних захворювань. Обстеженню підлягали також 15 пацієнтів контрольної групи відповідної вікової категорії та супутньою патологією. Усім проведено загальне клінічне обстеження в амбулаторних умовах з використанням клінічних та лабораторних методик. Паралельно пацієнтів проконсультували фахівці суміжних спеціальностей залежно від виявленої супутньої патології. Діагностика МС в обстежених хворих проводилась за критеріями ВООЗ: артеріальна гіпертензія більш як 160/90 мм рт. ст.; індекс маси тіла ≥ 30 кг/м²; тригліцериди $> 1,7$ ммоль/л і/або ЛПВГ $< 0,9$ ммоль/л — для чоловіків, $< 1,0$ ммоль/л — для жінок, підвищення ЛПНГ; цукровий діабет 2 типу; мікроальбумінурія — 20 мкг/хв.[9]. Результати досліджень оброблялись за допомогою стандартних методів статистики і непараметричного кореляційного аналізу.

Результати та їх обговорення. Нами упродовж 2-х років обстежено 65 хворих на червоний плоский лишай різних клінічних форм віком від 28 до 75 років та 73 пацієнти віком від 25 до 68 років із встановленим діагнозом поширеного псоріазу, з наявністю супутніх соматичних захворювань, які склали основну групу. У хворих на псоріаз анамнез захворювання становив від 8 до 24 років. Із загальної кількості 43 пацієнти (58%) обстежених хворіли на артропатичний псоріаз, 10 (14 %) на псоріатичну еритродермію. Більшість пацієнтів мали чітко сформований тип псоріазу: зимовий – в 60 (81,59%) осіб; весняно-літній – в 12 (16,51%) та змішаний – в 1 (1,9%). Хворі були госпіталізовані в

зв'язку з прогресуванням хвороби – 48 (66,67%) осіб, поширеним ураженням шкіри в стаціонарній стадії – 23 (31,11%), торпідністю до лікування – 2 (2,22%). У 25 хворих (38,6%) на ЧПЛ виявили патологію травного каналу, серцево-судинної системи — у 17 (26,8%) та ендокринопатії — у 10 (15%). У хворих на ЧПЛ зареєстровано наступні клінічні форми дерматозу: типова — 29 (44%) осіб, гіперкератотична — 11 (17%), бородавчата — 8 (12,3%), пігментна — 7 (10,7%), еритематозна — 6 (9,2%), атрофічна і лінійна — по 2 (3%), пемфігоїдна — 1 (1,5%). Ці форми було погруповано на типові (29) хворих та атипові (37). Серед супутньої патології як при ЧПЛ, так і при псоріатичній хворобі переважали патології серцево-судинної, ендокринної та травної систем (див. табл.1). Так, обстежуючи хворих на ЧПЛ, серед патології серцево-судинної системи переважали: у 11 хворих (17,1%), ІХС та коронарний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба — у 4 (5,7%). Ендокринопатії переважно були представлені ожирінням 7 (11,46%) та цукровим діабетом 8 (12,3%), рівень глюкози крові в межах верхнього пограничного рівня виявлено в 5 (6,8%) хворих. Виявили різноманітні порушення функцій травного каналу, зокрема: хронічних уражень печінки — у 14 (21,7%) випадках, жовчовивідних шляхів — у 12 (18,8%), підшлункової залози — у 8 (12,7%) та кишечника — у 11 (17,3%). Наявність системних проявів різного генезу або супутньої патології було встановлено у 56 хворих з обстежених з псоріазом, що складає 76,7% від загальної кількості пацієнтів. У багатьох випадках виявлено зв'язок з однією чи кількома супутніми патологіями й псоріазом, особливо у хворих з артропатичною формою захворювання. У 24 осіб (32%) в ході обстеження виявляли захворювання органів шлунково-кишкового тракту (хронічні форми перебігу гастродуоденіту, неспецифічного коліту, гепатохолестіопанкреатит, виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки); серцево-судинної системи (стенокардія спокою та напруги, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба I-II ступенів) спостерігали

у 37 пацієнтів (50%), що в 75 % випадків поєднувалося з ожирінням I-II ступенів; церебро-васкулярна патологія (вегетосудинна дистонія, остеохондроз) — у 13 пацієнтів (17,8%); дихальної системи (хронічні форми бронхіту) — у 5 пацієнтів (6,8%); сечостатевої системи (пієлонефрит, сечокислий діатез, цистит) — у 7 пацієнтів (9,5%). Найрізноманітнішу супутню соматичну патологію реєстрували переважно при атипових формах псоріаз та ЧПЛ, що, на нашу думку, зумовлює різноманітність метаболічних зрушень у таких хворих.

Результати наших досліджень показали, що із загальної кількості хворих з псоріазом та ЧПЛ у 120 (87,4%) обстежених мали всі три ознаки МС. Крім того, МС встановлено у 37 (87%) обстежених на артропатичний псоріаз та 6 (62%) пацієнтів з псоріатичною еритродермією. В 92 (67,2%) пацієнтів з МС виявлено підвищення рівня глюкози натще від 6,0 до 9,8 ммоль/л, а у 31 (22,8%) - від 10 до 11,5 ммоль/л. Середній показник обстежених із встановленим абдомінальним ожирінням та підвищеним рівнем глюкози натще дорівнював $12,6/9,8 \pm 1,1$ ммоль/л.

Слід зазначити, що МС, як окрема самостійна форма, зустрічається не так часто, як окремі його складові. Тому, незалежно від причин розвитку МС, на нашу думку, клінічно такі пацієнти повинні знаходитися під спостереженням терапевта, кардіолога, ендокринолога. Тобто задача дерматолога з практичної точки зору полягає у вчасній підозрі МС, а це означає: коли хворий з ЧПЛ або псоріазом звертається до дерматолога, фахівці повинні зосередитися на активному виявленні у цього пацієнта ознак МС (абдомінального ожиріння, АГ, ІХС, ЦД2 типу, дисліппротеїнемії), що дасть змогу підвищити ефективність лікування, а також знизити частоту рецидивів.

Висновки. Ознаки метаболічного синдрому виявляють у хворих на хронічні дерматози переважно з атиповими та поширеними формами. Таким чином, хоча МС не можна поки що вважати окремою нозологічною формою, з нашої точки зору, є вагомими підстави для його діагностування

та лікування у пацієнтів із хронічними дерматозами з урахуванням метаболічних

взаємозв'язків між його окремими компонентами.

Таблиця 1

Частота діагностування ознак МС в обстежених хворих

Патологія	ЧПЛ (n=65)	Псоріаз (n=73)	Контрольна група (n=15)
Ішемічна хвороба серця	17,1%	20,4%	5,1%
Артеріальна гіпертензія	5,7%	17,8 %	12,8 %
Дисліпідемія	16,7%	28,6%	11,5 %
Ожиріння	11,5%	17,5%	12,1 %
Цукровий діабет 2 типу	12,3%	15,8 %	5,5

Список літератури

1. Галникіна С.О. Клінічна характеристика жінок з постоварієктомічним, хворих на клімактеричну екзему, кероз шкіри, рожеві вугрі, андроген етичну алопецію / С.О. Галникіна // Дерматологія. – 2006. - №1. – 33 - 36.
2. Литинська Т.О. Нові аспекти терапії хворих на хронічні дерматози з використанням урсодезоксихолевої кислоти / Т.О. Литинська // Дерматологія. – 2008. - №1. – С.29-32.
3. Литинська Т.О. Рациональна терапія хворих на хронічні дерматози з урахуванням патології органів травлення / Т.О. Литинська // Дерматологія. – 2007. - №4. - С30-34.
4. Калюжная Л.Д. Выпадение волос как признак внутренних заболеваний / Л.Д. Калюжная // Дерматология и венерология. – 2008. - №1(39). – С. 56-61.
5. Маврова Д. И. Активное изучение назревших проблем дерматокосметологии / Д. И. Маврова // Дерматология и венерология. – 2008. - №.1(39). – С. 8-14.
6. Мамедов Н.М. Современный принцип лечение метаболического синдрома – влияние на максимальное количество факторов риска //Здоровье Украины.–2008. - №9(190).–С.78-79.
7. Ошивалова О.О., Шармазан С.І. Вияви метаболічного синдрому у хворих на плоский лишай із супутньою патологією / О.О. Ошивалова, С.І. Шармазан // Дематологія. – 2009- №1.-С.1.
8. Рыжко П.П. Генодерматозы: буллезный эпидермолиз, ихтиоз, псориаз / П.П. Рыжко, А.М. Федота, В.М. Воронцов // Пособие.- Х.: Фолио, 2004. – 334с.
9. Arner P. Hunting for human obesity genes. Look at the adipose tissue / P. Arner // Int. J.Obes. Relat. Metab. Disorder.—2000.— Vol. 24 (suppl. 4).— P. 57—62.
10. Arner P. Obesity — a genetic disease of adipose tissue / P. Arner // Br. J. Nutr.— 2000.— Vol. 83 (suppl. 1).— P. 9—16.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ, КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

М.Я.Гинка, О.О.Сызон

В статье представлены данные результатов исследования признаков метаболического синдрома и степень его обнаружения в 138 больных папулосквамозными заболеваниями (псориаз, красный плоский лишай) с сопутствующей соматической патологией, преимущественно ЖКТ, сердечно - сосудистой системы и с эндокринопатиями. Признаки метаболического синдрома обнаружили в 87,4 % обследованных больных хроническими дерматозами преимущественно с атипичными и распространенными формами дерматоза. Хотя метаболический синдром нельзя пока считать отдельной нозологической формой, с точки зрения авторов, есть веские основания для его диагностики и лечения пациентов с хроническими дерматозами с учетом метаболических взаимосвязей между его отдельными компонентами.

**INTEGRATED APPROACH TO DIAGNOSIS OF METABOLIC SYNDROME
IN PSORIATIC PATIENTS WITH LICHEN PLANUS**

M.Ya.Hynka, O.O.Syzon

Reported in this article are the findings from a study on metabolic syndrome signs and occurrence in 138 patients with papulosquamous diseases (psoriasis, lichen planus) and a somatic comorbidity, particularly that affecting the gastrointestinal tract or vascular system, and endocrinopathy. Metabolic syndrome signs were revealed in 87.4% of the examined patients with chronic dermatosis, particularly with atypical and disseminated dermatosis forms. Even though the metabolic syndrome cannot yet be referred to as a nosological entity, strong grounds exist for its diagnostics and treatment in patients with chronic dermatoses, given the metabolic relationships between its individual components.

УДК 616.5 - 002.3 – 036 – 07:616.155.3 – 008.13 - 07

**ПОКАЗНИКИ ФАГОЦИТОЗУ У ХВОРИХ ІЗ РІЗНИМ
КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ПІОДЕРМІЙ**¹Дашко М.О., ²Денисенко О.І.¹*Львівський національний медичний університет ім.Данила Галицького,*
²*Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці*

Ключові слова: піодермії, клінічний перебіг, фагоцитоз.

Актуальність теми. Піодермії – група гнійно-запальних захворювань шкіри, які в останні роки в Україні складають біля третини дерматологічної захворюваності, причому не лише серед дитячого контингенту населення, але й серед дорослих осіб активного працездатного віку [1-3, 9]. В останні роки спостерігається тенденція до більш тяжкого клінічного перебігу піодермій з ураженням значних ділянок шкіри, формуванням торпідності до засобів етіотропної терапії з тенденцією до хронізації патологічного процесу в шкірі та розвитком глибоких форм піодермій, що призводить до зниження чи тривалої втрати хворими дієздатності та їх соціальної активності [4, 10]. Все це визначає важливу медичну та соціальну значимість проблеми піодермій та обґрунтовує актуальність уточнення їх етіопатогенетичних чинників з метою удосконалення терапевтичної тактики щодо даної категорії пацієнтів.

Встановлено, що для розвитку гноячкових захворювань шкіри важливе значення мають як патогенність піококів (збудників піодермій), так і стан макроорганізму пацієнтів [3, 6]. Серед ендогенних чинників інфекційних захворювань людини, у тому числі й піодермій, провідну роль відводять розладам системного імунітету, зокрема вторинним імунодефіцитним станам різного генезу [1, 8], які призводять до порушень клітинного й гуморального імунітету, а також зниження фагоцитуючої здатності мононуклеарних фагоцитів і гранулоцитів на різних етапах фагоцитозу піогенних коків [5]. Особливо важливим є вивчення процесів фагоцитозу у дорослих хворих на піодермії, що дало б можливість уточнити патогенетичні механізми розвитку процесу в таких пацієнтів з метою удосконалення їх комплексної терапії.

Мета роботи. Визначити показники фагоцитарної активності нейтрофілів у хворих на піодермії залежно від характеру їх клінічного перебігу.