



гепатит С з залученням параклінічних методик. На підставі отриманих результатів абсолютної і відносної кількості основних популяцій імункомпетентних клітин встановлювали значення імунно-гепатологічних показників. Розвиток хронічного гепатиту С супроводжується підвищенням імунологічної реактивності організму за рахунок підвищення індексу зсуву лейкоцитів, індексу співвідношення лімфоцитів і моноцитів, нейтрофільно-лімфоцитарного коефіцієнта індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів.

Таким чином, у хворих на хронічний гепатит С переважає клітинна імунна відповідь і знижена гуморальну ланку імунної системи (можливо через інфікування В-лімфоцитів), що дає можливість HCV уникати гуморального контролю і персистувати в організмі тривалий час.

Бродовська Н.Б.

РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛЕСКАТИЙ ЛИШАЙ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИОКСИДАТНОГО Й ПОЛІЕНЗИМНОГО ЗАСОБІВ ТА ЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ

Кафедра дерматовенерології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Червоний плескатиий лишай (ЧПЛ) – хронічний дерматоз, який проявляється поширеною сверблячою висипкою на шкірі й ураженням слизових оболонок із тривалим хронічним перебігом, часто торпідним до засобів стандартного лікування, що спричиняє негативний вплив на психоемоційний стан хворих, знижує їхню якість життя. У зв'язку з цим удосконалення лікування хворих на ЧПЛ є важливою задачею сучасної дерматології.

Встановлено, що ЧПЛ є мультифакторним дерматозом, у патогенезі якого вагому роль відіграють зміни системи імунітету та прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу.

Метою роботи було проаналізувати наслідки комплексного лікування ЧПЛ із застосуванням на тлі стандартної терапії антиоксидантного засобу із вмістом кверцетину, поліензимного препарату та низькоінтенсивної лазерної терапії.

Під спостереженням перебували 124 хворих на ЧПЛ (85 жінок та 39 чоловіків) віком від 24 до 67 років. У 103 (83,1%) пацієнтів діагностовано типову форму ЧПЛ, у 21 (16,9%) – атипів форми дерматозу. Для оцінки ефективності комплексного лікування ЧПЛ визначати показники прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу та окремих показників імунної системи. Групу контролю склали 35 практично здорових осіб подібного статі й віку.

До початку лікування у хворих на ЧПЛ встановлено істотне підвищення показників прооксидантної системи крові, рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та зниження фагоцитарної активності (ФА) і фагоцитарного числа (ФЧ) нейтрофілів. У процесі лікування хворі ЧПЛ були розподілені на 3 групи: I (порівняльну) – 42 хворих, які отримали стандартне лікування; II (порівняльну) – 41 пацієнт, яким додатково призначали антиоксидантний засіб із вмістом кверцетину; III (основну) – 41 хворий, яким призначали комплексну терапію із включенням кверцетину, поліферментного препарату та низькоінтенсивної лазерної терапії (надвненне опромінення крові, лазерний фотофорез). У хворих на ЧПЛ основної групи визначено достовірне ($p < 0,05$) порівняно з початковим рівнем зниження вмісту малонового альдегіду у плазмі і в еритроцитах (відповідно: на 27,9% та 21,3%), сироваткового вмісту фракцій ОМБ E₃₇₀ і ОМБ E₄₃₀ (на 15,8% і 18,1%) та середньомолекулярних пептидів (на 17,6%) за підвищення рівня відновленого глутатіону (на 22,6%) і церулоплазміну (на 13,2%), а також ФЧ (на 47,1%) і ФА (41,9%) за зниження фракцій ЦІК, зокрема середніх розмірів (на 24,8%), рівня TNF- α (1,60 раза) і IL-1 β (в 1,54 раза) за наявності вірогідної різниці більшості показників з їх значеннями після лікування у хворих із груп порівняння, в яких ці показники мали менш виразну тенденцію до нормалізації. Також встановлено, що розроблене комплексне лікування хворих на ЧПЛ достовірно покращує клінічні результати їх лікування з досягненням через 2 міс. після початку лікування більшої частки осіб із клінічним одужанням і значним поліпшенням порівняно з лише поліпшенням (відповідно: 75,6% і



24,4%) відносно частки таких осіб серед хворих, що отримали стандартне лікування (відповідно: 45,2% і 54,8%) чи стандартну терапію у поєднанні з антиоксидантним препаратом (відповідно: 54,7% і 46,3%), а також зменшує частоту рецидивів дерматозу (в 1,7 раз, у групах порівняння – в 1,2 та 1,3 раз) при спостереженні пацієнтів упродовж року.

Отже, запропоноване удосконалене комплексне лікування хворих на ЧПЛ із комбінованим застосуванням на тлі стандартної терапії антиоксидантного засобу із вмістом кверцетину, поліензимного препарату та низькоінтенсивної лазерної терапії сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу, фагоцитозу, фракцій циркулюючих імунних комплексів та досліджуваних цитокінів прозапального спрямування, а також вірогідно покращує клінічні результати лікування таких пацієнтів.

Гулей Л.О.

ЗАКЛЮЧНА ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНІ ДЕРМАТОЗИ З ДИФУЗНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Кафедра дерматовенерології

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”

Останніми роками відзначається тенденція до зростання частоти алергічних захворювань шкіри (АЗШ). За новітніми даними, до 80% випадків АЗШ пов'язані з різноманітними ураженнями шлунково-кишкового тракту (ШКТ), вагоме значення серед яких мають захворювання гепатобіліарної системи (ГБС), у зв'язку з чим є доцільним застосування у цієї групи хворих гепатопротекторів. Зважаючи на те, що домінуючим симптомом при алергодерматозах, який негативно відображається на якості життя пацієнтів та соціальній активності, є свербіж – з метою оптимізації лікування хворих на АЗШ потрібно застосовувати антигістамінні засоби. Метою дослідження було підвищити результати комплексного лікування хворих на алергічні дерматози із супутнім дифузними ураженнями печінки невірусного походження шляхом використання антигістамінного та гепатопротекторного засобів. Під спостереженням перебували 55 хворих на алергічні дерматози (32 чоловіки та 23 жінки), в яких було діагностовано: у 22 (40%) осіб – хронічну екзему, у 12 (22%) осіб – atopічний дерматит, у 9 (16%) осіб – обмежений нейродерміт (за типом простого лишая Відаля), у 8 (15%) осіб – алергічний дерматит та у 4 (7%) осіб – кропив'янку. У 39 пацієнтів захворювання шкіри мало хронічний перебіг (з тривалістю більше року – у 15 осіб, більше 5 років – у 24 особи), у 16 осіб – було діагностовано вперше. Перед початком та в процесі лікування проводилася оцінка клінічного стану хворого. Всіх пацієнтів турбував різкий свербіж, процес на шкірі характеризувався яскравою гострозапальною реакцією (спостерігався виражений набряк, значна гіперемія, наявність значної кількості вузликів, везикул), у випадку гострої екземи – ерозій з явищами мокноття, кірочок та лусочок. Для об'єктивної оцінки ступеня тяжкості клінічних проявів atopічного дерматиту та ефективності лікування використовували індекс SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis). У процесі обстеження у всіх хворих на хронічні алергодерматози було виявлено дифузне ураження печінки невірусного генезу, а також діагностовано супутні, часто комбіновані, захворювання з боку гепатобіліарної системи чи кишкового тракту: у 28 – хронічні гепатити змішаної етіології, у 14 – хронічний панкреатит, у 12 – хронічний холецистит, у 8 – хронічний гастродуоденіт. Хворі на алергічні дерматози із супутніми дифузними ураженнями печінки невірусного походження було розподілено на дві групи: групу порівняння (25 осіб), які отримали стандартне лікування, та основну групу (30 осіб), у схему лікування яких додатково включали: гепатопротектор Еслідін по 2 капсули 3 рази на день протягом одного місяця та антигістамінний препарат Цетрилев по 1 табл. (5 мг) 1 раз на день упродовж 14 днів. Клінічна ефективність запропонованих методів лікування оцінювалася шляхом досягнення позитивних клінічних результатів. Було визначено терміни