

стандартна терапія) 20 хворим на АтД (гіпоалергенне харчування, антигістамінні та мембраностабілізуючі препарати, вітаміни, седативні засоби, місцево – дезінфікуючі, протизапальні та кортикостероїдні препарати) використовували інмунофлам за 30 хв до їжі по 1 капсулі 1 раз на день, запиваючи 0,5 склянкою води протягом 30 днів. Другий курс лікування проводився через тиждень за такою ж схемою, але без інших лікарських засобів для внутрішнього використання. Стандартну терапію без інмунофламу проводили 15 хворим. В результаті проведеного комплексного

лікування з використанням інмунофламу спостерігалась більш виразна позитивна динаміка клінічних проявів (сверблячка шкіри зменшувалась у середньому на 4-5-й, а регресувала – на 11-й день, висипка на шкірі практично повністю регресувала у середньому – на 20-й день (у місцях ліхенізації залишалась незначна гіперпигментація). В порівняльній групі у більшості пацієнтів сверблячка шкіри повністю не зникала, більшість висипки регресувала не раніше ніж через 1,5 місяці від початку лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСОРІАТИЧНОЇ ХВОРОБИ НА ЛЬВІВЩИНІ

І.Я. Возняк, О.О. Сизон, О.Ю. Туркевич

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

За останнє десятиріччя кількість зареєстрованих випадків псоріатичної хвороби (ПХ) у Львівській області зросла майже вдвічі (з 3127 до 5433), динаміка вперше виявленого дерматозу збільшилася на 27,2%. Тому метою даного дослідження було всебічне вивчення особливостей клінічного перебігу ПХ у різних вікових групах. За період з 2007 по 2010 роки нами було проведено обстеження 315 хворих на псоріаз, які знаходились на стаціонарному лікуванні у ЛОШВД. Пацієнтів чоловічої статі зареєстрували більше в 2,5 рази, ніж жіночої, що можна трактувати, як неретельне виконання ними порад лікаря, порушення режиму (вживання алкоголю, паління, емоційні переживання в зв'язку з втратою роботи). Серед хворих мешканців міста було більше, ніж села в 2 рази, причому частота звернень у міських мешканців чоловічої статі більша в 3 рази від відповідної в селі, що говорить за більш часту стаціонарну допомогу мешканцям міста. На наш погляд, їх самолікування засобами реклами приводить до появи резистентних форм ПХ та збільшення площі ураженої шкіри. Найменше хворих виявлено серед пенсіонерів та інвалідів. Можливо, домінуючим у цій ситуації був соціально-економічний фактор. Поширений псоріаз зустрічався у 94,9 %, обмежений – у 5,1 %. У 282 осіб спостерігалася типова форма захворювання, краплевидна – у 12, себореїна – в 6, ексудативна – в однієї особи, псоріатична еритродермія – у 14. Псоріатичну артропатію відмічали в 78 випадків ПХ, у 64 з них рентгенологічно – псоріатичний артрит (ПСА) та деформуючий ПСА, у решти – суглобовий синдром у вигляді псоріатичної енте-

зопатії, підтверджений за допомогою УЗД чи МРТ. Отже, легка форма псоріатичного процесу спостерігалася в 5% випадків, середньої важкості – у 81% хворих і, відповідно, важка – у 14%. Хворих з прогресивною стадією псоріазу було обстежено 198 особи, зі стаціонарною – 115, регресивною – 2. Серед обстежених зимова форма псоріазу була домінуючою – 208 порівняно з 43 випадками літньої та 64 – недиференційованої. Давність захворювання обстежених хворих коливалася в межах від 3 місяців до більше 40 років (33 % випадків – до 5-ти років). Сімейна псоріатична хвороба виявлена у 21% обстежуваних. Серед факторів, які передували первинній появі шкірних проявів захворювання, відмічали: стресові ситуації у 153 випадках, зловживання алкоголем – у 19, мікробно-вірусний чинник – у 63 осіб, ендокринні порушення – у 8, шкідливості виробництва – 2, травму – 5. Причини початку захворювання не вказувало 15 % хворих. Перебіг захворювання у 78,23% чоловік характеризувався схильністю до частих загострень. У 21,01 % осіб не спостерігалось стійкої ремісії тривалий час. У 296 хворих при ретельному зборі анамнезу, а в подальшому, клінічному та лабораторному обстеженні було виявлено широкий спектр супутніх захворювань, 25 чоловік вказували на зв'язок загострень хронічних захворювань травного каналу зі спалахами псоріатичного процесу і навпаки. ПХ в пацієнтів похилого віку (більше 60 років), на відміну від молодшої категорії, характеризувалася більш важким протіканням, затяжними рецидивами (3-4 місяці), вираженими суб'єктивними відчуттями (96,6% до 59,6%), з переважанням

стресових ситуацій, мікробно-вірусної інфекції в якості провокуючих факторів, що вказує на слабкість адаптаційних та імунних процесів в старіючому організмі. У молодих осіб переважав генетично обумовлений псоріаз літнього типу з меншою частотою загострень (54% до 36% у похилих осіб). Серед супутніх захворювань домінуючими були патології травного каналу, серцево-судинної системи, цукровий діабет. Наші спосте-

реження підтверджують, що ПХ продовжує залишатися актуальною медико-соціальною проблемою не лише за показниками захворюваності, а й через більш важкий прогресуючий перебіг хвороби, з нерідко асоційованими захворюваннями органів, що містять сполучну тканину, а, отже, і необхідність пошуку ефективної патогенетичної терапії, яка спрямована на підвищення якості життя пацієнта.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ПОДРОСТКОВ

В.Н. Волкославская, А.Л. Гутнев, А.А. Загорская

ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМНУ»

В последние годы среди подростков наблюдается некоторое увеличение заболеваемости псориазом, что является важной медико-социальной проблемой для будущего здоровья нации Украины. Нами было обследовано 15 подростков, в возрасте 14-18 лет, проживающих в Харьковской области, имеющие следующие диагнозы: псориаз распространенный, прогрессирующая стадия – у 13 больных, ладонно-подошвенный псориаз – у 1 больного, псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, псориазический артрит НФС 0 – у 1 больного. У обследованных подростков отмечалась выраженная сезонность заболевания, наиболее часто встречается «зимняя форма». В анамнезе жизни установлено, что все подростки имели сопутствующую патологию: хронический тонзиллит, хронический гастродуоденит, заболевания желчного пузыря. Наследственная предрасположенность в семьях обследуемых детей практически не прослеживается. Длительность заболевания у пациентов была различная: до 1 года – у 5-ти подростков, 3-4 года – у 5 подростков, 5-8 лет – у 3 подростков, 10 лет – у 1 подростка, с рождения – у 1 подростка. Ремиссии в среднем составляли 1 год. Основными жалобами у пациентов являлись высыпания на коже туловища и конечностей, сильный зуд в очагах поражения. У одного пациента локализация процесса проявлялась исключительно на коже ладоней и стоп, у 4-х детей высыпания также находились на волосистой части головы и сопровождалась интенсивным зудом. У одного подростка 15-ти лет имелись жалобы на спонтанную боль в мелких суставах кистей, правом коленном суставе, усиливающиеся при движениях. Патологический кожный процесс при псориазе волосистой части головы имел вид четко очерченных,

большой частью слившихся очагов с активным слегка возвышающимся краем, покрытые серебристо-белыми чешуйками; некоторые очаги носили эритематозный характер. На коже ладоней имелись типичные эритематозно-сквамозные очаги, некоторые покрытые пластинчатым шелушением. У трех пациентов на ягодицах имелись ярко-красные полосы, состоящие из эритематозно-сквамозных элементов, возникших после механического раздражения. Подростки были обследованы согласно стандартам, включающим клинические, рентгенологические, лабораторные (в том числе иммунологические, биохимические, бактериологические), а также консультированы смежными специалистами. В лечении псориаза пациентам была назначена диета № 15, антигистаминные препараты (цетрин, тавегил, лоратадин), а также использовалось традиционное комплексное лечение: седативные (глицисед, адаптол), вегетотропные препараты (магния сульфат, аспаркам), десенсибилизирующую терапию (30% р-р тиосульфата натрия, препараты кальция), дезинтоксикационную терапию (гемодез, реосорбилакт), энтеросорбцию (полифепан, мультисорб, атоксил), витаминотерапию: витамины группы В, витамины А, Е, С, РР, гепатопротекторы (эссенциале, глутаргин, тиотриазолин, хофитол), биостимуляторы (алоэ вера). Выбор средств для наружного лечения зависел от стадии и формы заболевания: при прогрессирующей стадии была назначена 2% салициловая мазь, карбодерм, который хорошо себя зарекомендовал также при псориазе волосистой части головы. При назначении гормональных препаратов учитывали степень поражения кожи больных, назначали гормональные препараты (элоком С, бетасалик). В лечении применяли эспафлор масло, скин – кап,