

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,

гомеопатическое средство – мазь «Псорикап». При псориазе волосистой части головы облегчение симптомов и достижение косметического эффекта достигали с помощью лосьонов дипросалик, бетасалик, шампуни Кертиол, Фридерм. В комплексном лечении применялась физиотерапия: УФО общее, фонофорез с бетасаликом на очаг поражения; у больного с артритом – фонофорез на область суставов с мазью хондроксид. При выписке всем пациентам рекомендовалось

соблюдать диету, наблюдение и лечение сопутствующих заболеваний. За 1 - 2 месяца до ожидаемого сезонного обострения рекомендовали прием адаптогенов (настойка элеутерококка, лимонника), прием поливитаминов, рыбий жир, препараты нормализующие нервно-психическое состояние (глицин, глицисед). А также использование наружных смягчающих средств (ойлатум, триксер, топикрем, эксипиал гидролосьон).

ВПЛИВ СТАНУ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА НА ТЯЖКІСТЬ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ

С.В.Вольбин, К.Ф. Ващенко, Н.В. Іванюшко-Назарко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

В останні роки дерматологи і косметологи все частіше звертають увагу на проблему взаємозв'язку захворювань шкіри і органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Багаточисельні клінічні та мікробіологічні дослідження підтверджують зв'язок патології ШКТ і дисбактеріозу кишечника з запальними захворюваннями шкіри. Нами проведені дослідження впливу мікробіоценозу кишечника на тяжкість прояву вугрової хвороби (ВХ). Результати проведених досліджень показали, що у хворих на ВХ спостерігається зменшення вмісту біфідобактерій, лактобактерій, суттєво менший вміст кишкової палички (КП), стафілококів. В той же час відмічається більший вміст КП з ферментними властивостями, умовно патогенних ентеробактерій; ентерококів; збільшується вміст дріжджових грибів р. *Candida*. При аналізі залежності тяжкості захворювання від стану порушення мікробіоценозу кишечника встановлено, що у хворих на ВХ I ступеня тяжкості спостерігається незначне порушення мікрофлори кишечника, в основному, відмічається дисбактеріоз I ступеня (у 83,78%); у 5,41% – дисбактеріоз II ступеня. З ускладненням захворювання спостерігається і більш значне порушення мікрофлори кишечника. Так, у хворих на ВХ III ступеня тяжкості спостерігається дисбактеріоз III і IV ступеня (у 60,87% – дисбактеріоз III ступеня і у 21,74% – дисбактеріоз IV ступеня); у хворих на ВХ

IV ступеня тяжкості спостерігається дисбактеріоз III ступеня у 37,5% і у 50% – IV ступеня. Таким чином, результати проведених досліджень мікрофлори кишечника дозволили зробити висновок, що порушення мікробіоценозу кишечника сприяє вугровій хворобі. Найбільш часто спостерігається зменшення вмісту бактерій нормальної мікрофлори (дисбактеріоз I ст.) – дефіцит кишкової палички, біфідобактерій і лактобактерій (практично у всіх досліджуваних пацієнтів). Зниження кількості біфідобактерій супроводжується ростом і розвитком умовно-патогенних мікроорганізмів, що є ознакою глибинних дисбіотичних порушень (дисбактеріоз II та III ст.). Дефіцит нормофлори ускладнюється більш важким протіканням вугрової хвороби, тривалим протіканням захворювання, торпідністю до проведеного лікування. У зв'язку з цим при лікуванні хворих на ВХ, особливо з захворюваннями органів травлення в анамнезі, необхідно враховувати склад мікрофлори кишечника і включати у лікувальний комплекс засоби, які сприяють поновленню порушеного мікробіоценозу кишечника, що, у свою чергу, буде сприяти ліквідації мікронутрієнтного і вітамінного дефіциту, поновленню моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту, функціональної активності печінки та імунної системи.