

- и лечения этих больных / Г.М. Беляев // Дерматол. и венерол.— 2010.— № 1 (47).— С. 7—30.
4. Волкославська В.М. Деякі мікроелементи у хворих на псоріаз та тактика лікування / В.М. Волкославська // Практ. медиц.— 2006.— Т. 12, № 2.— С. 76
5. Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике / В.В. Меньшиков. – М. : Медицина. – 1987. -365с.
6. Потемкина Е.Е. Пособие по лабораторной клинической иммунологии с курсом практических занятий / Е.Е. Потемкина, Р.З. Позднякова, Л.М. Манукян -М.: 2003 -283 с.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКИМ ПСОРИАЗОМ, АССОЦИИРОВАННИМ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

А.Д.Дюдюн, Н.М.Полион, Н.М.Колева, Л.Х.Али

В работе представлены показатели основных структур иммунной системы у больных артропатическим псориазом, которые необходимо учитывать при назначении комплексного лечения этой категории пациентов.

FEATURES OF THE IMMUNE SYSTEM IN PATIENTS ARTROPATICHESKOM ASSOCIATED WITH UROGENITAL INFECTIONS

A.D.Djudjun, N.M.Polion, N.M.Koleva, L.H.Ali

The paper presents the basic structures of the immune system in patients artropaticheskomo to consider the appointment of a comprehensive treatment of this category of patients.

УДК 616.5-002.525.2-036.1-08

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДИСЕМІНОВАНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКУ

О.І.Денисенко, Л.О.Гулей

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: червоний вовчак дисемінований, клініка, лікування.

Вступ.

Червоний вовчак – автоімунне захворювання сполучної тканини з мультифакторним етіопатогенезом, розвитком фі-

бриноїдної дистрофії сполучної тканини, що проявляється на шкірі еритемою, фолікулярним гіперкератозом й атрофією [1, 6]. Відповідно до клінічного перебігу, червоний вовчак поділяють на системну та шкірну (хронічну) форми [2, 8], при цьому розрізняють наступні клінічні різновиди шкі-

рної (хронічної) форми захворювання: дискоїдний (дисковидний) та дисемінований червоний вовчак, відцентрову еритему Бієтта (поверхнева форма) та глибокий червоний вовчак Капоши-Ірганга [4, 5, 9].

За даними сучасних досліджень, етіопатогенез хронічного червоного вовчаку є складним, поліфакторним, за участю як екзогенних (інсоляція, штучне УФО) та ряду ендогенних чинників, серед яких вирізняють генетичні, нейроендокринні, імунні, метаболічні та інші розлади [1, 7]. Встановлено, що у розвитку дерматозу вагому роль відіграє автоімунне запалення, яке часто індукується фототоксичним впливом ультрафіолетового випромінювання. Фотошкодження шкіри також активує процеси ліпопероксидації, зумовлює дисбаланс оксидантно-антиоксидантного гомеостазу, надлишкове утворення кератиноцитами та імунними клітинами про- й протизапальних цитокінів, які викликають і підтримують хронічне запалення в дермі з проявами мукоїдної дегенерації й деполімеризації основної речовини сполучної тканини з відкладанням в уражених ділянках фібриноїду. У хворих на хронічний вовчак часто виявляють зміни ендокринної регуляції (пригнічення надниркових залоз, дисфункцію статевих та інших залоз), а також метаболічні порушення (зміни білкового, жирового, вуглеводного обміну) тощо [2, 4, 10]. Перебіг шкірних форм червоного вовчаку є хронічним. При дискоїдному червоному вовчаку характерною є стадійність клінічних проявів на шкірі у вигляді еритеми, фолікулярного гіперкератозу та атрофії. Після проходження всіх стадій сформовані вогнища представляють пляшку у вигляді диску з трьома зонами: центральною (представлена атрофією), інфільтративно-гіперкератотичною (із лущенням на поверхні) та периферійною еритематозною (зона росту, яка не вкрита лусочками). За рахунок фолікулярного гіперкератозу визначаються позитивні симптоми Бенше-Мещерського та “каблучка”, які мають важливе значення для діагностики дискоїдного червоного вовчаку [1]. Для дисемінованого червоного вовчака характерним є чисельні розсіяні дискоїдні

вогнища на шкірі обличчя, шиї, тулуба та інших ділянок. Одночасно можуть виникати еритематозні вогнища із синюшним відтінком без вираженої інфільтрації й гіперкератозу на пальцях рук, ніг, колінах. При локалізації процесу на волосистій частині голови в зоні атрофії волосся випадає без наступного відростання. У пацієнтів із дисемінованим червоним вовчаком можуть спостерігатися загальні явища (періодичний субфебрилітет, прискорена ШОЕ, лейкопенія, артралгії тощо) [4, 9]. Лікувальна програма хворих на хронічний червоний вовчак, згідно “Протоколу надання медичної допомоги хворим на червоний вовчак” [6], передбачає раціональний догляд за шкірою, застосування препаратів системної і топічної дії, а також раціональне працевлаштування. Пацієнтам протипоказана інсоляція й УФО, а також робота, пов’язана з подразнюючими речовинами, у гарячих цехах. Хворим рекомендують застосовувати фотозахисні засоби з індексом захисту (SPF) – 60-100, які наносять на відкриті ділянки тіла перед виходом на вулицю, аплікації оновлюють кожні дві години [6, 8]. Системна терапія хронічних форм червоного вовчаку включає призначення амінохінолінових препаратів (хлорохін та ін.), засобів, що покращують периферичний кровообіг (пентоксифілін, ксантинолу нікотинат), комплексонів (унітіол та ін.), гепатопротекторів (есенціальні фосфоліпіди, тіотріазолін), вітамінних препаратів (групи В, А, Е, С, РР). У випадку тяжкого перебігу дерматозу, його дисемінованій формі, хворим призначають системні глюкокортикоїдні засоби (в комбінації з амінохіноліновими препаратами) [1, 6]. Водночас є дані щодо оптимізації лікування хронічного червоного вовчаку шляхом застосування на тлі базової терапії протизапального та метаболічних засобів (диметилсульфон, глутаргін, магнерот) [7]. Хворим на хронічний червоний вовчак також рекомендують прийом антиоксидантів та препаратів, які посилюють меланогенез, з метою фотозахисту та зменшення процесів пероксидації [2, 11]. Зовнішнє лікування хронічних форм червоного вовчаку передбачає призначення нефторованих глюкокортико-

їдних кремів і мазей, що містять мометазону фуроат, метилпреднізолону ацепонат, гідрокортизону-17-бутират [1, 6]. Водночас є дані щодо доцільності та ефективності призначення хворим на хронічний червоний вовчак 5% крему R-сальбутомолу [11], а також топічних інгібіторів кальциневрину [10]. Разом з тим, не зважаючи на існуючі схеми і методи терапії, лікування таких пацієнтів не завжди є достатньо ефективним, яке забезпечувало б швидкий клінічний ефект та попереджувало б розвиток рецидивів даного дерматозу.

Мета роботи.

Покращити ефективність лікування дисемінованого червоного вовчаку шляхом застосування на тлі базової терапії поліензимного й вітамінно-елементного комплексів, а також поетапного призначення кортикостероїдних мазей та топічного інгібітора кальциневрину.

Матеріал і методи.

Під спостереженням був пацієнт 53 років, який отримував лікування та перебував на диспансерному обліку в КМУ “Чернівецький обласний ШВД” з діагнозом: дисемінований червоний вовчак.

Результати та їх обговорення.

На консультативний прийом звернувся хворий С., 53 років, мешканець одного з сіл Чернівецької області.

Хворий пред’являв *скарги* на наявність висипки на шкірі обличчя, волосяної ділянки голови і тулуба, яка з’явилася після довгого перебування на сонці і супроводжується відчуттям поколювання та незначним свербіжем. Пацієнт також скаржився на випадіння волосся на волосній ділянці голови.

При з’ясуванні даних *анамнезу* встановлено, що пацієнт захворів вперше рік тому назад, коли після перебування на сонці з’явилася висипка на шкірі обличчя й тулуба, з приводу чого звернувся за місцем проживання до лікаря-дерматолога, який виставив діагноз: фотодерматит. Хворий отримав декілька курсів амбулаторного лікування, яке призводило лише до короткочасного покращання клінічних проявів на шкірі. Після того, як кількість висипки збільшилася, процес поширився

на шкіру волосяної ділянки голови і з’явилися вогнища облісіння, хворий звернувся на консультацію до лікаря-дерматовенеролога обласного шкірно-венерологічного диспансеру. Погіршення перебігу захворювання відмічає після тривалого перебування на сонці.

Місцевий статус.

Патологічний процес має розповсюджений характер і локалізується на шкірі обличчя, задньої поверхні шиї, верхньої частини спини з переходом на плечовий пояс зліва та на лівій тім’яній ділянці волосяної ділянки голови. На шкірі щік, задньої поверхні шиї та верхньої частини спини відзначаються чисельні дрібні еритематозні плями та бляшки рожево-червоного кольору, на поверхні яких розташовані сірувато-білі лусочки, які міцно прикріплені до поверхні бляшок, а також помітні телеангіектазії, поодинокі петехії та ділянки атрофії. При знятті лусочок піщетом відзначаються позитивні симптоми Бенъе-Мещерського й “каблучка”. На шкірі лівої тім’яної ділянки волосяної частини голови відмічається вогнище облісіння округлої форми діаметром 5 см, шкіра у вогнищі гіперемована, по периферії з помірними проявами інфільтрації й незначним лущенням, а в центрі – з ознаками атрофії, де шкіра потоншена, бліда, волосяні фолікули відсутні.

Хворому було призначено лабораторне та інструментальне дослідження. Загальний аналіз крові: еритроцити – $3,1 \times 10^{12}$ /л, Hb – 120 г/л, лейкоцити – $4,1 \times 10^9$ /л, тромбоцити – 320×10^9 , еозинофіли – 3%, паличкоядерні нейтрофіли – 6%, сегментоядерні – 44%, лімфоцити – 43%, моноцити – 4,0%, ШОЕ – 16 мм/год. LE-клітини відсутні. Аналіз крові на КСР, гепатити В і С, на ВІЛ-інфекцію – негативні. Біохімічний аналіз крові: загальний білірубін – 13,0 мкмоль/л, прямиий білірубін – 3,4 мкмоль/л, непрямиий білірубін – 9,6 мкмоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, загальний білок – 75 г/л, альбуміни – 46 г/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, АЛТ – 11 ОД/л, АСТ – 16 ОД/л. Ревматологічний комплекс (С-реактивний білок, антистрептолізин, антигіалуронідаза, ревматоїдний

фактор, сіалові кислоти) – без відхилень від норми. Загальний аналіз сечі – у межах норми. Під час УЗД дослідження виявлено УЗД-ознаки хронічного холецистопанкреатиту, дифузних змін нирок та дифузного зобу I ст. Патологічних змін з боку кістково-суглобової системи не виявлено. Хворого було проконсультовано суміжними фахівцями з метою виключення системного захворювання.

На підставі даних анамнезу, клінічної картини, даних лабораторних методів досліджень та консультації суміжних фахівців хворому встановлено діагноз: Дисемінований червоний вовчак. Хворому було призначено базове лікування дерматозу, яке включало: системний глюкокортикоїдний засіб (преднізолон з початковою дозою – 40 мг); амінохіноліновий препарат (делагіл – за загальноприйнятою схемою); аспаркам; гепатопротектор (тіотріазолін); вітамінні препарати (мільгама, аевіт) та комплексний препарат цитофлавін, до складу якого входить ксантинолу нікотинат. Додатково до базової терапії хворому призначали поліензимний засіб (вобензим) та вітамінно-елементний препарат (аскоцин). До складу поліензимного засобу “Вобензим” входять високоактивні ферменти тваринного (панкреатин, хімотрипсин, трипсин, амілаза) і рослинного походження (папаїн, бромелаїн, рутин), які виявляють протизапальну, протинабрячну, антиокисну, антиоксидантну та імунокорегуючу дію, обмежують патологічні прояви аутоімунних процесів, покращують мікроциркуляцію та прискорюють розсмоктування запальних процесів в осередках запалення тощо [3]. До складу аскоцину входять аскорбінова кислота та цинк, які виявляють протизапальну й антиоксидантну дію, покращують живлення та ріст волосся тощо. Місцево хворому призначали: на вогнища на шкірі обличчя і волосяної ділянки голови – мазь елоком, на тулуб – мазь бетаса-

лік. Після зменшення гострозапальних та іфільтративних проявів у вогнищах хворому призначали топічний інгібітор кальциневрину – 0,1% мазь протопік. Курс лікування в цілому склав 30 днів.

Наприкінці курсу комплексної терапії дерматозу у пацієнта відзначено позитивну клінічну динаміку, суб’єктивні відчуття вирішилися, висипка на шкірі обличчя й тулуба поступово регресувала, хворого було виписано в стані значного покращання з наданням лікувально-профілактичних рекомендацій, зокрема продовжити наносити на вогнища ураження мазь протопік.

Через місяць хворому було проведено наступний курс лікування із застосуванням делагілу, цитофлавіну, аевіту, вобензиму та аскоцину, після чого було відмічено регрес висипки на шкірі обличчя, шиї і тулуба, а також початковий ріст довгого депігментованого, надалі – пігментованого волосся по периферії вогнища обличчя на волосяній ділянці голови зі збереженням осередку атрофії й алопеції в центральній зоні вогнища. Після завершення повторного курсу лікування було рекомендовано продовжити місцеву терапію з використанням топічного інгібітора кальциневрину – 0,1% мазі протопіка (двічі на тиждень, один раз на добу), що сприяло подовженню терміну клінічної ремісії дерматозу впродовж подальших 7 місяців спостереження за пацієнтом.

Висновок.

Застосування в комплексному лікуванні дисемінованого червоного вовчаку поліензимного (вобензим) і вітамінно-елементного засобів (аскоцин) та поетапного призначення топічних кортикостероїдів й інгібітора кальциневрину (протопік) дозволяє досягнути позитивної динаміки у вогнищах ураження шкіри та на волосяній ділянці голови, а також сприяє подовженню стану ремісії дерматозу.



Фото 1, 2. Хворий С., 53 р. Діагноз: Дисемінований червоний вовчак.



Фото 3, 4. Хворий С., 53 р. Діагноз: Дисемінований червоний вовчак.

Список літератури

1. Айзятупов Ю.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии : иллюстрированное руководство / Ю.Ф. Айзятупов. – Донецк : Каштан, 2010. – 559 с.
2. Белик И.Е. Выбор метода метаболической терапии при хронической красной волчанке / И.Е. Белик, Мукабел Отейба // Питання експериментальної та клінічної медицини. Вип. 16. – 2012. – Т.2. – С. 95-100.
3. Денисенко О.І. Застосування поліензимного засобу в комплексному лікуванні трихомікозів / О.І. Денисенко, О.В. Єрошкіна // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2011. – № 1(40). – С. 75-77.
4. Дерматологія, венерологія : підручник // Під ред. проф. В.І. Степаненка. – К. : КІМ, 2012. – 848 с.
5. Кутасевич Я.Ф. Уніфікована оцінка ступеня тяжкості хронічного червоного вовчака / Я.Ф. Кутасевич, В.В. Савенкова // Дерматологія та венерологія. – 2010. – № 4(50). – С. 18-22.
6. Наказ МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р. “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання”.
7. Савенкова В.В. Новий комплексний метод терапії хворих на хронічний червоний вовчак із застосуванням протизапального препарату та метаболічних засобів / В.В. Савенкова // Дерматологія та венерологія. – 2011. – № 2(52). – С. 15-22.

8. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Report of a Task Force of EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics // Ann. Rheum. Dis. – 2008. – Vol. 67. – P. 195-205.
9. Grönhagen C.M. Cutaneous lupus erythematosus : an update / C.M. Grönhagen, F. Nyberg // Indian. Dermatol. Online J. – 2014. – Vol. 5, № 1. – P. 7-13.
10. Sardy M. Topical calcineurin inhibitors in cutaneous lupus erythematosus / M. Sardy, T. Ruziska, A.Kuhn // Arch. Dermatol. Res. – 2009. – Vol. 301, № 1. – P. 93-98.
11. Wulf H.C. Discoid and subacute lupus erythematosus treated with 0,5% R-salbutamol cream / H.C. Wulf, S. Ullman // Arch. Dermatol. – 2007. – № 143(12). – P. 1589-1590.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИССЕМНИРОВАННОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

О.И.Денисенко, Л.О.Гулей

В статье представлен клинический случай диссеминированной красной волчанки с поражением кожи лица, волосистой части головы, туловища и результаты комплексного лечения больного с применением на фоне базисной терапии полиэнзимного и витаминно-элементного комплексов, а также поэтапного использования кортикостероидных мазей и топического ингибитора кальциневрина.

CLINICAL CASE OF DISSEMINATED LUPUS ERYTHEMATOSUS

O.I.Denisenko, L.O. Hulei

The article presents a clinical case of disseminated lupus erythematosus with lesions on the face, hairy part of the head, body and the results of multimodality treatment using against a background of polienzym and vitamin-element complexes basic therapy, as well as the gradual use of corticosteroid ointments and topical calcineurin inhibitors.

УДК 616.5-08-031.84+615.454.1+615.262.2/3

ПРЕПАРАТЫ РЕАНИМАТОР ТЕРМО-ГЕЛЬ СОГРЕВАЮЩИЙ И РЕАНИМАТОР КРИО-ГЕЛЬ ОХЛАЖДАЮЩИЙ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Р.Ф.Айзятулов, Я.А.Полях, Н.В.Ермилова

Донецкий национальный медицинский университет им.М Горького

Ключевые слова: топические глюкокортикостероиды, побочные эффекты, реаниматор термо-гель согревающий, реаниматор крио-гель охлаждающий, состав, кожные болезни, лечение.

Актуальность темы. В настоящее время в арсенале врачей практического здравоохранения имеется большое количество медикаментозных препаратов широ-