## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису

*Аль Рамлаві Хішам Джаміль*

УДК 616-08 + 616.517 + 612.017

**КЛІНІКО** – **ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ**

 **НОВИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПСОРІАЗУ З АНАЛІЗОМ ДИНАМІКИ**

**ПСИХО – СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ХВОРИХ**

14.01.20 – шкірні та венеричні хвороби

Дисертація

на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

# Науковий керівник

Буянова Олександра Василівна

доктор медичних наук, професор

Івано-Франківськ – 2008

### ЗМІСТ

**Стор.**

#### **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ,** **СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,**

#### **СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ** 4

#### **ВСТУП** 5

**РОЗДІЛ 1.** ***ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ*** 14

**1.1.** Етіопатогенез та розповсюдженість псоріазу 14

**1.2.** Стан перекисного окислення ліпідів та антиоксидантної

системи захисту організму при псоріазі 29

**1.3.** Стан психо-соціальної адаптації у хворих на псоріаз 36

**1.4.** Методи лікування та профілактики псоріазу 37

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ 46

**2.1.** Матеріали та методи дослідження клінічного обстеження

хворих на псоріаз 46

**2.1.1.** Визначення індексу PASI 47

**2.1.2.** Дослідження психо-соціального статусу пацієнтів,

хворих на псоріаз 52

**2.2.** Методи дослідження 57

**2.2.1.** Визначення показників перекисного окислення

ліпідів, показників антиоксидантної системи

організму в обстежуваних осіб 57

**2.2.2.** Визначення рівнів деяких печінкових ферментів 61

**2.3.** Статистична обробка результатів дослідження 62

**РОЗДІЛ 3.** ***КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА***

***ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ (ДО ЛІКУВАННЯ)*** 63

**3.1.** Клініко-епідеміологічна характеристика обстежених хворих 63

**3.2.** Стан психоемоційного статусу пацієнтів 72

**3.3.** Стан показників перекисного окислення ліпідів та показників антиоксидантної системи захисту організму 75

**3.4.** Рівні показників деяких ферментів печінки в обстежених

 хворих на розповсюджений псоріаз 78

**РОЗДІЛ 4.** ***КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА***

***ПАЦІЄНТІВ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ПСОРІАЗ (ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ)*** 85

**4.1.** Клінічна ефективність запропонованого комплексного

лікування та традиційною терапією (ТТ) 85

**4.2.** Динаміка стану психо-емоційного статусу під впливом

застосованого комплексного лікування

псоріазу 90

**4.3.** Динаміка показників перекисного окислення ліпідів

та антиоксидантної системи захисту 96

**4.4.** Зміна деяких ферментів печінки в обстежених хворих на

розповсюджений псоріаз під впливом лікування 105

**РОЗДІЛ 5. *АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ***

***ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ*** 116

**ВИСНОВКИ** 139

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ** 142

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ** 143

#### **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ,** **СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,**

##### СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

**АлаТ** – аланінамінотрансфераза

###### АОСЗ – антиоксидантна система захисту

**Арг** – аргіназа

###### АсаТ – аспартатамінотрансфераза

###### КГ – контрольна група

###### ДК – дієнові кон’югати

**КарбАнг** – карбоангідраза

**Кат** – каталаза

**ЛДГ** – лактатдегідрогеназа

**МА** – малоновий альдегід

**ПЕС** – психоемоційний стан

**ПОЛ** – перекисне окислення ліпідів

**ПХ** – псоріатична хвороба

**РП** – розповсюджений псоріаз

###### СДГ – сорбітолдегідрогеназа

**Трансф** – трансферин

###### ТТ – традиційна терапія

**ТТ+К і Д** – традиційна терапія в поєднанні з Кардонатом і Дарсілом

**ХвП** – хворі на псоріаз

**ХЕ** – холінестераза

**ЦерПл** – церулоплазмін

**ВСТУП**

**Актуальність теми**

Псоріаз – один з найбільш розповсюджених [29], хронічно рецидивуючих дерматозів, що морфологічно характеризується порушенням проліферації та диференціювання кератиноцитів та клінічно проявляється розвитком висипань у вигляді папул, які після злиття утворюють бляшки, із розвитком крупнопластинчатого лущення та свербінням в ділянці висипань, віковою еволюцією клінічної картини, гіперчутливістю до багатьох імунних та неімунних подразників [23, 25]. Значна розповсюдженість захворювання, хронічний, часто складний перебіг патологічного процесу, недосконалість сучасних методів лікування, неповна інформація про етіологічні та патогенетичні аспекти змушують визнати псоріаз однією з найбільш важливих проблем дерматології [36, 78].

Широке розповсюдження псоріазу, багаторічний його перебіг з рецидивами й ремісіями, часто малоефективне лікування обумовлюють необхідність пошуку й розробки сучасних патогенетичних ланок даної патології для обґрунтування профілактичних і нових лікувальних заходів [47].

На теперішній час вітчизняні та зарубіжні науковці-дерматовенерологи продовжують активно досліджувати нез’ясовані проблеми псоріазу, зокрема з’ясування ролі окремих ланок патогенезу в механізмі виникнення цього захворювання, диференційна діагностика атипових форм хвороби, пошук і застосування нових ефективних засобів його лікування [65, 76, 78, 79, 144, 146].

Певне значення в етіопатогенезі псоріазу надають порушенню мітотичної активності і процесів дифе­ренціювання епідермоцитів. Серед чинників, які бе­руть участь у регуляції цих процесів, вказується на стан клітинних і внутрішньоклітинних мембран. У мо­дифікації мембран значну увагу надають перекисному окисненню ліпідів. В останні десятиріччя проведено низку досліджень з вивчення ліпідних показників (хо­лестерин, загальні фосфоліпіди, жирні кислоти) у кро­ві та шкірі хворих на псоріаз. Разом з тим лишаються не повністю вивченими якісні та кількісні зміни ви­щих жирних кислот у організмі хворих на псоріаз. Ос­кільки вищі жирні кислоти, що є структурними елементами біологічних мембран, одночасно відіграють роль основних субстратів процесу вільнорадикального окиснення, визначення їхніх якісних і кількісних змін, можна використовувати як інформативний діагностичний тест для вчасної індивідуалізованої корек­ції терапії псоріазу.[83]

Результати досліджень проведених у останні роки значно розширили уявлення про патогенез псоріазу. Ряд авторів встановили наявність значних змін метаболічних процесів у організмі хворих на цей дерматоз. Доведено також [67] вирішальну роль запальних, імунологічних та гіперпроліферативних процесів в патогенезі псоріазу. Разом з тим, першопричина й певні механізми його розвитку залишаються невстановленими; жоден з існуючих методів лікування цього дерматозу не дає змоги досягти повного видужання і не є універсальним, однаково ефективним для всіх хворих.

За даними експертів ВООЗ, у світі нараховується близько 200 млн хворих на псоріаз і кількість їх постійно зростає. У розвинутих країнах на псоріаз страждає 1,5-2% населення [67, 54].

Переважна більшість провідних вітчизняних та зарубіжних вчених псоріаз на сучасному етапі розглядають як первиннохронічний дерматоз мультифакторної природи, що розвивається внаслідок взаємодії ряду генетичних факторів, негативних зовнішніх та внутрішніх чинників. При цьому порушуються імунорегуляторні механізми епідермальної проліферації, надмірний патологічний стан якої може бути пов’язаний з багатьма змінами, що розвиваються в організмі хворої на псоріаз людини [109, 110, 112]. Проблема псоріазу є актуальною не тільки для дерматологів, але і для лікарів інших спеціальностей. Доведено, що псоріаз є системним процесом, який уражає різні органи та системи. З огляду на це, доцільним є застосування терміна “псоріатична хвороба”(ПХ) [67].

Результати численних досліджень різних аспектів псоріатичної хвороби підтверджують провідну роль імунних порушень у патогенезі зах­ворювання з первинним залученням у процес си­стеми *Т*-лімфоцитів. Доказом того, що ак­тивовані СD4+ клітини є центральною ланкою па­тогенезу псоріазу, служить позитивний вплив на його перебіг препаратів моноклональних антитіл до СD4+ клітин[100].

За даними О.В. Коляденко при псоріазі має місце підвищення в крові рівнів СD4+, СD8+, СD22+, NК (СD16+). Відзначено зв'язок підви­щеного рівня активованих *Т*-лімфоцитів у хворих на псоріаз з виразністю клінічних проявів. Також визначено зв'язок імунних показників із тривалі­стю й віком хворих на цей дерматоз.

На сучасному етапі існує безліч методів, методик та засобів лікування, яке при псоріазі повинно бути комплексним і враховувати вплив на організм кожного пацієнта призначених лікарських середників. При цьому поєднують ліки для системного й місцевого застосування [8, 108].

Проблема етіології, патогенезу та лікування псоріазу, торпідність його перебігу, зростання захворюваності протягом останніх років, і особливо тяжких за перебігом клінічних форм захворювання (псоріатична еритродермія, псоріатична артропатія, пустульозний псоріаз), спонукає вчених постійно приділяти увагу вивченню даного дерматозу з метою подальшого вдосконалення існуючих та розробки нових методів лікування, із урахуванням їх впливу на клінічні, біохімічні та імунологічні порушення, що трапляються у хворих на псоріаз [39, 74].

Стратегія лікування хворих на псоріаз залежить від багатьох індивідуальних чинників. Не всі хворі на псоріаз мають симптоматику, яка потре­бує обов’язкового термінового лікування (свербін­ня, болючі тріщини, еритродермія, пустульозний псоріаз тощо). Головна причина звернення біль­шості таких пацієнтів до лікаря — неприємний виг­ляд їхньої шкіри та пов’язані з цим соціальні обмеження[48].

Системність захворювання підтверджується широким спектром супутньої патології, тому іноді складно з’ясувати, що є причиною, а що – наслідком [106].

Особливу цікавість становить вивчення показників перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантної системи захисту (АОСЗ). Відомо, що ранні зміни при псоріазі виникають через порушення мембранного апарату навідного типу клітин. Дестабілізація мембран призводить до функціональних порушень як клітин, так і організму загалом. Одним з найбільш розповсюджених механізмів деструкції мембранних структур є посилення ПОЛ, яке має важливе патогенетичне значення в розвитку псоріазу. Посилення ПОЛ та зниження активності АОСЗ зумовлює значну зміну фізико-хімічних властивостей мембран, що супроводжується підвищенням проникливості їх і виходом ферментів із субклітинних структур [67], а також пошук нових ефективних середників для лікування.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами**

Дослідження є фрагментом планової науково-дослідницької роботи кафедри шкірних та венеричних хвороб Івано-Франківського державного медичного університету протягом 2001 – 2006 – “Розробка нових методів діагностики та лікування нейродерматозів, псоріазу та поєднаної урогенітальної інфекції” (Державний реєстраційний № 0104U008450). Дисертант в комплексній темі виконував окремі фрагменти.

**Мета дослідження**

Підвищення ефективності лікування хворих на розповсюджений псоріаз на основі вивчення клініко-патогенетичних особливостей перебігу, динаміки психо-соціальної адаптації, стану перекисного окислення ліпідів, антиоксидантної системи крові та рівнів деяких печінкових ферментів.

**Завдання дослідження**

Для досягнення обраної мети дослідження поставлено наступні завдання:

1. Провести комплексне клініко-лабораторне обстеження 120 хворих на розповсюджений псоріаз до лікування, а також через місяць після завершення курсу терапії згідно запропонованого нами удосконаленого методу та після традиційного курсу лікування; вивчити певні особливості клінічного перебігу розповсюдженого псоріазу на сучасному етапі у хворих на цей дерматоз мешканців передгірських та гірських районів Івано-Франківської області, зокрема, з урахуванням виникнення рецидивів захворювання у різні сезони року.
2. Вивчити стан психо-соціальної адаптації пацієнтів, що страждають на розповсюджений псоріаз, з використанням спеціально розроблених анкет, які включають визначення якості професійного, сімейного життя, дозвілля та інших аспектів побуту пацієнта до лікування, а також через місяць після завершення курсу терапії згідно запропонованого нами удосконаленого методу та після традиційного курсу лікування.
3. Вивчити стан ПОЛ та АОСЗ (активність церулоплазміну, каталази, насиченість трансферину, активність карбоангідрази, малонового альдегіду, дієнових кон’югатів) до лікування та через місяць після лікування за нашою методикою та традиційною терапією (ТТ).
4. Вивчити рівні деяких печінкових ферментів: аланінамінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, холінестераза, сорбітолдегідрогеназа, аргіназа, лактатдегідрогеназа до лікування та через місяць після лікування за нашою методикою та традиційною терапією (ТТ).
5. З урахуванням результатів проведених досліджень розробити удосконалений, патогенетично обґрунтований метод лікування хворих на розповсюджений псоріаз та запровадити його в практику роботи профільних дерматовенерологічних закладів України.

**Об’єкт дослідження**

120 хворих на розповсюджений псоріаз та 30 практично здорових осіб (контрольна група).

**Предмет дослідження**

Гладка шкіра та волосиста частина голови, показники стану психоемоційної адаптації, біохімічні показники у хворих на розповсюджений псоріаз до лікування та через місяць після лікування за розробленою нами методикою і традиційною терапією (ТТ).

**Методи дослідження**

**1.** Клінічне обстеження хворих на розповсюджений псоріаз з використанням спеціально розроблених анкет, які включають визначення скарг, анамнезу захворювання, анамнезу життя, об’єктивне обстеження (методом бальної оцінки – індексу PASI), а також якості професійного, сімейного життя, дозвілля та інших аспектів побуту пацієнта.

**2.** Загально-клінічні лабораторні обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі та копрограма).

**3.** Визначення за допомогою біохімічних методів показників перекисного окислення ліпідів та антиоксидантної системи крові (активність церулоплазміну, каталази, насиченість трансферину, активність карбоангідрази, малонового альдегіду, дієнових кон’югатів) до лікування та через місяць після лікування за нашою методикою та традиційною терапією (ТТ).

1. Визначення за допомогою біохімічних методів рівнів деяких печінкових ферментів: аланінамінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, холінестераза, сорбітолдегідрогеназа, аргіназа, лактатдегідрогеназа до лікування та через місяць після лікування за нашою методикою та традиційною терапією (ТТ).

Наукова новизна отриманих результатів

Вперше шляхом застосування спеціального анкетування у обстежених хворих на розповсюджений псоріаз жителів гірських та передгірських районів Івано-Франківської області встановлено наявність психоемоційних порушень різної ступені важкості у пацієнтів всіх вікових груп. При цьому найбільш виражений вплив на психо-соціальний стан реєструвався серед осіб молодого та середнього віку (від 16 до 40 років). Доведено, що відповідні психо-емоційні порушення були зумовлені негативним впливом наявності псоріазу на професійну активність, побутове життя та взаємовідносини з оточуючими, що, в свою чергу, суттєво знижувало якість життя хворих. З урахуванням встановлених у обстежених хворих що розповсюджують псоріаз різної ступені важкості психо-емоційних порушень розроблено комплексні індивідуальні заходи (бесіди з хворими при потребі залучення психолога, оптимізація роботи та відпочинку, медикаментозне лікування), спрямовані на психо-соціальну адаптацію пацієнтів та встановлено їх позитивний вплив на динаміку лікування.

Клініко-лабораторними дослідженнями хворих на псоріаз виявлено достовірні порушення печінкових ферментів в системах ПОЛ/АОС, які корегували з розладами психо-соціальної адаптації пацієнтів.

Науково обгрунтовано застосування в комплексному лікуванні псоріазу вітчизняного препарату “Дарсил”, який містить містить 0,035 г сілімарину з плодів розторопші плямистої та “Кардонат”, дія якого зумовлена синергічними ефектами, які входять в склад його компонентів.

Практичне значення отриманих результатів

Для закладів охорони здоров’я дерматологічного профілю запропоновано патогенетично обґрунтований, безпечний у використанні, з відсутніми побічною дією та ускладненнями метод лікування хворих на розповсюджений псоріаз.

Проведені дослідження дозволили встановити, що застосування розробленої нами методики для лікування розповсюдженого псоріазу призводить до більш швидкої позитивної динаміки клінічної симптоматики та стану психо-соціальної адаптації, а також нормалізації показників ПОЛ, АОСЗ і деяких печінкових ферментів.

Розроблений метод лікування розповсюдженого псоріазу доступний для широкого впровадження в практику дерматологічних закладів. Проведені дослідження дадуть змогу лікарям-практикам поглибити знання про деякі показники ПОЛ, АОСЗ та печінкових ферментів у розвитку та перебігу розповсюдженого псоріазу.

Розроблений метод лікування запроваджений у роботу Івано-Франківського обласного дерматовенерологічного диспансеру, Коломийського міжрайонного дерматовенерологічного диспансеру Івано-Франківської області, Калуського районного дерматовенерологічного диспансеру Івано-Франківської області, поліклінічного та стаціонарного дерматовенерологічних відділень Надвірнянської центральної районної лікарні Івано-Франківської області, навчальний процес кафедри шкірних та венеричних хвороб ІФДМУ (див. Додатки).

Особистий внесок здобувача

Дисертація є науковою працею здобувача. Автором особисто сформульовано мету та завдання дослідження, проведено аналіз літератури з даної проблеми, виконано інформаційний пошук. Самостійно здійснено додбір груп хворих, складено анкети для опитування, які визначають стан психо-соціальної адаптації пацієнта, проведено клінічні, біохімічні дослідження, статистичну обробку й аналіз результатів дослідження, оформлено дисертаційну роботу, підготовлені до друку результати дослідження. Висновки та практичні рекомендації на основі виконаних досліджень сформульовані автором разом з науковим керівником. Аналізи біохімічних досліджень проведені в акредитованій “Біохімічній лабораторії” ІФДМУ (атестат акредитації серія КДЛ №002167) під керівництвом проф. Клименко А. О.

Апробація результатів дисертаційного дослідження

Матеріали дисертаційного дослідження доповідались та обговорювались:

* на науково–практичній конференції “Дерматовенерологія в проблемі сімейного лікаря” (Київська медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика) [Київ, березень, 2006];
* на 74 міжвузівській науковій конференції молодих вчених та студентів (ІФДМУ) [Івано-Франківськ, квітень, 2006];
* у Всеукраїнському медичному журналі молодих учених ”ХИСТ” (Буковинський ДМУ) [Чернівці, 2006];
* під час І (VIII) з’їзду Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів (Київ, вересень, 2005);
* під час Ювілейного VIII з’їзду ВУЛТ (Всеукраїнського Лікарського Товариства), присвяченого 15-річчю організації (1990–2005 рр.) (Івано-Франківськ, 2005).

Публікації

За матеріалами дисертації опубліковано 11 наукових праць, серед них – 4 статті (3 в моноавторстві) у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, та 6 – у матеріалах конференцій. Оформлено інформаційний листок. Зміст опублікованих праць достатньо повно висвітлює основні результати проведених здобувачем досліджень, їх актуальність та значення для медицини.

**ВИСНОВКИ**

У дисертації наведено теоретичне обґрунтування й нове вирішення наукової задачі, що полягає в підвищенні ефективності лікування хворих на розповсюджений псоріаз на підставі вивчення клініко-патогенетичних особливостей перебігу даного захворювання на сучасному етапі та використання в комплексній терапії вітчизняних препаратів: комплексу вітамінів та амінокислот – “Кардонату” у поєднанні з гепатопротектором – “Дарсіл”.

1. При обстеженні 120 хворих на розповсюджений псоріаз спостерігалась як типова (бляшковидна) форма перебігу захворювання, так і атипові форми перебігу – артропатична, пустульозна, еритродермічна. Із артропатичною формою перебігу було 11 (9,17%) пацієнтів, пустульозною – 1 (0,8%) пацієнт і з еритродермічною – 2 (1,7%) пацієнти, а із бляшковидною формою було 106 (88,3%) хворих. У прогресуючій стадії була обстежено 21 (17,5%) особу та стаціонарній – 99 (82,5%) осіб. Легка форма перебігу псоріатичного процесу згідно з показниками індексу PASI виявлена у 76 (63,3%) обстежених пацієнтів та важка – у 44 (36,7) пацієнтів. Переважав осінньо-зимовий тип захворювання (%), що очевидно зумовлено особливостями клімату в передгірських та гірських районах Івано-Франківської області (значні перепади температур, висока вологість, помітні коливання атмосферного тиску).

2. У хворих на псоріатичну хворобу якість життя (негативний вплив на щоденну роботу, щоденну активність та статеві стосунки, проблеми на робочому місці, суб’єктивні відчуття, поганий настрій, підвищена дратівливість) значно гірша, ніж у здорових осіб; вони фізично та психологічно залежні від багатьох чинників зовнішнього соціального оточення, бо навіть незначний (з точки зору здорових осіб) подразник може спричинити загострення хвороби та значні суб’єктивні відчуття. У обстежених хворих спостерігали астено – невротичні розлади у формі ситуаційної тривожності, особистісної тривожності та зниженої опірності до стресу. При цьому найбільш виразний вплив наявності захворювання на психо-емоційний стан реєструвався серед пацієнтів молодого та середнього віку (від 16 до 40 років).

3. У сироватці крові обстежених хворих на розповсюджений псоріаз, порівняно зі здоровими виявлено дисбаланс показників перекисного окислення ліпідів та антиоксидантної системи у формі збільшення рівнів малонового альдегіду у 1,22 рази, дієнових кон’югатів та каталази – у 1,3 рази, і церулоплазміну – 1,16 рази. Ми спостерігали зниження рівнів карбоангідрази та трансферину в 1,2 та 1,5 разів відповідно. Така динаміка показників свідчить про активацію ПОЛ та пригнічення антиоксидантного захисту.

4. Виявлено різного ступеня дисбаланс показників деяких печінкових ферментів у сироватці крові обстежених хворих на розповсюджений псоріаз, порівняно зі здоровими. Так, були підвищені рівні: АлаТ – у 1,43 рази, АсаТ – у 1,72 рази, сорбітолдегідрогенази та аргінази – у 1,2 рази і лактатдегідрогенази – у 1,34 рази, а рівень холінестерази був знижений у 1,1 рази, що свідчить про порушення синтетичної та дезінтоксикаційної функції печінки.

5. Розроблено новий, патогенетично обґрунтований метод лікування псоріазу із включенням до комплексної традиційної терапії вітчизняних препаратів “Дарсил” (містить 0,035 г сілімарину з плодів розторопши плямистої) та “Кардонат” (містить 50 мг лізина гідрохлориду, 100 мг карнітина хлориду, 50 мг піридоксальфосфату, 50 мг кокарбоксилази хлориду, 1 мг кобамаміду тощо), індивідуальних бесід лікаря з хворими. Розроблений нами комплексний метод лікування хворих із розповсюдженим псоріазом сприяє скороченню термінів нормалізації клінічних ознак, нормалізації показників перекисного окислення ліпідів, антиоксидантної системи захисту та деяких [аланінамінотрансфераза (АлаТ), аспартатамінотрансфераза (АсаТ), холінестераза (ХЕ), сорбітолдегідрогеназа (СДГ), аргіназа (Арг), лактатдегідрогеназа (ЛДГ)] печінкових ферментів. Перевагою розробленого методу лікування хворих на розповсюджений псоріаз є можливість його використання в амбулаторних умовах. Він безпечний у використанні, доступний для широкого запровадження в практику.

**П Р А К Т И Ч Н І Р Е К О М Е Н Д А Ц І Ї**

З метою запальних та, як наслідок, біохімічних змін, які спостерігаються у хворих при розповсюдженому псоріазі, рекомендувати використання в комплексній терапії вітчизняних препаратів: комплексу вітамінів та амінокислот – “Кардонату” по 1 табл., внутрішньо, двічі на добу, протягом 3 тижнів у поєднанні із гепатопротектором – “Дарсіл” по 1 табл., внутрішньо, тричі на добу, протягом 3 тижнів.

Поряд із запропонованими препаратами рекомендовано включення в комплекс лікування хворих із розповсюдженим псоріазом традиційної терапії, яка включала: аевіт по 1 капс., внутрішньо, двічі на добу, протягом 1 місяця, тіаміну хлорид (віт. В1) 5%, пірідоксину гідрохлорид (віт. В6) 5%, ціанокобаламін (Віт. В12) 0,05% – вводили до м’язево, по 1 мл., один раз на добу, почергово, через добу. По 10 ін’єкцій кожного, протягом 30 днів, кислота аскорбінова (віт. С) по 1 табл., внутрішньо, двічі на добу, протягом 1 місяця, екстракт Алоє рідкий вводили до м’язево, по 1 мл., один раз на добу, протягом 15 днів, ехінацея – ратіофарм по 1 табл., внутрішньо, тричі на добу, протягом 1 місяця; ксантинолу нікотинат по 0,15 (1 табл.) внутрішньо, тричі на добу, протягом 1місяця, лавандін по 2 капс., внутрішньо, на ніч, протягом 1 місяця; місцеву терапію: ½ саліцилова мазь 3% + ½ синафлан – на уражені ділянки, двічі на добу – до повного регресу патологічних елементів; фізіотерапію: УФО в суберитемних дозах, за схемою.

У хворих на розповсюджений псоріаз доцільно досліджувати стан перекисного окислення ліпідів та антиоксидантної системи, а також функціональний стан печінки. Із цією метою у сироватці крові хворих слід проводити визначення показників: активності малонового альдегіду та дієнових кон’югат (ПОЛ); активності каталази, карбоангідрази, церулоплазміну та насиченість трансферину; аланінамінотрансферази, аспартатамінотрасферази, холінестерази, сорбітолдегідрогенази, аргінази, лактатдегідрогенази (ферментів печінки).

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.**

1. Абрамкина М.М. Нарушение реологических свойств крови и системы гомеостаза у больных торпиднопротекающими формами псориаза и пути их коррекции. //Автореф. дисс. канд.мед.наук. – Москва. – 1996. – С. 20
2. Айзятулов Р.Ф. Застосування лікарських рослин у медицині // Журнал дерматовенерологии и косметологии им.Н.А. Торсуева.— 2001.— №1.— С. 101—107.
3. Альбанова В.И. Патоморфология сосудов микроциркуляторного русла кожи в различ. стадиях псориаза. //Автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва. –1996. – С.16.
4. Андрашко Ю.В. Терапевтична та ліпідонормалізуюча дія курортних факторів Солотвино при псоріазі // Автореф. дис. докт. мед. наук —Київ — 2003 — 39 С.
5. Андрашко Ю.В., Коляденко В.Г., Брюзгина Т.С., Прохорова М.П. Оценка жирно-кислотного состава липидов пота у детей и взрослых при кожных заболеваниях // Клиническая лабораторная диагностика — 2002 — №1 — С. 19-20
6. Андрашко Ю.В., Лемко І.С., Миронюк І.С. Використання лікувальних властивостей ропи і мулу озера Кунігунда в Українському Закарпатті при псоріазі. //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2002. - №1(4). – С.37-39.
7. Антоньев А.А., Суворова К.Н., Башлыкова Т.М. Об общих ошибках в диагностике и лечении артропатического псориаза // Медицина.— 1997.— №4.— С. 105—109.
8. Баджинян С.А. Роль липидов в процессах взаимодействия различных мембранных структур с эндогенными физиологически активными веществами. //Автор. дис. д-ра биологич. наук. – Москва.- 1998. – С.40.
9. Базокин В.В. Суставной синдром при псориазе. //Тер. архив.- 2003. - №7. – С.81-84.
10. Барабей В.А., Суткова Д.А. Окислительно-антиоксидантный гомеостаз в норме и патологии (под ред. А.Зозули). – Киев. – 1997. – ч.1. – С.202; ч.ІІ. – С.220.
11. Барабой В.А. Механизмы стресса и перекисное окисление липидов. //Успехи современ. биологии. – 2001. – т.111. вып. 7. С.923-931.
12. Бедненко П.Ф., Гетманец И.Я., Сегалс И.А. К лечению псориаза. //В кн. Актуальные вопросы дерматол. и венерол. – Вып. 7. – Киев. – Здоровье. – 1999. – С.84-87.
13. Бедь Т., Османова Ф.М. Оценка частоты псориаза по данным обращаемости и медосмотрам. //Вестник дерматол. и венерол. – 1998. - №1. – С. 46 – 48.
14. Беляев Г.М. Стресс, адаптация, псориаз, планирование научных исследований по проблеме этого заболевания //Дерматологія та венерологія.— 2002.— №2(16).— С. 11—14.
15. Беляев Г.М., Рижко П.П. Псориаз. Псориатическая атропатия. //Санкт-Петербург. – 1996. – С. 291.
16. Беляев М.И., Подгулько Э.С. Сезонная гипокортикоидная активность у больных псориазом. //Вестн.дерматол. и венерол. – 1998. - №1. – С. 49-56.
17. Беневоленская Л.И., Эрдес Ш., Яковлева Д.Б. Антигены гистосовместимости при псориатическом и серонегативном ревматоидном артритах // Терапевт.арх. — 1996. — №7. — С.17 — 19.
18. Береч М. Гипотезы этиопатогенеза псориаза. //Журнал дерматологии и венерологии. – 1998. - №2(6). – С. 68-70.
19. Бєлєнічев І.Ф., Левицький Є.Л., Коваленко С.І. та ін. Продукти вільнорадикального перекисного окиснення та методи їх ідентифікації // Совр. пробл. токсикол.— 2002.—№ 4.— С. 9—18.
20. Билинская О.А. Морфо-функциональные нарушения микроциркуляции при некоторых поражениях кожи. //Дис. уч. Степени канд.мед.наук. – Львов. – 1997. – С.98-109.
21. Богша В.Г., Богуцкий Б.В., Богин Ю.А. Значение термоадаптации в обследовании больных псориазом. //Клин. Мед. – 1999. -№10. – С.115-118.
22. Бурлакова Е.Б., Храпова Н.Г. Перекисное окисление липидов мембран и природные антиоксиданты. //Успехи химии. – 1996. – т.54, №9. – С. 1540-1558.
23. Бухмистерова А.А., Бычкотоковой И.С. Влияние комплексной фармакотерапии на состояние кожи и иммунологические показатели при псориазе // Сб. тр. Мордовського гос. ун\_та, Саранск, 1997.— С. 87—89.
24. Бутов Ю.С., Хрусталева Е.А., Федорова Е.Г. Уровень липидов и показатели клеточного иммунитета у больных псориазом // Росс. журн. кожных и венерических болезней.— 1999.— № 2.— С. 11—14.
25. Бутов Ю.С., Хрусталева Е.А., Федорова Е.Г. Влияние липидстабилизирующей терапии на показатели иммунной реактивности и липидного обмена у больных псориазом //Росс. журн. кожных и венерических болезней.— 2000.—№ 2.— С. 24— 26.
26. Буянова О.В., Гринюк С.М. Нові аспекти імунопатології псоріазу та методи їх медикаментозної корекції // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2001.— №2—3.— С. 39—41.
27. Ведрова И.М., Анисова А.А., Михайлов М.Б. Изучение общих липидов, триглицеридов и холестерина у больных псориазом. //Вестн. дермат. и венерол. – 2001. - №9. – С. 4-6.
28. Вельтищев Ю.Е., Юрьева Э.А., Воздиженская Е.С. Биологически активные метаболиты мембранных глицерофосфолипидов в норме и при патологии. //Вопросы мед.химии. – 1997. -№3. – С. 2-9.
29. Владимиров В.В., Меньшикова Л.В. Современные представления о псориазе и методы его лечения. //Русский мед. журнал. – 1998. – т.6. - №20. – С. 1318-1323.
30. Владимиров Ю.А., Азизова О.А., Деев А.И. и др. Свободные радикалы в биологических системах. //Ключи науки и техники. – Москва. – сер. Биофизика. –2001. – т.29. – С.250.
31. Гера О.І., Добрянський О.С. Лікування рослинами —Львів,1998 — С. 54.
32. Головченко Д.Я. Изменение активности некоторых окислительно-восстановительных ферментов в коже больных псориазом. //Автореф. дис.канд. мед. наук. - Киев. – 1969. – С.23.
33. Гончаренко М.С. Мембранная патология псориаза. //В кн.: Методикофармакол. и наукч. аспекты мед профилактики, диспансеризации и реабилитации. Тез. докл. – Харьков. – 1997. – С. 280-282.
34. Дащук А.М., Пустовал Н.А. Морфофункциональное состояние кожи больных псориазом // Врачебная практика — 1999 — №3 — С. 95—98.
35. Дмитренко С.В., Коляденко В.Г. Деякі антропогенні аспекти псоріазу // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології — 2006 — №3(22) — С. 9—12.
36. Довжанский C.И. Некоторые аспекты патогенеза псориаза. //Вестн. дерматол. и венерол. – 1996. - №10. - С.23-26.
37. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз и псориатическая болезнь. //Саратов.- Изд-во Саратов. Универ.-1997.- С. 76-93.
38. Евстафьев В.В., Шейкман А.Ш. Прогностическое значение иммунопатологических показателей при псориазе //Росс. журн. кож. вен. болезней.— 2000.— №1.— С. 28—30.
39. Загретдинова Р.М., Шараев П.Н., Колясева А.А., Шарипова З.А. Показатели обмена соединительной ткани при псориатической болезни // Вестн. дерматол.— 2001.— №5.— С. 47—48.
40. Задорожный Б.А., Дащук А.М. Антиоксиданты в комплексной терапии больных псориазом // Роль процессов свободнорадикального окисления липидов в патогенезе хронических дерматозов и методы их коррекции: Сб. науч.тр. / Под ред. В.С. Полканова. – Свердловск: СГМИ, 1997.– С.83–88.
41. Заерко В.В., Швыркова И.И., Шахтмейстер И.М. Обмен веществ, сосудистый тонус и костносуставный аппарат у больных псориазом. //Вестн. дерматол. и венерол. – 1999. - №6.- С. 33-35.
42. Зеленина Н.В., Мартынович А.Т., Цыган Б.Н. Гуморальная регуляция апоптоза. //Програмированная клеточная гибель. Под редакцией В.С.Новикова. – С. Петергург. – Наука. – 1996. – С.89-103.
43. Зеленина Н.В., Марьянович А.Т., Цыган В.Н. Гуморальная регуляция апоптоза. //Пролангированная гибель клеток. Под ред. В.С.Новикова. – С.-Петерберг. Наука. – 1996. – С. 89-103.
44. Иванова И.П. Нарушение обмена липидов у больных псориазом и их роль в патогенезе дерматоза. //Системные дерматозы. – Горький 1996. – С. 61-67.
45. Игошин Ю.М. Ранние нарушения липидного обмена и энергетических процессов при псориазе. //Автореф. дис…д-ра мед.наук. – Москва. - 1997. – С. 39.
46. Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. – М.: “Алетейа”, 1999. – С. 504.
47. Коляденко Е.В. Недостатки современных методов лечения псориаза // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2003.— № 4 (11).— С. 25—26.
48. Коляденко В.Г., Чернишов П.В. Вибір стратегії лікування хворих на псоріаз з обмеженими висипами // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології — 2006 — №4 — С. 23—25.
49. Коляденко В.Г., Чернышов П.В. Характеристика клеточного иммунитета у больных псориазом // Сучасні інфекції.— 2000.— №2.— С. 55—60.
50. Коляденко К.В. Імунозалежність клінічного перебігу псоріазу // Автореф. дис. канд. мед. наук —Київ — 2004
51. Коржова Т.П. Аналіз результатів комплексного дослідження перекисного окислення ліпідів і антиоксидантної системи організму при псоріазі // Актуальные проблемы медицины и онологии — 2000 — №2 — С. 230—233.
52. Коржова Т.П., Степаненко В.І. Вірусна терапія псоріазу та сучасні погляди на роль ентеровірусної інфекції в етіопатогенезі псоріазу // Актуальные пробл. медиц. и биол.—2001.— № 2.— С. 64—69.
53. Коржова Т.П., Степаненко B.I. Комплексна терапія псоріазу з огляду на тяжкість його клінічного перебігу, інтенсивність процесів ліпопероксидації та асоціацією з ентеровірусною інфекцією // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології — 2002 — №1(4) — С. 21—26.
54. Коржова Т.П., Степаненко B.I. Сучасні аспекти зовнішньої терапії псоріазу // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології — 2001 — №1 — С. 64—66.
55. Коржова Т.П., Коляденко В.Г., Степаненко B.I. Значення комплексного дослідження процесів переокисного окислення ліпідів і антиоксидантної системи для індивідуальної корекції терапії псоріатичної хвороби // Зб. наук.-. дерматології, венерології, косметології — 2001 — №1 — С. 64—66.
56. Коржова Т.П., Степаненко В.І., Сологуб Л.В., Пуришкіна О.Д. Раціональні підходи до зовнішньої глюкокортикоїдної терапії хронічних дерматозів з урахуванням потенційної активності препаратів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2001.— № 2—3.— С. 46—49.
57. Корсун В.Ф., Ситкевич А.Е., Ефимов В.В. Лечение кожных болезней препаратами растительного происхождения— Минск. 1997 — С. 199.
58. Кунгуров Н.В., Матусевич С.Л., Гольцев С.В., Суховей Ю.Г. Сравнительная характеристика иммунологических показателей у больных распространенным псориазом при наличии у них клинических признаков иммунодефицитного состояния //Вестник дерматол. и венерол.— 2002.— №2.— С. 33—36.
59. Кутасевич Я.Ф. Современные подходы к применению топических глюкокортикостероидов // Журн. дерматологии и венерологии. – 2000. – №1(9). – С. 95–99.
60. Кутасевич Я.Ф., Маштакова І.О., Ляпунов М.О., Фадейкіна А.Г. Використання препаратів, що містять сечовину, для зовнішньої терапії хронічних дерматозів з порушеннями кератинізації //Тез. доп. VII з'їзду дерматовенерологів України.— Київ, 1999.— С. 90.
61. Кутасевич Я.Ф., Маштакова І.О., Савенкова В.В. Сучасні підходи до застосування препаратів зовнішньої дії, що містять глюкокортикоїди: Метод. рекомендації. – Х., 2000. – С. 14.
62. Кутасевич Я.Ф., Олійник І.О., Маштакова І.О., Савенкова В.В. Сучасні можливості зовнішньої терапії хворих на псоріаз // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.—2002.— № 4.— С. 28—32.
63. Кутасевич Я.Ф., Олійник І.Щ., Медведева О.П. та ін. Стан перекисного окислення ліпідів у хворих на псоріаз та методи його корекції. //Дерматологія. Косметологія. Сексопатологія. –2002. - №1-2. – С.61-65.
64. Кутасевич Я.Ф., Савенкова В.В., Ляпунова О.А., Маштакова И.А. Новые отечественные комбинированные препараты, содержащие кортикостероид, в лечении распространенных дерматозов //Провизор.— Харьков, 1998.—№17.— С. 48—49.
65. Кутасевич Я.Ф., Цераїдіс Г.С., Ляпунова О.О. та ін. Зовнішнє лікування хворих на псоріаз: Метод. рекомендації /— Х., 2002.— С. 18.
66. Кушнир А.П. Иммуномодулирующее действие таибуканской грязи и сероводородных ванн. //Актуальные вопросы пелоидотерапии. – Одесса. – 1999. – С.63-64.
67. Ланкин В.З., Борунов Е.В., Щепеткин И.А. и др. Свободнорадикальные механизмы повреждения опухолевых клеток и роль антиоксидантных систем в их защите. //Кислородные радикалы в химии, биологии и медицине. – Рига. – РМИ. – 2002. – С. 163-182.
68. Лашманова А.П., Олесова М.О. Спектр фосфолипидов в патогенезе крови и эритроцитах больных псориазом. //Вестн. дерматол. и венерол. – 1996. - №11. – С. 8-10.
69. Лопухин Ю.М. Неинвазивные методы определения эпидермального холестерина в диагностике атеросклероза. //Москва. – Медицина. – 1999.- С. 166.
70. Лукьянов Л.Д., Балбуханов Б.С., Углев Л.Т. Кислородозависимые процессы в клетке и функциональное состояние. – Москва. – Наука. – 1996.- С. 301.
71. Лунд Д.В. К вопросу о механизмах клинического влияния пелоидотерапии. //Вестник физиотер. И курортологии.- 1998. – т.6. - №20. – С. 23 – 25.
72. Лыкова С.Г., Казека Г.Р., Петренко О.С. Особенности течения псориаза на фоне метаболического синдрома //I Росс. конгресс дерматовенерологов.— СПб.— 2003.— Т. 1.— С. 67—68.
73. Мавров И.И., Гончаренко М.С., Кондакова А.К. и др. Барьерно-транспортные структурные свойства мембран эритроцитов при псориазе // Дерматологія та венерологія.—2002.— №2(16).— С. 15—19.
74. Машгина Н.И., Мацак С.И. Типы отношения к болезни у больных псориазом. //Актуальные вопросы дерматовенерологии. (Науч.-практ. сб.). – Днепропетковск, Хмельницкий. – 1997. – С. 139.
75. Милевская С.Т., Потапович Г.В. Характеристика имунных комплексов у больных псориазом. //Вестн. дерматол. и венерол. – 1998. - №5. С.35-37.
76. Милевская С. Г., Суколин Г. И., Куклин В. Т., Торбина О. В. Псориатический артрит (патогенез, клиника, диагностика, лечение).— Казань, 1997.— С. 83.
77. Милорадов И. Псориаз. – С-б: ЗАО «Весь».- 1999.- С. 124.
78. Мислицький О.В. Мікрофлора шкіри людини при псоріазі. //Тези доповідей УП Українського з′їзду дерматовенерологів України. – Київ. – 1999. – С.38.
79. Мордовцев В.Н., Прохоров А.Ю., Стариков И.В. Современные концепции по патогенезу псориаза. //Вестн. дерматол. и венерол. – 1997. - №7. – С. 28-33.
80. Мордовцев В.Н., Рассказов Н.И. Лечение больных наследственными заболеваниями кожи и псориазом: Пособие по фармакотерапии для врачей — Астрахань, 1996 — С. 164.
81. Мошкалова И.А., Михеев Г.Н., Соколовский Е.В. Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения.—СПб: Сотис, 1999.— С. 134.
82. Ніколаєва З.А. Комплексна терапія псоріазу з урахуванням патогенетичних механізмів порушень мікроциркуляції в шкірі // Автореф. дис. канд. мед. наук —Київ — 2007 — 20 С.
83. Ніколаєва З.А., Степаненко В.І. Показники жирнокислотного спектра ліпідів сироватки та еритроцитів крові у хворих на псоріаз // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології — 2005 — №3 — С. 129.
84. Ніколаєва З.А., Степаненко B.I., Брюзгіна Т.С. Удосконалена комплексна індивідуальна терапія псоріазу з урахуванням системних порушень в організмі хворих // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології — 2006 — №3(22) — С. 41—56.
85. Олейник И.А. , Савенкова В.В. , Шаповалова О.В. и др. К вопросу наружной терапии псориаза //Тез. докл. VIII Всерос. съезда дерматовенерологов.— М.— 2001.— С. 181.
86. Олисова М.О., Мишунова А.П., Акимов В.Г. Спектр нейтральных липидов в плазме крови и эритроцитах больных псориазом. //Вестник дерматол. и венерол. – 1996. - №10. – С. 17-20.
87. Олисова М.О., Полянская Н.П., Акимов В.Г. Изучение липопротеидного комплекса крови у больных распостраненным псориазом в процессе селектиной фототерапии. //Вестн. дерматол. и венер. – 1996. - №3. – С. 27-30.
88. Перехрестенко А.П. Порівняльна характеристика ефективності використання ультрафіолетового опромінення та поляризованого світла в комплексній терапії хворих на псоріаз// Автореф. дис. канд. мед. наук —Київ — 2003 – 19С.
89. Полканов В. С., Бочкарев Ю. М., Полканова И. П. Поражение суставов при псориазе // Системная и органная патология при хронических дерматозах: Сб. научных трудов.— Свердловск, 2003.— С. 45—54.
90. Полканов В.С., Бочкарев Ю.М., Шмелева Л.Т., Киппер С.Н. Перекисное окисление липидов и антиоксидантная активность крови при псориазе // Вестн. дерматол. и венерол.—1997.— № 7.— С. 42—46.
91. Попхристов П. Кожные болезни в детском возрaсте. //Медицина и физкультура. – София. – 1963. – С. 810.
92. Практическая психодиагностика. Методика и тесты. Учебное пособие. – Самара: «БАХРАХ», 1998. – С. 672.
93. Рахматов А.Б., Ибрагимов Ш.И. Взаимоотношение между обычной и артропатической формами псориаза //Новости дерматологии и венерологии.— 1998.— №2.—С. 11—14.
94. Рахматов А.Б. Основные концепции патогенеза и лечения псориаза // Новости дерматологии и венерологии.—1998.— №1.— С.16—19.
95. Рахматов А.Б., Рахматов Б.Р. Псориаз — системное заболевание.— Ташкент, 2001.— С. 228.
96. Романенко В.Н., Свистунов И.В., Баринов М.Э., Романенко К.В. Сульфидопептидные лейкотриены при псориазе: роль в регуляции воспалительной реакции кожи, значение для оценки лечения и прогноза // Укр. журн. дерматол.,венерол., косметол.— 2001.— №1.— С. 59—63.
97. Романенко К.В. Комплексне імуномоделююче та геліомедикаментозне лікування хворих на поширений велико-бляшковий псоріаз з втратою сезонності перебігу // Автореф. канд. мед. наук —Харків — 2004 – 19С.
98. Руденко И.Б. Свирид С.Г. Грибковый лейкоз кожи у больных псориазом. //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2002. - №1-2. – С. 17-18.
99. Рыжко П.П. Применение антигистаминных препаратов в лечении различных дерматозов // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології — 2002.— №1 (4).— С. 39—41.
100. Свистунов І.В. Імунологічні показники у хворих на псоріаз із відносно тяжким клінічним перебігом // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. — 2004 — №3-4(7) — С. 87—90.
101. Синельникова В.А., Мовчан К.Н., Булавин Д.В. и др. Апоптаз и канцерогенез. //В кн. Программированная клеточная гибель. (под ред. В.С.Новикова). – Санкт-Петербург. – 1996. – С. 136-138.
102. Соколовский Е.В. Пузырные дерматозы. Псориаз: Современные методы лечения — СПб, 1999 — С. 133.
103. Спузяк М. І. Зміни кісток та суглобів при псоріазі // Журнал дерматологии и венерологии.— 1998.— № 1 (5).— С. 27—30.
104. Суворова К.Н. Лечение псориаза // Рус. мед. журн —1996 — Т.4, №11 — С.55—57.
105. Суліма Г.Г. Дослідження ліпідного спектра поверхні шкіри у хворих на псоріаз // Акт. пробл. медиц. и биологии.— 2001.— № 2.— С. 125—129.
106. Ткач В.Є., Никифорук Р.Ф. Патоморфоз псоріазу //Тез. доп. VII Українського з'їзду дерматовенерологів.— К.,1999.— С. 37.
107. Фалько Е.В. Метаболические нарушения в различных биологических объектах при псориатической болезни //І Росс. конгресс дерматовенерологов.— СПб.— 2003.—Т. 1.— С. 132—133.
108. Федотов В.П., Ющишин Н.И. Псориаз: этиопатогенез, клиника, методы лечения и профилактика рецидивов. //Харьков мед. журнал. – 1996. - №4. – С. 27-30.
109. Федотов В.П., Ющишин Н.И., Горбунцов В.В. и др. Клин.-лабораторная оценка особенностей рецидивов при псориазе и возможности их предупреждения. //Современные проблемы клин. и экспер. медицины. – Днепропетровск. – 1996. – С. 32-36.
110. Фицпатрик Т., Данилко И.Д., Вулф К. Дерматология. //Москва. – 1999. – С. 454.
111. Харитончук О.Л. Стан вільнорадикальних процесшв та жирнокислоткого складу ліпідів при лікуванні псоріазу. //Автореф. дис. канд. мед.наук. –Київ.- 2002 – С. 27.
112. Хобейш М.М., Мошкалова И.А., Сокуровский Е.В. Псориаз. Современные методы лечения. //Санкт-Петербург. – 1999. – С. 64.
113. Чернишов П.В. Вплив псоріазу на окремі складові показників якості життя пацієнтів // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології — 2005 — №4(19) — С. 11—13.
114. Чернишов П.В. Субпопуляція лімфоцитів, молекули активації та адгезії на лімфоцитах периферичної крові у хворих на псоріаз.— 2002.— № 4 (7).— С. 6—9.
115. Чистякова И.А. Современные проблемы терапии и профилактики псориаза. //Русский медицинский журнал. – 1997.-т.5.-№11.- С. 709-712.
116. Чистякова И.А., Хапилова В.И., Авербах Е.В. Кортикостероидные гормоны в дерматологии. Сообщение II. Топическое применение кортикостероидов // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1996. – №5. – С.16–17.
117. Шевченко Т.И., Шлопов В.Г. Патологическая анатомия псориатической болезни.— К.: ВАТ «УкрНТЕК», 2001.— С. 355.
118. Шилов В.Н. Псориаз – решение проблемы. //Москва. – 2001. – С. 303.
119. Шилов В.Н., Табухов З.Ю. Газохроматографический метод контроля эффективности лечения псориаза. //Неинвазивные методы диагностики. – 2 симпозиум под. ред. Лопухина Ю.М. – Москва. – 1996. – С. 42.
120. Ющишин М.І., Семенуха К.Б., Біла І.М. та ін. Потенційна роль суперантигенів в патогенезі псоріазу. //Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. – 2002. - №2(3). – С. 144-149.
121. Якимова Т.П., Кутасевич Я.Ф., Савенкова В.В. и др. Морфологическое обоснование подходов к лечению топическими стероидами // VIII Всерос. съезд дерматовенерологов. – М., 2001. – Ч.1. – С. 180–181.
122. Аbbas A.K., Lichtman A.K., Pober J.S. Cellular and molecular immunology.— Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1997.— P. 494.
123. Abel E.A. Phototherapy // Dermatologic Clinics.—1996.— 13.— P. 841—849.
124. Al Suwaidan SN, Feldman SR. Clearance is not a realistic expectation of psoriasis treatment. J Am Acad Dermatol. 2000;42: P.796-802
125. Antoni C., Manger B. Infliximab for psoriasis and psoriatic arthritis. Clin.Exp.Rheumatol. 2002, V. 20, P. 122–125.
126. Ascnheim E., Farder E. Blood – tissue exchange in psoriasis skin. //Acta Derm. and Venerol. – 1996.- Vol. 46. – P. 310-312.
127. Ascnheim Е., Farder E. Blood-tissue exchange in psoriasis skin. //Acta Derm. and Venerol. – 1996. – Vol.46. – P. 310-312.
128. Assouere M.N., Belhadja H., Albes B. Psoriasis: relationships between joint and skin disease // Ann. Dermatol. Venerol.— 2002.— Vol. 129.— P. 1S749.
129. Bach J. Autoimmune diseases as the loss of active «self\_control» // Ann. N. Y. Acad. Sci.— 2003.— Vol. 998.— P. 161—177.
130. Bernard B.A., Robinson S.M., Vandaele S. Abnormal maturation pathway of kerotinocytes in psoriatik skin // Brit. J. Dermatol.— 2005.— Vol. 112.— № 6.— P. 647—653.
131. Bianchi L., Paro Vidolin A., Neto I., Esposito M. Efficacy and safety of infliximab in the treatment of severe plaque or arthropathic psoriasis // Ann. Dermatol. Venerol.— 2002. Vol.129.— P. 1S751.
132. Biondi Oriente C., Scarpa R., Oriente P. Prevalence and clinical features of juvenile psoriatic arthritis in 425 psoriatic patients // Acta Derm Venereol SuppI (Stockh).— 2004.— № 186.— P.109—110.
133. Braun Falco O., Plewig V., Wolf H. et al. Dermatology. Berlin : Spijec Vertag. – 2001. – P. 435.
134. Braun-Falko O., Berthold D., Ruzicka T. Psoriasis pustulosa generelisata. Ubersicht und Erfahrungen an 18 Patienten. //Hautarzt. – 1997. – Bd. 38. – S. 509-520.
135. Cameron A.L., Kirby B., Griffiths C.E. Circulating natural killer cells in psoriasis // Br. J. Dermatol.— 2003.— Vol. 149(1).— P. 160—164.
136. Caux C., Valladen J., Dien M\_C., Ravel O. et al. Langerhans cells have unique features illustrating sekectiv migration, antigen uptake and routage capacities // J. Invest Dermatol. (Abstracts).— 2000.— Vol. 114.— P. 207.
137. Cimist G., Orem A., Deger O. et al. The variation of serum lipoprotein (a) level with disease activity in psoriasis. //Br. Your. Dermat. – 1998. – Vol. 138 (5). – P. 917-919.
138. Champion R. H. theatment of psoriasis //Brit. Med. Yourn. – 2002. - №22(2). – P. 993-995.
139. Chaudiere S., Moutet M. Protection antioxydante et antiinflammatoire des cellules par nouveax mimnus synthetiques de la glutathion peroxydase. // C. r. seances Soc. Biol.— 1996.—N 10.— P. 861—882.
140. Chaudhari U., Romano P., Mulcahy L.D. et al. Efficacy and safety of infliximab monotherapy for plaque\_type psoriasis: a randomized trial // The Lancet.— 2001.— Vol. 357.— P. 1842—1847.
141. Сomp R.D. The variation of serum lipoprotein (a) level with disease activity in psoriasis. //Br. Your. Dermat. – 1999. – Vol. 140 (3). – P. 566-567.
142. Coven TR, Burack LH, Gilleaudeau R, Keogh M, Ozawa M, Krueger JG. Narrowband UV-B produces superior clinical and histopathological resolution of moderate-to-severe psoriasis in patients compared with broadband UV-B. Arch Dermatol. 1997; P. 133: P. 1514-1522
143. Di Sepio D., Chandraratha R. New drugs in the treatment of psoriasis // Expert Opion Investig. Drugs.— 2000.— Vol. 9 (1).— P. 79—93.
144. Eckes L., Nayl M. L. World Epidemiology of Psoriasis. // Psoriasis. - New Vorkm. – 1997. – P. 331-333.
145. Farder E. M., Nail L., Psoriasis of recent advances in tritnent. //Drugs. – 2005. - Vol. 28. – P. 324-346.
146. Fedotov V.P., Dyudyun A.D., Svyatenko T.V. Psoriatic arthritis and chlamidial infection correlation and interdependency// JEADV.— 2000.— Vol. 14.— P. 247.
147. Feldman SR, Fleischer AB, Reboussin DM, et al. The self-administered psoriasis area and severity index is valid and reliable. J Invest Dermatol. 1996; P. 106:183-186
148. Fleischer AB Jr, Clark AR, Rapp SR, Reboussin DM, Feldman SR. Commercial tanning bed treatment is an effective psoriasis treatment: results from an uncontrolled clinical trial. J Invest Dermatol. 1997; P. 109:170-174
149. Fredriksson T., Pettersson U. Severe psoriasis. Oral therapy with a new retinoid // Dermatologica.— 1998.— 157.— P. 238—244.
150. Goedkoop A.Y., Dinant H.Y., Van Kuijk A.W. Alefacept improves psoriatic arthritis and reduces synovial inflammatory infiltrate // Ann. Dermatol. Venerol.— 2002.— Vol. 129.— P. 1S756.
151. Gottieb A., Burge D., Wanke L. Etanercept improves health\_related quality of life in psoriatic arthritis patients // Ann. Dermatol. Venerol.— 2002.— Vol. 129.— P. 1S756.
152. Griffiths T. W., Griffiths C.E., Voorhees J.J. Immunopathogenesis and immunopathology of psoriasis // Dermatol. Clin.—1996.— V. 13, N 4.— P. 739—749.
153. Greaves M.W, Weinstein G.D. Treatment of psoriasis //New Engl. J. Med — 2005 — N.332 — P.581—588.
154. Hamid Q., Nasser T., Minshall E.M. et al. Allergy // Clin. Immunol. – 1996. – Vol.98. – P.225–231.
155. Heng M.C.,Allen G., Chase D.Y. High endotollini venules in involved and uninvolved psoriatic skin recognition byhorung receptos on citotrzic T-lyphoides. //Brit. Vour. Dermatol. 1998. – Vol. 118. – P. 315-326.
156. Karz H.I. Topikal corticosteroids // Dermatol. Clin — 2005— V.13 — P.805—815.
157. Katugampola Y.A., Rees A.M.,Lanigan S.W. Lasertreatment of psoriasis. //British Yourne of Dermatol. – 1996. – Vol. 133. - № 6. – P. 909-913.
158. Katz S. Topical corticosteroids. //Dermatol. Clin. – 1995. - Vol. 13. – P. 805-815.
159. Knapp A. Therapic der psoriasis. //Derm. Wshr. – 1996. – Bd.166/ - №7. – P. 470-477.
160. Kromann N., Green A. Psoriasis. //Acta Med. Scand. – 1999. – P. 401-406.
161. Krueger G.G., Duvic M. Epidemiology of psoriasis: clinical issues // J. Invest. Dermatol.— 2004.— Vol. 102.— P. 14—18.
162. Krueger G., Lebwohl M., Gottlieb A.B., Mease A.J. Etanercept improves psoriasis in patient with psoriatic arthritis: results of a phase 3 multicenter clinical trial // Ann. Dermatol. Venerol.— 2002.— Vol. 129.— P. 1S760.
163. Lebwohl M. J.Am.Acad.Deramatol. 2005, Vol.53, P.59–69
164. Lebwohl M. Future psoriasis therapy // Dermatol. Clin.—1996 — V.13 — P.915—923.
165. Lovaas E. Hypothesis: Spermine May be an important epidermal antioxidant. // Med. Hypotheses.— 1999.— Vol. 1,N 6.— P. 59—67.
166. Melczer N. Etiology and pathogenesis of psoriasis vulgaris. //Dermat. – 2003. – Vol. 38. - №5. – P. 377-380.
167. Mitchell W. Sams, Peter J.Lynch. Principles and practise of Dermatology.— Singapore — 1996 — P. 362.
168. Naldi L., C.E.M. Griffiths. Traditional Therapies in the Management of Moderate to Severe Chronic Plaque Psoriasis: An Assessment of the Benefits and Risks. The British Journal of Dermatology.-  2005;152(4): P. 597-615.
169. Nall L, Gulliver W, Charmley P, Farber EM. Search for the psoriasis susceptibility gene: the Newfoundland Study. Cutis. 1999;64: P. 323-329
170. Necer K.V. A ecuriad immunodeficiensy syndrom-associated psoriasis. //Arch. Dermatol. – 1997. – P. 1622-1632.
171. Nakamura K., Saitoh A., Yasaka N., Furue M., Tamoki K. Molecular mechanism involved in the skin // J. Invest. Dermatol. Symposium Proceedings.— 1999.— Vol.4.— P. 169—172.
172. Novotny F., Majsky A. IVA antigens in psoriatic and their family members // Ces. Dermatol. — 1997. — V.52, N4. — P. 222— 226.
173. Ranerva L., Hietanen Y. Ulrastructure of oral mucons membrane lesions in psoriasis. //Acta dermato-venerol. – 2004. – Vol. 64, №3 – P. 191-196.
174. Rao V., Parthasarathy S. Prostaglandin leurotriens and fatty acids. //1996/ -54. - №3. – P. 155-166.
175. Rapp SR, Exum ML, Reboussin DM, Feldman SR, Fleischer AB, Clark A. The physical, psychological and social impact of psoriasis. J Health Psychol. 1997;2: P. 525-537
176. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. J Am Acad Dermatol. 1999;41(3 Pt 1): P. 401-407
177. Ritchlin C., Haas:Smith S.A., Hicks D. et al. Patterns of cytokine production in psoriatic synovium // J. Rheumatol.—1998.— Vol. 25, N 8.— P. 1544—1552.
178. Rolstad T, Zimmerman GM. Role of patient support groups in the delivery of dermatologic care. Clin Dermatol. 2000;18: P. 277-283.
179. Rubins A.Y., Merson A.G., Guseva L.N., Gipsh N.M. The disbalance of T–helpers, T–suppressors and immune complexes at astrophatic psoriasis and its immunocorrection // News of the Latvian SSR Academy of Sciences. – 1996. – V.2. – P. 96–98.
180. Ryborg A.K., Yron B., Kragballe Yncreased lysophosphatidylcholiine content in lesional psoriatic skin. //Britich Yorne of Dermatol. – 1995. – Vol. 133. - P. 398-402.
181. Salem A., Kady B., Tarshouby W., Olama S. HLA antigens in patients with psoriatic arthritis // Ann. Dermatol. Venerol.—2002.— Vol. 129.— P. 1S767.
182. Simpson K.R., Lowe N.J. Trends in topical psoriasis therapy // Int. J. Dermаtol — 2004 — N.33 — Р. 333.
183. Shaheedi Dadras M., Amir Gavanbakhtart A., Darvish A. Relationship between psoriasis and hyperlipidemia //YEADV.— 2002.— Vol. 16.— Suppl. 1.— P. 293.
184. Smith CH et al. Br.J.Dermatol. 2005, Vol.153, P. 496–497
185. Stinson V., O′ Toole Е., Cook T. et al. Cholesterol and lipoprotein (a) levels in psoriasis. // Vr. Med. Vuorn. – 1995. – Vol. 88(4). – P. 128-129.
186. Stocker A., Azzi A. Tocopherol\_binding proteins: the function and physiological significance. // Antioxidant and Red/Ox Signaling.— 2000.— Vol. 2, N 3.— P. 397—404.
187. Swandeck V.,Vnrot A., Martinson T. et al. Age at anset and different types of psoriasis. //Brit. Vourn. Of Dermatol.. – 1995. – Vol. 133. - №5. – P. 768-773.
188. Tanew A, Radakovic-Fijan S, Schemper M, Honigsmann H. Narrowband UV-B phototherapy vs photochemotherapy in the treatment of chronic plaque-type psoriasis: a paired comparison study. Arch Dermatol. 1999;135: P. 519-524.
189. Venier A., Urbani S.,Grego A.V. et al. Dyslipidemia and psorias skin lipid guttern and hepatic lipid sinthesis. //Psoriasis. Proccidings for the Third-intemational symposium Stanford University. – 1997. – P. 261-262.
190. Young M. Psorasis. //Yr. Med/ Youm. – 1996. – Vol.88 (4)/ - P. 113.
191. Zanolli MD, Camisa C, Feldman S, Gulliver W, Menter A. Psoriasis: the high notes on current treatment. Program of the American Academy of Dermatology, Academy 2000; August 5, 2000; Nashville, Tennessee

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>