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

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

 На правах рукопису

### СИЗОН ОРИСЯ ОРЕСТІВНА

#  УДК : 616. 517 - 008. 9 – 085. 244

###  ЗАСТОСУВАННЯ НОВИХ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ ДЛЯ

**КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНИХ ОБМІННИХ ПРОЦЕСІВ В**

**КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ**

( 14.01.20 – шкірні та венеричні хвороби)

ДИСЕРТАЦІЯ НА ЗДОБУТТЯ НАУКОВОГО СТУПЕНЯ КАНДИДАТА МЕДИЧНИХ НАУК

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор

Глухенький Борис Тихонович

Київ – 2007

**ЗМІСТ**

 ЗМІСТ ..................................................................................................................2

 ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.................................................................3

 ВСТУП...................................................................................................................4

 РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

 1.1. Інтерпретація тестів функції печінки..........................................................13

 1.2. Сучасний погляд на біохімічні та імунологічні зміни

 у хворих на псоріаз.............................................................................................20

 1.3. Методи лікування псоріатичної хвороби ............................ ....................33

 РОЗДІЛ 2

 Матеріали і методи дослідження.....................................................................41

 РОЗДІЛ 3

 Клінічна характеристика хворих.........................................................................49

 РОЗДІЛ 4

 Визначення загально-клінічних та біохімічних показників

 у хворих на псоріаз............................................................................................57

 РОЗДІЛ 5

 Клінічні результати застосування гепатопротекторів фламікар,

 силібор, „Світанок” в комплексній терапії хворих на псоріаз........................85

 РОЗДІЛ 6

 Оцінка ефективності застосування гепатопротекторів для корекції

 порушених обмінних процесів у комплексній терапії хворих на псоріаз.....108

 РОЗДІЛ 7

 Аналіз і узагальнення результатів дослідження..............................................144

 ВИСНОВКИ .......................................................................................................168

 ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ........................................................................171

 СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ...................................................................................172

 **ДОДАТКИ...........................................................................................................190**

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АКТГ – адренокортикотропний гормон;

АлАТ – аланінамінотрансфераза;

АсАТ – аспартатамінотрансфераза;

ҐҐТ – гамма-глютамiлтрансфeраза;

ГЛП – гіперліпідемія;

ГТГ – гіпертригліцередемія;

ЕОС – ендогенна опіатна система;

КТ – кортикотропін;

ЛП – ліпопротеїди;

ЛДВЩ – ліпопротеїди високої щільності

ЛПНЩ – ліпопротеїди низької щільності ;

ЛПДНЩ – ліпопротеїди дуже низької щільності;

ЛФ – лужна фосфа­таза;

ЛДГ – лактатдегідрогеназа;

МОС – монооксигеназна система;

СТГ – соматотропний гормон;

ПРЛ – пролактин;

ТГ – тригліцериди;

ТТГ – тиреотропний гормон;

ЦІК – циркулюючі імунні комплекси;

ХС – холестерол;

5-ОІОК – 5-оксиіндолооцтова кислота;

ІgА, IgD, IgE, ІgG, ІgМ – іммуноглобуліни класів А, Е, D, G, М.

*Присвячується світлій пам'яті доктора медичних наук професора Юрія Миколайовича Туркевича*

ВСТУП

#  Актуальність теми

#  Псоріаз (лускатий лишай) – хронічний папулосквамозний дерматоз поліетіологічної природи з долею генетичного компоненту 64 - 72%. Характеризується неконтрольованою, незлоякісною гіперпроліферацією епідермісу, порушенням кератинізації, запальною реакцією в дермі, змінами в різних органах і системах [110]. У силу хронічного рецидивного довготривалого перебігу хвороби частішають важкі форми псоріазу, стійкі до терапії, які нерідко інвалідизують хворих і, навіть, зумовлюють смерть [71, 95]. Псоріазом страждає 2% - 3% населення земної кулі, незалежно від статі, віку та етнічної належності. У загальній структурі патології шкіри питома вага захворювання досягає 8-10%, а серед госпіталізованих у дерматологічні стаціонари – 30 - 40% [3, 4, 28], тобто в наш час псоріаз продовжує залишатися актуальною проблемою дерматології та найпоширенішим діагнозом популяції. Незважаючи на велику кількість робіт [86, 94, 160, 174], присвячених вивченню псоріатичної хвороби, етіологія, багато аспектів патогенезу вимагають подальшого вивчення.

 Згідно з сучасним уявленням псоріатична хвороба розглядається як генетично детерміноване, хронічне, полісистемне захворювання організму мультифакторної природи, що характеризується доброякісною гіперпроліферацією епідермісу, еритематозно-сквамозними висипаннями, стадійністю, нерідко важкістю перебігу та залученням в патологічний процес опорно-рухового апарату, внутрішніх органів із відповідними морфологічними та функціональними змінами [3]. Деякі дослідники при трактуванні генезу псоріазу схиляються до версії переважаючого впливу ендотоксикозу, спровокованого дефіцитом жовчі (внаслідок порушення синтезу або виділення) та генетично обумовленою патологією верхніх відділів тонкої кишки у вигляді „згладження” кишкових ворсинок і витончення кишкової стінки, які ведуть до імунно-обмінних порушень та розвитку псоріатичної хвороби, як синдрому поліорганної недостатності [35, 38].

 У наш час псоріаз продовжує залишатися актуальною медико-соціальною проблемою не лише за показниками захворюваності, а й через більш важкий прогресуючий перебіг хвороби, нерідко асоційованою із захворюваннями органів, що містять сполучну тканину, особливо печінки, нирок, а також недостатню ефективність рекомендованої терапії [ 35]. Це, в свою чергу, приводить до тимчасової непрацездатності, інвалідності, зниження якості життя пацієнта [122]. Така проблема пояснюється відсутністю уніфікованого, науково обґрунтованого етіопатогенетичного механізму розвитку даного дерматозу, а, відповідно, й тактики вибору надійних та специфічних підходів і засобів його радикального лікування та профілактики [51].

 Вище сказане пояснює необхідність подальшого поглибленого вивчення механізмів розвитку псоріазу, зокрема, значення порушення обмінних процесів в ґенезі цього захворювання та асоціаційних зв’язків печінкової патології з псоріатичним процесом на шкірі. Існування дискутабельності щодо трактування поєднаного перебігу патологічних змін у шкірі та печінці, як прояву єдиного патологічного процесу псоріатичної хвороби спонукала нас до необхідності з’ясування залежності проявів лускатого лишаю від функціонального стану гепатобіліарної системи та в подальшому - обґрунтування клінічно встановлених фактів [181].

 У цьому аспекті актуальним є пошук та апробація нових ефективних методів терапії хворих на псоріаз, які б дозволили прискорити лікувальний ефект, збільшити час ремісії, попередити розвиток інвалідизуючих форм дерматозу, підвищити якість життя цих пацієнтів.

 **Зв'язок роботи з науковими програмами, темами**

 Дисертаційні дослідження є фрагментом науково-дослідних робіт кафедри дерматовенерології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького ІН.33.00.0001.96. „Застосування біостимулюючих препаратів для корекції порушених обмінних процесів хворих на екзему” 1996–2000рр. виконання (№ держреєстрації 0196V013959) та ІН.33.00.0001.01 „Імунологічні зміни у хворих на псоріаз та їх корекція із застосуванням нових імуномодуляторів” 2001–2005 рр. (№ держреєстрації 0101U009236). Дисертанткою самостійно виконано фрагмент „ Клініко-лабораторне обґрунтування застосування фітостимулюючих препаратів в комплексному лікуванні псоріазу ”.

 **Мета дослідження**

Удосконалитикомплексну терапію псоріазу з урахуванням особливостей клінічного перебігу дерматозу у різних вікових групах та аналізу результатів дослідження функціонування гепатобіліарної системи в організмі хворих, в тому числі ряду показників білкового, ліпідного, вуглеводневого, ферментного, пігментного обміну печінки, їх кореляційних взаємозв’язків, що дозволить підвищити ефективність лікування та розширити уявлення з патогенезу захворювання.

##  Задачі дослідження

1. Дослідити характер та особливості перебігу псоріазу в осіб різних вікових категорій на сучасному етапі у мешканців Львівської області.

2. Вивчити можливі чинники ризику виникнення псоріазу, а також клінічного прогресування і загострення шкірного псоріатичного процесу в обстежених хворих різних вікових груп.

3. Дослідити наявність порушень функціонування ряду внутрішніх органів і систем, зокрема печінки, шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи у хворих на псоріаз.

3.1. Вивчити характер та ступінь порушення ряду показників білкового і пігментного обмінів у хворих на псоріаз та визначити можливі патогенетичні механізми відповідних змін, зокрема їх взаємозв’язку з функціональним станом печінки.

3.2. Дослідити активність індикаторних ферментів печінки та амілази сироватки крові у хворих на псоріаз з урахуванням терміну тривалості, поширеності та стадії перебігу шкірного псоріатичного процесу.

3.3. Провести аналіз рівню показників, які віддзеркалюють метаболічні зміни в ліпідному та вуглеводневому спектрах крові хворих на псоріаз з урахуванням стадії перебігу шкірного псоріатичного процесу ( прогресуюча, стаціонарна, регресуюча ).

4. Вивчити можливість корелятивного зв’язку спектру біохімічних показників, які відображають функціональний стан печінки з характером перебігу шкірного псоріатичного процесу.

5. Визначити алгоритм дослідження показників функціонального стану гепатобіліарної системи ухворих на псоріаз та оцінити діагностично-прогностичне значення ступеня їх порушень як додаткового критерію активності подальшого перебігу псоріазу.

6. На підставі результатів проведених комплексних досліджень запропонувати орієнтовну схематичну модель патогенезу псоріазу як системного захворювання.

7. Розробити удосконалений, патогенетично обгрунтований метод лікування псоріазу, який передбачає індивідуалізоване залучення до комплексної терапії хворих на цей дерматоз сучасних вітчизняних гепатопротекторних препаратів природнього походження, спрямованих на корекцію порушень гепатобіліарної системи організму, що буде сприяти підвищенню ефективності лікування.

 **Об'єкт дослідження**

 Хворі на псоріаз.

 **Предмет дослідження**

Особливості патогенезу та клінічного перебігу псоріазу. Дослідження функціонування шлунково-кишкового тракту, гепатобіліарної та серцево-судинної систем у хворих на псоріаз. Біохімічні дослідження вмісту загального білка, сечовини, альбумінів у сиворотці крові, процентного співвідношення білкових фракцій, рівня тимолової проби; вмісту загальних ліпідів, β-ліпопротеїдів, тригліцеридів, холестеролу; концентрації глюкози, серомукоїдів; активності аланінаміно- та аспартатамінотрансфераз ( АлАТ, АсАТ ), амілази; концентрації білірубіну. Диференційована клініко-лабораторна ефективність різних методів терапії.

#  Методи дослідження

1. Клінічний - встановлення діагнозу, визначення ступеня тяжкості перебігу захворювання, контроль за ефективність лікування.
2. Біохімічний - визначення в крові ряду показників білкового, ліпідного, ферментного, пігментного та вуглеводного обмінів.
3. Визначення індексу PASI, його регресії.
4. Статистичний - оцінка достовірності (за методом Фішера Стюдента та комп’ютерної програми Microsoft Excel) та виявлення кореляційних зв’язків між отриманими показниками.

#  Наукова новизна отриманих результатів

 На підставі аналізу результатів проведених комплексних сучасних клініко-лабораторних і спеціальних досліджень, доведено вплив виявленої в обстежених хворих на псоріаз різних вікових категорій різнопланової вісцеральної патології з боку багатьох органів і систем організму, зокрема шлунково-кишкового тракту, гепатобіліарної та серцево-судинної систем на характер та тяжкість клінічного перебігу псоріазу, що вказує на системність порушень в організмі при цьому дерматозі.

 Вперше у обстежених хворих на псоріаз встановлено виразну корелятивну залежність між рівнями порушень ряду біохімічних показників, що відображають функціональний стан печінки, зокрема білкового, ліпідного, вуглеводневого, ферментного і пігментного обміну, на різних стадіях ( прогресуюча, стаціонарна, регресуюча ) перебігу псоріатичного процесу. При цьому, при прогресуючій стадії дерматозу було зареєстровано найбільш виразний зворотній взаємозв’язок між показниками рівнів серомукоїдів та тимолової проби, а прямий взаємозв’язок - між показниками рівню β-ліпопротеїдів та серомукоїдів, тимолової проби та активності АлАТ. Разом з тим, у хворих на стаціонарну стадію псоріаз показники вмісту α2-глобулінів тісно одновекторно корелювали з рівнем γ-глобулінів, а рівню тригліцеридів був притаманний досить виразний зворотній взаємозв’язок з рівнями загальних ліпідів, альбумінів, серомукоїдів; α1-глобулінам з альбумінами.

 Виявлені певні неоднорідні зміни біохімічних показників при

 різних стадіях псоріазу вказують на існування взаємозв’язку

 функціонального стану печінки та активністю шкірного псоріатичного

 процесу, що розширює уявлення з системних механізмів патогенезу

 дерматозу.

 Патогенетично обґрунтована доцільність проведення визначення

 ряду біохімічних показників для оцінки ступеня дисфункції

 гепатобіліарної системи у хворих на псоріаз, що може слугувати додатковим

 діагностично - прогностичним критерієм оцінки активності подальшого

 клінічного перебігу дерматозу, а також розробки тактики проведення

 комплексної індивідуалізованої терапії.

 Запропонована схематична модель патогенезу псоріазу як системного захворювання, що ґрунтується на встановленому порушенні ряду біохімічних показників в організмі хворих та доведеному взаємозв’язку відповідних порушень з активністю шкірного псоріатичного процесу.

 Доведена раціональність застосування в комплексному індивідуалізованому лікуванні псоріазу ряду вітчизняних сучасних гепатопротекторних лікарських препаратів рослинного походження (фламікару, силібору, „Світанку”), механізм дії яких спрямований на корекцію порушень у гепатобіліарній системі організму хворих та підвищує ефективність лікування.

##  Практичне значення отриманих результатів

 Розроблено та апробовано диференційований метод комплексної терапії хворих на псоріаз із застосуванням нових фітогепатопротекторів фламікар, силібор, „Світанок” з урахуванням особливостей впливу кожного з них на стан гепатобіліарної системи, що призводить до її нормалізації та передбачає отримання більш швидкого клініко-лікувального ефекту, подовження ремісії. Це, в свою чергу, підвищує соціально-економічну цінність запропонованого терапевтичного підходу, оскільки під впливом лікування зменшується перебування хворого в стаціонарних умовах та збільшується профілактична здатність вказаного методу, а, отже - підвищується якість життя пацієнта.

#  Особистий внесок здобувача

 Автором самостійно визначено мету і завдання роботи, складено і виконано план досліджень, проведено аналіз даних літератури. Дисертанткою проведено забір і підготовку матеріалу для лабораторних методів досліджень. Значну частину лабораторних досліджень виконано за безпосередньої участі автора. Самостійно розроблено удосконалений метод терапії і проведено комплексне лікування хворих на псоріаз з використанням нових фітогепатопротекторів фламікар, силібор, „Світанок”, а також кількісна, статистична обробка отриманих даних з відповідними заключеннями та висновками.

 Дисертантка з глибокою повагою вшановує світлу пам’ять д.м.н. професора Юрія Миколайовича Туркевича, під керівництвом якого було заплановано і розпочато виконуватися це дослідження.

#  Апробація результатів дисертації

#  Матеріали дисертації доповідались та обговорювались на :

1. Научно-практической конференции.-Днепропетровск-Хмельницкий,1998.
2. VІІ з`їзді дерматовенерологів України. - Київ, 1999.
3. Семінарському занятті для лікарів дерматовенерологів. - Львів, 1999.
4. Congress of the 5th world wide international medical student’s and young doctors congress. - Katovice ( Poland ). - 2000. - 12-14 April.;
5. Міжнародній конференції молодих вчених 11-13 жовтня . – Львів, 2001.
6. Обласній тематично-науковій конференції лікарів дерматовенерологів.- Львів, 2003.
7. Науково-практичному міжнародному семінарі ”Патологія шкіри та слизових” . - Львів, 2006.
8. Засіданнях кафедри дерматовенерології ФПДО Львівського національ-ного медичного університету ім. Данила Галицького. - Львів, 2006.
9. Науково-практичній конференції „Досягнення молодих вчених дерматовенерологів” 7-8 грудня . – Київ, 2006.
10. Нвчально-діагностичній конференції „Клініка, діагностика, лікування псоріазу”. - Львів, 2007.

 11. Обласній тематично-науковій конференції лікарів дерматовенерологів

 „ Сучасні наукові дані про етіопатогенез, методи обстеження, клінічний

 перебіг та лікування хронічних дерматозів”. - Львів, 2007.

Результати роботи впроваджені у вигляді :

1. Методичних рекомендацій „Застосування мебетізолу та фламікару в комплексній терапії хворих на псоріаз” (впроваджено в практику Львівського обласного шкірно-венерологічного диспансера). - Львів, 1998. - 6с.

2. Інформаційного листа „Застосування фламікару, як нового гепатопротектора в комплексній терапії хворих на псоріаз” (впроваджено в практику Львівського обласного та міського шкірно-венерологічних диспансерів). - Львів, 1998. – 4с.

3. Інформаційного листа „Застосування гепатопротектора „Світанок” для корекції порушених обмінних процесів в комплексному лікуванні хворих на псоріаз ”. – Київ, 2001. - №105. – 4с.

4. Тем лекцій та практичних занять для студентів 4 курсу медичного факультету СумДУ з 2004 року, зокрема: особливості змін обмінних процесів у хворих лускатим лишаєм; доцільність визначення біохімічних показників, які відображають функціональний стан печінки; етіопатогенетична обумовленість використання гепатопротекторів, особливо комбінованих, у комплексній терапії псоріатичної хвороби.

 5. Рекомендацій в практиці Рівенського обласного шкірно-венерологічного

 диспансера ( протягом 2003-2004рр. згідно інформаційного листа №105.

 Київ, 2001р.).

1. Пат. 11545 U Україна, UА 7А61 К 35 /78. Спосіб корекції порушення обмінно-імунних процесів у комплексній терапії хворих на псоріаз. /

 Сизон О.О., Туркевич О.Ю./ u 2005 09913; Заявлено 21.10.2005.; Опубл.

 15.12.2005., Бюл №12. – 8с.

#  Публікації

 **За матеріалами дисертації опубліковано 20 наукових праць. У тому числі, 7 з них є журнальними одноосібними статтями у виданнях, рекомендованих ВАК України, 9 тез доповідей, 2 інформаційні листи, 1 методичні рекомендації, 1 патент.**

 **ВИСНОВКИ**

 У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове рішення наукової задачі, що полягає в підвищенні ефективності лікування хворих на псоріаз, особливо похилого віку, із застосуванням, поряд з базовою терапією, гепатопротекторів природного походження.

1. Аналіз результатів обстеження 138 хворих на псоріаз у віці від 10 до 78 років вказував на наявність дифузної форми дерматозу у 113 (81,9%) осіб, обме-женої – у 7(5,1), псоріатичної артропатії - у 13(9,4%), псоріатичної еритродермії – у 5(3,6%). Серед обстежених домінували пацієнти у віці 40-50 років (26,09%). Найбільший процент звернень осіб був зареєстрований з тривалістю дерматозу до 5 років (33,3%) . Відповідні дослідження вказували, що у Львівському регіоні на сучасному етапі почастішали важкі форми псоріатичної хвороби. Прослідко-вується тенденція омолодження контингенту хворих на псоріаз.

2. Встановлено, що передумовою дебюту виникнення псоріазу у 38,4% обстежених хворих були різні стресові ситуації. Доведено, що чинниками ризи-ку клінічного прогресування дерматозу та загострення шкірного псоріатичного процесу у 89 хворих різних вікових категорій були численні інфекційні захво-рювання та запальні процеси внутрішніх органів, зокрема у 11% - загострення хронічної патології печінки, що підтверджує вагоме значення відповідних фак-торів у ланцюзі патогенезу псоріазу.

3. У переважній більшості обстежених хворих на псоріаз різних вікових груп встановлено порушення ряду показників білкового, ліпідного, вуглевод-невого та ферментного обміну. При цьому, виразність відповідних змін корелю-вала з поширеністю шкірного псоріатичного процесу та терміном тривалості перебігу дерматозу, а також наявністю патології ряду внутрішніх органів, зокре-ма шлунково-кишкового тракту, гепатобіліарної та серцево-судинної систем, що вказує на наявність системності порушень в організмі при псоріазі.

3.1. Встановлено порушення ряду показників білкового обміну у хворих на псоріаз, що характеризуються достовірним зниженням вмісту загального білку та альбумінів сироватки крові, збільшенням процентного вмісту α2- та γ-гло-булінів. Підтвердженням диспротеїнемії в обстежених пацієнтів є також виявле-не збільшення у 2 рази рівня тимолової проби. Можливо гадати, що відповідні порушення є наслідком пошкодження паренхіми печінки запального характеру та гіперпродукції імуноглобулінів, як явища вторинної аутоагресії по відно-шенню до змінених білків сироватки крові.Доведено, що концентрація білірубіну хворих на псоріаз знижується не значно, проте показник повинен враховуватися для комплексної оцінки загального стану печінки.

3.2. При визначенні у хворих на псоріаз активності індикаторних фермен-

тів печінки встановлено підвищення активності АлАТ (в 1,6-1,8 рази), АСТ (в 1,7-2 рази), а також зменшення показника де Рітіса (0,88). Характер змін показників відповідних ферментів вказує на ураження печінки запального характеру та гепатобіліарний генез гіперферментемії при цьому дерматозі. Активність амілази сироватки крові у хворих збільшувалась в 1,2 - 1,3 рази. Окрім цього, виявлено, що показники активності трансаміназ та амілази в обстежених корелюють в залежності від стадії перебігу, поширеності та давно-сті псоріатичного процесу.

3.3. У хворих на різні стадії перебігу шкірного псоріатичного процесу (прогресуюча, стаціонарна, регресуючи) встанолено зростання концентрації три-гліцеридів в 1,5-1,8 рази, холестеролу в 1,2 рази при одночасному суттєвому зменшенні концентрації β-ліпопротеїдів у 81% обстежених, що є свідченням метаболічних змін в ліпідному складі сироватки крові при псоріазі. В обстежених пацієнтів спостерігається загальне зниження рівня серомукоїдів в 1,5 рази, що вказує на пошкодження внутрішніх органів, які містять сполучну тканину, зокрема печінки.

4. Доведено корелятивний звязок тяжкості та характеру зрушень ряду біохімічних показників, які відображають функціональний стан печінки у хворих на псоріаз в залежності від стадії перебігу шкірного псоріатичного процесу та терміну тривалості дерматозу. Аналіз результатів відповідних досліджень свідчать про багатогранність та широкий спектр метаболічних порушень в організмі хворих на псоріаз, що розширює уявлення про патогенез дерматозу.

 5. Запропоновано алгоритми дослідження функціонального стану печінки у хворих на псоріаз, які включають визначення комплексу таких біохімічних показників: вмісту загального білка, співвідношення альбумінової та глобуліно-вої фракцій, рівня тимолової проби, активності АлАТ та АСТ, рівня тригліцери-дів, β-ліпопротеїдів, вмісту серомукоїдів, концентрації сечовини та білірубіну сироватки крові. Ступінь порушень відповідних показників функціонального стану печінки у хворих на псоріаз може слугувати додатковим діагностично-прогностичним критерієм активності подальшого клінічного перебігу дерма-тозу, що має врахуватись при розробці тактики комплексної патогенетичної терапії, спрямованої на їх корекцію.

 6. Запропонована орієнтова схематична модель патогенезу псоріазу як системного захворювання, що грунтується на встановленому комплексному порушенні ряду біохімічних показників в організмі хворих та встановленому взаємозв’язку цих порушень з активністю шкірного псоріатичного процесу.

7. Розроблений удосконалений, патогенетично комплексний метод лікування псоріазу, який паралельно з проведенням базової комплексної терапії передбачає індивідуалізоване призначення хворим сучасних вітчизняних гепа-топротекторних лікарських препаратів природнього походження, спрямованих на корекцію порушень в гепатобіліарній системі організму: білкового, ліпідного, вуглеводневого, ферментного та пігментного обміну. Використання запропоно-ваного методу терапії дозволяє корегувати ряд системних порушень в організмі хворих на псоріаз, а також сприяє прискоренню регресу шкірної псоріатичної висипки на 47-56%, зменшенню кількості ліжко-днів на 15 – 25% та подовжен-ня терміну ремісії.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

 В комплексному лікування хворих на псоріаз доцільно використовувати фітогепатопротектори фламікар та „Світанок”.

 Фламікар призначають в будь-якій стадії захворювання. 5% сироп фламікар приймають піля їди, запиваючи пів-склянкою води і не пізніше 18 години за схемою: в перший день – 1 чайна ложка; в другий день – 1 чайна ложка двічи на день; в третій день – 1 чайна ложка тричі на день; надалі по 10 мл (1 десертній ложці) тричі на день протягом 3 – 4 тижнів. Найкращим ефект від застосування фламікару є у пацієнтів вікової групи молодше 60-и років.

 Препарат „Світанок” призначають при стаціонарній та регресивній стадіях псоріазу. Його приймають тричі на день за 20 хвилин до або через 20 хвилин після їди по 30 крапель, які додають у 30 – 50 мл (1 рюмка) води протягом 3 – 4 тижнів. Найкращим ефект від застосування Препарату „Світанок” є у пацієнтів вікової групи старше 60-и років.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азарова В.Н., Хамачанова И.В., Поляков А.В. Генетика псориаза // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2003. – №6. – С.29-33.
2. Аковбян В.А., Аширметов А.Х., Краковский М.Э. и др. Взаимосвязь микросомальной окислительной системы печени и свободнорадикального окисления у больных псориазом // Мед. журн. Узбекистана. – 1990. – № 2. – С. 43 – 45.
3. Андрашко Ю.В. Нове у бальнеотерапії псоріазу // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2005 – №3 (18) – С. 124.
4. Анфілова М.Р., Ляшенко І.Н., Бондар С.А., Труніна Т.І. Особливості перебігу псоріазу залежно від віку хворого // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2005 – №3 (18) – С. 117.
5. Анфілова М.Р., Ляшенко І.Н., Бондар С.А., Труніна Т.І. Вікові особливості ендогенної інтоксикації у хворих на псоріаз // Київ. – Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2005 – №3 (18) – С. 118.
6. Базарнова М.А., Морозова В.Т. Руководство по клинической лаборторной диагностике. Клиническая биохимия // К.: Вища школа. – 1990. – Ч.3. – 319 с.
7. Бажора Ю.І., Кресюк В.И. Клінічна імунологія: проблеми і значення для практичної медицини. // Одеський мед. журн.–1999.–Т. 53, № З. – С.74 – 78.
8. Баранова О.А. Метаболічні порушення та обгрунтування можливості використання тезіграфічного методу дослідження при псоріазі // Лік. справа. Врачебн. дело. – 1999. – № 2. – С. 18-22.
9. Барінова М.Е. Метаболізм моноцитів периферійної крові хворих псоріазом // Укр. мед. альманах. – 2000. – Т.3, № 1. – С. 15 – 19.
10. Барінова М.Е. Патогенетичне обґрунтування і клінічна ефективність застосування нестероїдних протизапальних препаратів у комплексній терапії хворих на псоріаз : Автореф. дис... канд. мед. наук : 14.01.20 / Ін-т дерматол. та венерол. АМН України. – Харків, 2002. – 18 с.
11. Барінова М.Е. Терапевтична ефективність застосування нестероїдних протизапальних препаратів у хворих з тяжкими формами псоріазу // Дерматологія та венерологія. – 2003. – Т.20, №2. – С.51-55.
12. Бахмистерова А.А., Бычко-Токова И.С. Об иммунокорригирующей терапии псориаза // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2000. – №4. – С. 41 – 46.
13. Беляев Г.М. Стресс, адаптація, псоріаз, планування наукових досліджень з проблеми цього захворювання // Дерматологія та венерологія. – 2002. – Т.16. – №2. – С.11 – 15.
14. Бєлозорова О.П., Олійник І.О. Показники імунної реакції на гліадин та клінічні прояви псоріазу // Дерматологія та венерологія. – 2003. – Т.19. – №1. – С.26 – 29.
15. Бобнев Г.М., Зонров Т.Т., Хусейнов А.А. Применение нового иммуно-модулирующего препарата тимогара при лечении псориаза и нейродермита // Иммунология. – 1999. – № 2. – С. 46 – 49.
16. Богданов В.К., Ротарь Г.М. Біологічні дослідження гепатобіліарної системи у хворих на псоріаз // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2000. – Т.3. – №1. – С. 8 –12.
17. Болотна Л.А., Решетняк О.В. Новий фармакотерапевтичний підхід до лікування псоріазу // Дерматологія та венерологія. – 2002. – Т.16, №2. – С.56 – 59.
18. Бондар С.А., Ляшенко І.Н., Труніна Т.І. Використання органічних та неорганічних радіопротекторів у комплексній терапії псоріазу // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2002. – № 2. – С. 25 – 28.
19. Братусь-Сухорукова О.Ю. Особливості клінічних проявів, перебігу та лікування псоріазу в осіб похилого віку: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.20 / Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця. – К., 2003. – 20с.
20. Броше Е.А. Содержание биологических аминов в крови больных псориазом // Журн. дерматологии и венерологии. – 1998. – № 2.–С.38 –40.
21. Броше Е.А., Горбач Т.В., Губина-Вакулик Г.И. Содержание окситоцина и вазопрессина в крови больных псориазом // Дерматологія та венерологія. – 2004. – Т.25, №3. – С.19 – 22.
22. Буянова О.В., Х.Д. Аль-Рамлаві Стан проблем етіопатогенезу, лікування хворих на псоріаз в Україні, розробка сучасних теорій // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. -2005.– №4 (19) – С.36 – 39.
23. Буянова О.А., Коляденко В.Г., Скляренко Є.Г., Кваша В.П. Тактика лікування хворих на псоріатичний артрит // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2003. – Т.11, №1. – С.25 – 29.
24. Бялий А.О. Імінологічні зміни у хворих на псоріаз //Акт. вопр. дерматовенерологии: Научн. – практ. сб. ст. – Днепропетровск – Хмельницкий, 1997. – Вып. 10. – С. 148.
25. Вавилов А.М., Самсонов В.А., Димант Л.Е., Завалишина Л.Э. Иммуноморфологические исследования Т-лимфоцитов в коже больных псориазом // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2000. – №4. – С. 4 – 6.
26. Василишин А.А. Сігма – ШОЕ і циркулюючі імунні комплекси при псоріазі. Автореф. дис... канд. мед. наук : 14.01.20 / Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця. – К., 1998. – 18с.
27. Вилькинсон Д.Г. Принципы и методы диагностической энзимологии. // М.: Медицина. – 1981. – 624с.
28. Владимиров В.В., Меньшикова Л.В. Современные представления о псориазе и методы его лечения // Рус. мед. журн. – 1998. – Т.6. – №20(80). – С.1318 – 1323.
29. Влияние эссенциале - ПУВА-терапии на спектр этерифицированного холестерина у больных псориазом / А.Л.Машкиллейсон, Е.Н. Бочарова, В.Г. Акимов, А.П. Лашманова // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1993. – № 4. – С. 44 – 47.
30. Гаєвська М.Ю. Циркулюючі імунні комплекси в сироватці крові хворих на псоріаз // Журн. дерматологии и венерологии. –1999. –№ 2(8).–С. 39- 43.
31. Глухенький Б.Т. Псоріаз. Лікування та діагностика / Дерматологія та венерологія. – 1998. – №1. – С. 38 – 39.
32. Глухенький Б.Т., Васильчук Е.А., Заруцкая Н.П., Гунченко Л.В. и соавт. Комплексное лечение больных с каплевидной формой псориаза // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2005 –№3(18) –С. 126.
33. Голубєва М.Г. Дослідження ефективності сучасних гепатопротекторів в умовах гострого токсичного експериментального ураження печінки // Галицький лік. вісн. – 2004. – Т.11, №3. – С. 23 –25.
34. Горячковский А.М. Справочное пособие по клинической биохимии. // Одесса.: ОКФА, 1994. – С.263.
35. Джон Пегано. Лечение псриаза – естественный путь : Пер. С англ.. // М.: КУ-ДИЦ-ОБРАЗ, 2001. – 288с.
36. Дакиева Л.М., Гребенников В.А. Эволюция псориаза и его особенности в разных климатогеографических зонах России // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2002. – №5. – С.29 – 31.
37. Дащук A.M., Ткаченко С.Г. Лечение псориаза с учетом нарушений обмена фибрионектина // Вісн. пробл. біології і медицини. – 1998. – № 25. – С. 40 – 44.
38. Дащук А.М., Чипиженко В.А., Черникова Л.И. Лечение больных псориазом с учетом окисной модификации белков и липидов // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2005 – №3 (18) – С. 118.
39. Денисюк В.Г. Посібник з клінічної лабораторної діагностики. // К.: Здоров'я. – 1992. – 296с.
40. Довжанский С.И. Некоторые аспекты патогенеза псориаза // Вестн. дерматологии и венерологии. - 1990. - № 4. - С. 34-36.
41. Дроговоз С.М., Бородина Т.В., Деримедвідь Л.В. Експериментальне обгрунтування альтернативи вибору гепатопротекторів // Ліки. – 1998. – №5. – С.32-35.
42. Евстафьев В.В., Шейнкман В.Л. Прогностическое значение иммунопатологических показателей при псориазе / / Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2000. – № 1 . – С. 28 –31.
43. Задорожний Б.А. Псоріаз. - К.: Здоров'я, l993. - 169c.
44. Инструкция по применению унифицированных клинических лабораторных методов исследования. // М.: МЗ СССР. – 1986. – 184 с.
45. Кипнис В.М., Кипнис В.А. Гальванизация области печени в комплексном лечении псориаза // Вестн. дерматологии и венерологии. –1992. – № 5. – С. 22 – 23.
46. Ковальова Т.Д. Комплексна диференційована коригуюча терапія хворих на псоріаз різними конституційними типами з урахуванням клінічних даних імунного статусу і деяких обмінних процесів: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.19. / Нац. мед. ун-т ім. 0.0. Богомольця. – К., 1996. – 29с.
47. Коваленко В.Н., Викторов А.П. Компендиум. Лекарственные препараты // К. – “Морион”. – 2004. – 1664с.
48. Колебания среднемолекулярных пептидов в крови при тяжелых формах псориаза в процессе комплексного лечения с включением фитосборов и полисорба / И.Н. Ляшенко, С.К. Псюк, С.А. Бондарь, Т.И. Трунина // Журн. дерматологии и венерологии. – 1997. – № 3. – С. 66 –67.
49. Коляденко В.Г., Федорич П.В., Василишин А.А. Визначення вмісту альбуміну та ЦІК в сироватці крові хворих на вульгарний міхурник та псоріаз // Патогенез і терапія шкірних та венеричних хвороб: 3б. наук. праць. – Хмельницький – Львів, 1994. – С. 25 – 26.
50. Коляденко В.Г., Чернышов П.В. Характеристика клеточного иммунитета у больных псориазом //Сучасна інфекція.–2000.-№2 –С.55-61.
51. Коляденко В.Г., Степаненко В.І., Федорич П.В., Скляр С.І. Шкірні та венеричні хвороби. Навчальний посібник. // Нова книга. – 2006. – 424с.
52. Коляденко Е.В. Недостатки современных методов лечения псориаза // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2003. – Т.11, №4. – С. 25 – 27.
53. Коляденко К.В. Імунозалежність клінічного перебігу псоріазу : Автореф. дис... канд. мед. наук : 14.01.20 / Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця. – К., 2004. – 19с.
54. Комаров Ф.И., Коровкин Б.Ф.,Меньшиков В.В. Биохимические исследования в клинике. // Л: Джангар. – 1999. – 250 с.
55. Король В.Н. Иммунологическое обоснование применения иммуносорбентов в лечении больных псориазом // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2005 – №3 (18) – С. 128.
56. Коржова Т.П. Терапія псоріазу з урахуванням особливостей клінічного перебігу дерматозу, процесів ліпопероксидації та при наявності ентеровірусної інфекції в організмі : Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.20 / Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця. – К., 2002. – 20 с.
57. Коржова Т.П., Сологуб Л.В. Сучасні аспекти патогенезу та терапії псоріазу з урахуванням процесів ліпопероксидації та наявності ентеровірусної інфекції в організмі // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – Т.12, №1. – С.81.
58. Косухін А.Б. Діагностичне значення клініко-біохімічних досліджень при псоріазі // Тези доп. VI з’їзду дерматовенерологів України. – Харків, 1992. – С.70 – 71.
59. Круглова Л.С. Применение наружного средства дайвонекс в сочетании с фототерапией при лечении псориаза // Рус. мед. журн.– 2002. – Т.10. – №4 .– С.216 – 219.
60. Кубанова А.А., Жилова М.Б., Резайкина А.В. Эффективность применения неотигазона (ацитретона) в терапии больных с тяжелыми формами псориаза // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2000. – №3. – С. 54 – 57.
61. Курдина М.И., Загоруйко Е.И., Трактуев Д.О. Нарушения в системе активаторов плазминогена при псориазе : Обзор л-ры // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2002. – №5. – С.38 – 42.
62. Кутасевич Я.Ф., Олійник І.О., Маштакова І.О., Савенкова В.В. Сучасні можливості зовнішньої терапії хворих на псоріаз // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2002. – Т.7, №4.– С.28 – 33.
63. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях. – К.: Морион, 2001. – Ч.2. – 394 с.
64. Літус І.С. Вобензим в комплексному лікуванні хворих псоріазом // Журн. дерматологии и венерологии. – 1998. – № 2. -–С. 35 – 36.
65. Меньшиков В.В., Делекторская Л.Н., Золотницкая Р.П. и др. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник // М.: Медицина. – 1987. – 368 с.
66. Мавров І.І., Гончаренко М.С., Кондакова Г.К. та ін. Бар’єрно-транспортні та структурні властивості мембран еритроцитів при псоріазі // Дерматологія та венерологія. – 2002. – Т.16, №2. – С.15 – 20.
67. Машкиллейсон А.П.. Бочарова Е.Н. Эссенциале-пува-терапия псориаза // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1993. – № 5. –С.76 – 77.
68. Машков О.А., Шарапова Г.Я., Логинова Т.К. Современное комплексное лечение псориатической болезни // Терапевт. архив.–1995.–№ 10.– С. 82-84.
69. Маштакова И.А. Применение локоида в наружной терапии больных псориазом и атопическим дерматитом // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2002. – №1(4). – С.27 – 28.
70. Михайличенко Б.В., Баранова О.А. Визначення вмісту вільної фракції гепарину в сироватці крові у хворих на псоріаз // Лабораторна діагностика.– 2000. – №1.– С.9 – 21.
71. Мордовцев В.Н., Рассказов Н.И. Лечение больных наследственными заболеваниями кожи и псориазом: Пособие по фармакотерапии для врачей. – Астрахань. – 1996. – 164 с.
72. Недобой Б.П., Недобой П.М. Протеїнкіназна активність шкіри хворих на псоріаз // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2005 – №3 (18) – С. 128.
73. 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 (18) – С. 129.
74. Ніколаєва З.А. Судинний компонент в патогенезі псоріатичної хвороби // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – Т.12, №1. – С.82 – 83.
75. Пат. 18031А Україна, МКВ5. А61К 31/195. Спосіб корекції порушень обміну при псоріазі/ М.С. Гончаренко, Я.Ф. Кутасевич, Г.К. Кондакова та ін. (Україна). - 94063073; Заявл. 20.06.94; Опубл. 17.06.97, Бюл. № 5. – C.3.1.76.
76. Пат. 8280А Україна, МКВ5. А61К 31/00. Спосіб лікування псоріазу/А.М. Дащук, Н.О. Пустова (Україна). – 96010079; Заявл. 10.01.96; Опубл. 29.03.96, Бюл. № 1. - C.3.1.10.
77. Пат. 7431 Україна, МКВ5. А61 М 1/34. Спосіб лікування псоріазу/В.Г. Коляденко, Л.О. Сніжкова, В.Г. Ніколаєв та ін. (Україна). – 4434599/84; Заявл. 31.05.88; Опубл. 29.09.95, Бюл. №93. – C.3.1.10.
78. Пат. 7414 Україна, МКВ5 А61 М1/36. Спосіб лікування псоріазу/В.А. Амалян, В.М. Король, В.Т. Коляденко (Україна). 4339543/S4; Заявл. 07.12.87; Опубл. 29.09.95, Бюл. № 3. – C.3.1.10.
79. Пат. 8278 А Україна, МКВ5. А61 К 31/00, А6/№5/06. Спосіб лікування псоріазу/О.А. Броше, A.M. Дащук (Україна). – 9601081; Заявл. 10.01.96; Опубл. 29.03.96, Бюл. №9 1. – C.3.1.9.
80. Пат. 7413 Україна, МКВ5. А61 М 1/00. Спосіб лікування псоріазу/В.Г. Коляденко, В.Я. Король, А.О. Якуб та ін. (Україна). –4722699/84; Заявл. 19.07.89; Опубл. 29.09.95, Бюл. №3. – C.3.1.10.
81. Пат. 19335 Україна, МКВ5 А61 К 31/13, А61 К 9/00, А61 К 31/685. Спосіб приготування засобу для лікування хвороб типу псоріазу/Айбль Хансторг (ДЕ), Унчер Клеменс (ДЕ), Енгель Юрген (ДЕ). – 4831261/54; Заявл. 22.09.90; Опубл. 25.12.97, Бюл. №9 6, Ч. I. – C. 3.1.74.
82. Пат. 7477 Україна, МКВ5 А61 В 10/00. Спосіб лікування ускладнених форм псоріазу/В.В. Карпенко, В.М. Король, В.А. Амалян, В.Г. Коляденко (Україна). – 4125794/S4; Заявл. 29.09.86; Опубл. 29.09.95, Бюл. №2 3. – C.3.1.8.
83. Романенко В.Н., Баринова М.Э., Свистунов И.В. и др. Особенно-сти экспрессии свободно-радикального окисления при псориазе на фоне действия нестероидных противовоспалительных препаратов // Дермато-венерология, косметология, сексопатология. - 2000. - Т.3,№1. - С.41-47.
84. Паращук Б.М. Роль стану антиоксидної функції організму в патогенезі розвитку екземи та псоріазу // Дерматологія, косметологія, сексопатологія. – 2001. – №1(4). – С.98 – 101.
85. Перламутров Ю.Н., Шарапова И.В. Преимущества использования псоркутана в наружной терапии псориаза // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1999. – №3. – С. 55 – 58.
86. Потоцкий И.И., Ляшенко И.Н., Головченко Д.Я. Чешуйчатый лишай // К.: Наук. думка. – 232 с.
87. Приймак А.В. Стан антиоксидазної системи крові у хворих на псоріаз // Київ. – Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2005 – №3 (18) – С. 123 – 124.
88. Пустова Н.А. Нормалізація процесів колагеноутворення у хворих на псоріаз після лікування // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2005 – №3 (18) – С. 119.
89. Рахматов А.Б., Муратова У.З., Фрайзнев К.И., Курбанова Н.К. // Псориаз: патогенетическая значимость фосфолипазы А2 у больных псориазом // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – Т.13. – №2. – С.16-19.
90. Рахматов А.Б., Аляви Ф.Л. Биохимические показатели гепатобилиарной системы и поджелудочной железы у больных псориазом // Мед. журн. Узбекистана. – 1991. – № 2. – С. 31 – 34.
91. Рахматов.А.Б., Худжамбердыев О.А. Современные проблемы псориатического артрита // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2003. – Т.11. – №2. – С.32 – 37.
92. Рахматов А.Б., Рахматов Т.П., Худжамбердыев О.А. Особенности течения псориаза в Узбекистане // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – Т.13. – №2. – С.20 – 24.
93. Рахматов А.Б. “Элидел” в терапии больных псориазом // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2005 – №3 (18) – С. 123.
94. Решетняк Е.В. Функциональная активность эпифиза у больных псориазом // Медицина сегодня и завтра. – 2001. – №1. – С. 65 – 66.
95. Рожков Г.С. Клинико-эпидемические характеристики псориатической болезни // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2000. – Т.3. – №1. – С. 127 – 131.
96. Рожков Г.С., Федотов В.П. Динаміка показників функціонального стану печінки та шлунково-кишкового тракту у хворих на псоріаз під впливом лікування цілющими факторами Азовського моря // Медичні перспективи. – 2000. – №2. – С. 52 – 57.
97. Романенко В.Н, Баринова М.Е. Порівняльна характеристика ефективності застосування нестероїдних протизапальних препаратів у хворих на псоріаз // Журн. дерматології та венерології.-2001.-№4(14).- С.26-31.
98. Романенко В.Н., Романенко К.В. «Ливолин форте» в комплексном лечении больных псориазом // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2005 – №3 (18) – С. 121.
99. Романенко В.Н., Шлопов В.Г., Шевченко Т.И. и др. Морфофункциональное состояние кожи при псориазе // Акт. вопр. дермовнерологии: Научн.-практ. сб. ст. – Днепропетровск – Хмельницкий, 1996. – Вып. 9. – С. 28.
100. Романцов М.Г., Коваленко А.Л., Рыбалкин С.Б. Псориаз. Эффективность лечения реамберином//Лечащий врач.-2000.-№2.-С.52-55.
101. Руденко И.Б., Свирид С.Г. Клиническая ценность степени микообсеменности при псориазе // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – Т.12, №1. – С.85 – 86.
102. Самсонов В.А., Федоров С.М., Тимошин Г.Г.,.Чистякова И.А. Дайвонекс – патогенетическое средство терапии больных псориазом // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2002. – №2. – С.45 – 47.
103. Свирид С.Г., Руденко И.Б. Оценка специфической псориатической онихопатии с использованием киотес // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – Т.12. – №1. – С.85.
104. Свистунов И.В., Романенко К.В. Патоморфоз кожи больных распространенным крупнобляшечным псориазом в процессе терапии метотрексатом и УФО с наружным фотосенсибилизатором // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2003. – Т.11, №1. – С.5 – 8.
105. Селезньов О.О. Морфологічні варіанти змін у синовіальній оболонці суглобів при псоріатичній хворобі // Дерматологія та венерологія. – 2002. – Т.17, №3. – С.26 – 32.
106. Семенуха К.В. Иммунология псориаза // Дерматология, венерология, косметология. – 2001. – №1(4). – С.122 – 133.
107. Сініцин Б.Ф. До питання про можливість виявлення „ псоріатичного антигену” // Дерматологія та венерологія. – 2002. – Т.18, №4. – С.24 – 28.
108. Смирнова В.А., Димант Л.Е., Иванова Н.К. и др. Скин-кап (активированный цинка пиритионат) в терапии больных псориазом // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2000. – №5. – С. 37 – 40.
109. Скляров С.В., Ляшенко І.Н., Скляров В.І. Захворюваність на псоріаз та її залежність від забруднення цезієм-137 харчових продуктів внаслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції // Укр.журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – Т.12. – №1. – С.15 – 20.
110. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни // Руководство для врач. – М: М: Медицина. – 2005. – Т.2. – 544 с.
111. Состояние вязкости крови у больных псориазом в процессе лечения производными пурина / В.В. Зоярко, Ю.А. Оболенский, Л.С. Попацкая, Н.В. Фаблова // Вестн. дерматологии и венерологии.–2000. -№3. – С. 29-31.
112. Суворова К.Н., Корсунская И.М., Путинцев А.Ю. Некоторые особенности комплексной терапии тяжелых форм псориаза // Рос. журн. кожных и венерических болезней.– 2002. – №6. – С.31 – 33.
113. Суліма Г.Т. Врахування показників жирнокислотного спектру ліпідів крові та водно-ліпідної мантії шкіри в лікуванні псоріаз : Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.20 / Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця. – К., 2002. – 20 с.
114. Терлецкий В.Б., Терлецкий Р.В. Лечение артропатического псориаза аллопуринолом // Укр.журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – Т.12, №1. – С.81 – 82.
115. Ткаченко С.Г, Комплексна терапія хворих на псоріаз з урахуванням порушень обміну фібронектину : Автореф. дис... канд. мед. наук : 14.01.20 / Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. – К., 2002. – 18 с.
116. Труніна Т.І. Роль ендогенної інтоксикації в патогенезі псоріазу та комплексна дезинтоксікаційна терапія хворих: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.20 / Нац. мед. ун-т ім О.О. Богомольця. – К., 1999. – 17с.
117. Труніна Т.І. Ступінь ендотоксикозу залежно від тяжкості перебігу псоріазу і комплексна дезінтоксикаційна терапія хворих // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – Т.12,№1. – С.84.
118. Хазанов А.И. Фунуциональная диагностика заболеваний печени.// М.: Медицина, 1988. – 301с.
119. Харитончук О. Л. Стан вільнорадикальних процесів та жирнокислотного складу ліпідів при лікуванні псоріазу : Автореф. дис... к. м. н. : 14.01.20 / Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця. – К., 2002. – 18 с.
120. Харченко Н.І. Сучасні гепатопротектори // Вісн. фармакології і фармації. – 2004. - №1. – С.26 – 31.
121. Хлебников В.В., Терехина Н.А., Фрейнд Г.Г. Органоспецифические ферменты в диагностике степени поражения печени больных холелитиазом // 3дравоохранение Башкортостана. – 1998. – № 5/6. –С. 71 –74.
122. Чернишов П.В. Вплив псоріазу на на окремі складові показників якості життя пацієнтів //Укр. журн. дерматології, венерології, косметології.- 2005 – №4 (19) – С. 20 – 21.
123. Чернишов П.В. Субпопуляції лімфоцитів, молекули активації та адгезії на лімфоцитах периферичної крові у хворих на псоріаз // Укр журн. дерматології, венерології, косметології. – 2002. – Т.7,№3. –С.6 – 10.
124. Шарова Н.М. Клиническая эффективность и иммунокорригирующее влияние ликопида в терапии больных псориазом: Автореф. дис… канд. мед. наук: 14.00.36; 14.00.11 / НИИ ФХМ. – М, 1998. – 19 с.
125. Шевченко Т.И., Шлопов В.Г. Патологическая анатомия псориатической болезни. // К.: Укр. ІНТЕК. – 2001. – 358 с.
126. Шилов В.Н., Сергиенко В.И. Окислительный стресс кератиноцитов - этиопатогенетический фактор псориаза // Бюл. эксперим. биологии и медицины. – 2000. – Т.129, №4. – С. 364 – 370.
127. Шинаев Н.Н, Еремеев М.С., Иванова Т.М. и др. Иммунная система и нейрогормональные изменения у больных псориазом // Рос. журн. кожных и вене- рических болезней. – 2000. – № 1. – С. 31 – 33.
128. Цідило І.Г. Застосування кверцитину та ербісолу в комплексному лікуванні хворих на псоріаз //Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2005 – №3 (18) – С. 130.
129. Яросевич И.В. Изменения пораженных участков и параметров гуморального иммунитета у больных псориазом под влиянием антигомотоксического лечения // Биол. терапия. – 1999. – №4. – С.13 – 18.
130. Andus T, Bauer J, Gerok W. Effects of cytokines on the liver. // Hepatology. – 1991. – Vol. 13. – P. 364.
131. Baker BS, Fry L. Nhe immunology of psoriasis // Br. J. Dermatol. – 1992. –Vol.126. – P.1-9.
132. Binder L, Smith D, Kupka T. Failure of prediction of liver function test abnormalities with the bilirubin assays // Arch. Pathol. Lab. Med. – 1989. – Vol.113. – P. 73.
133. Chnstensen OB, Brolund L. Clinical studies with a novel dithranol formulation (Miconol) in combination with UVB at day care centres// Acta Derm. Venereol. Suppil. (Stockh). – 1992. – Vol. 172. – P. 17-19.
134. Cunliffe W, Berth-Jones J, Claudy A. A multicenter comparative study of calcipotnol and betamethasone 17-valerate in patients with psoriasis vulgaris // J. Am. Acad. Dermatol. – 1992. –Vol.26. – P. 736 – 743.
135. Deems RO., Friedman LS., Friedman M.I. Relationship between liver biochemical tests and dietary intake in patients with liver disease // J. Clin. Gastroenterol. – 1994. – №18. – P.304.
136. Dodd WA. Tars: their role in the treatment of psoriasis // Dermatol. Clin. – 1993. – Vol.11. – P.131 – 135.
137. Dwyer C, Chapman RS. Calcipotriol and hypоcalceremia // Lancet. – 1991. –Vol.338. – P.764 – 765.
138. Elder J.T, Nair R.P, Guo S-W. The genetics of psoriasis // Arch. Dermatol. – 1994. –Vol.130. – P.216 – 224.
139. Еllison Rt, Hoursburgh CR Jr, Curd J. Complement levels in patients with hepatic dysfunction // Dig. Dis. Sci. – 1990. – Vol.35. – P. 231.
140. Farbev E, Rech M, Varaseh M. Stress, summerly and psoriasis: possible roleon neuropeptides // J.Acod. Derm.-1989.-Vol.14,№12.-P.305-311.
141. Fisher GJ, Duell EA, Nickoloff BJ. Levels of cyclosporine in epidermis of treated psoriasis patients dif­ferentially inhibit growth of keratinocytes cultured in serum free vs serum containing media // J. Invest. Dermatol. – 1988. – Vol. 91. – P. 142 – 146.
142. Gordon K., Papp K., Walicke P., et al. Efalizumab for patients with moderate to severe plaque psoriasis // JAMA. – 2003. – Vol. 290 (23). – P. 3073 – 3080.
143. Greaves MW, Weinstein GD. Treatment of psoriasis // N. Eng. J .Med. –1995. – Vol.332. – P.581 – 588.
144. Hallp RP, Peck GZ. Circulating IgA immune complexes in patients with psoriasis // Invest. Derm. – 1983. – Vol. 80,№ 6. – Р. 465 – 468.
145. Highton A. Quell, the calcipotriene study group. Calcipotriene ointment 0.005% for psoriasis: a safety and efficacy study // J. Am. Acad. Dermatol. – 1995. – Vol.32. – P.67 –72.
146. Hohck MF, Smith E, Pmcus S. Skin as the site of vitamin D3 synthesis and largest tissue for 1,25-dihydroxyvitamin *D //* Arch. Dermatol. – 1987. – Vol.123. – P. 1677 – 1683.
147. Inohara S. Signal transduction in normal and psoriatic epider­mal cells // Int. J. Dermatol. – 1992. – Vol.31. – P.237.
148. Iizuka H, Takahashi H. Psoriasis, Involucrin, and proteinkinase C // Int. J. Dermatol. – 1993. – Vol.32. – P.333.
149. King LE. Erythroderma: who, where, when, why, and how // Arch. Dermatol. – 1994. – Vol.130. – P.1545 – 1547.
150. Klara Gyurcsovics, Lorand Bertok.//Patophysiology of psoriasis:coping endotoxins with bile acid therapy Patophysiology.-2003.-10(1).-P.57- 61.
151. Kragballe K, Gertsen BT, Hoop DD. Double-blind right/left comparison of calcipotnol and betamethasone valerate in treatment of psoriasis vulgans // Lancet. – 1991. – Vol. 337. – P.193 – 196.
152. Krueger GG, Bergstresser PR, Lowe NJ. Psoriasis // J. Am. Acad. Dermatol. – 1984. – Vol.11. – P.937 – 947.
153. Laburte C, Grossman R, Abi-Radned J. Efficacy and safety of oral cyclosporin A (CyA; Sandimmun) for long-term treat­ment of chronic severe plaque psoriasis // Br. J. Dermatol. – 1994. – Vol. 130. – P.366 – 375.
154. Larsen FG. Pharmakinetics of etretinate and acitretin with spe­cial reference to treatment of psoriasis //Acta Dermatovenerol. –1994.–Vol.190. – P. 7 – 29.
155. Lowe NJ, Prystowsky JH, Bourget T. Acetretin plus UVB therapy for psoriasis comparisons with placebo plus UVB and acetretin alone // J. Am. Acad. Dermatol. – 1991. – Vol.8. – P. 781.
156. Marks R. Clinical safety of tazarotene in the treatment of plaque psoriasis // J. Al. Acad. Dermatol. – 1997. – V.37. – P.25-32.
157. Nicolas J, Faure M, Gucherand M. Les souspopulation de Lymphocytes Т dans Lieczeme constitutionnel // Allerg. Immunol. – 1983. – № 15. –P. 7 – 14.
158. Page EH, Wexler DM, Guenther LC. Cyclosponne A // J. Am. Acad. Dermatol. – 1986. – Vol.14. – P. 785 – 791.
159. Parker S, Coburn P, Lawrence C. A randomized dou­ble-blind comparison of PUVA-etretinate and PUVA-placebo in the treatment of chronic plaque psoriasis // Br. J. Dermatol. – 1984. – Vol. 110. – P. 215 220.
160. Ramgocy A. Cyclic nucleotides and mostolanolins in psoriasis // J. Elm. Mam. – 1985. – Vol. 18,№5 . – Р. 212 –224.
161. Reitt Z, Richard A, Ward Ph. Principles of dialysis. Utillization in nonuremie psoriatic subjects // Int. J. Derm.-1982.-Vol.21,№ 3.-Р.154-158.
162. Roenigk HH Jr, Auerbach R, Maibach H Wemstein GD Methotrexate in psoriasis—revised guidelines // J. Am. Acad. Dermatol.-1988.-Vol.19.-P. 145 – 156.
163. Rosenberg EW, Belew PW. Microbial factors in psoriasis // Arch. Dermatol. – 1982. – Vol.118. – P. 143 – 144.
164. Rosenberg EW, Noah PW, Zanolh MD. Use of rifampin plus penicillin and erythromicin in the treatment of psoria­sis // J.Am. Acad. Dermatol.–1986. –Vol.14.– P. 761 – 764.
165. Runne U, Kunze J. Short duration iminutes' therapy with dithranol for psoriasis // Br. J. Dermatol. – 1982. – Vol.106. – P. 135 – 139.
166. Ryatt KS, Statham BN, Rowell NR. Short contact modifica­tion of the Ingram regimen // Br. J. Dermatol. – 1984. – Vol.111. – P. 155 – 159.
167. Sakuntabhai A, Sharpe DR, Farr PM. Response of psoriasis to twice daily PUVA // Br. J. Dermatol. – 1993. – Vol.128. – P.166 – 171.
168. Sherman KE. Alanine aminotransferase in clinical practice // Arch. Int. Med. – 1991. – №151. – P.260.
169. Simpson KR, Lowe NJ. Trends in topical psoriasis therapy // Int. J. Dermatol. – 1994. – Vol.33. – P.333.
170. Smith EL, Pmcus SH, Donoval L. A novel approach for the evoluation and treatment of psoriasis // J. Am. Acad. Dermatol. – 1988. – Vol.19. – P. 516 – 528.
171. Stern RS. The epidemiology of joint complaints in patients with psoriasis // J. Rheumatol. – 1985. – Vol.12. – P.315 – 320.
172. Stolz A, Takikawa H, Ooklens M. The role of cytoplasmic proteins in hepatik bile and transport // Ann. Rev. Physiol. – 1989. – №51. – P.161.
173. Storbeck K, Holzle E, Schurer N. Narrow-band UVB (311 nm) versus conventional broad-band UVB with and without dithranol in phototherapy for psoriasis // J. Am. Acad. Dermatol. – 1993. – Vol.28. – P.227 – 231.
174. Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T. A popula­tion genetic study of psoriasis // Br. J. Dermatol. – 1994. – Vol.131. – P.32 – 39.
175. Telfer NR, Chalmers RJG, Whale K, Colman G. The role of streptococcal infection in the initiation of guttate pssoriasis // Arch. Dermatol. – 1992. – Vol.128. – P.39-42.
176. Van Dooren-Greebe RJ, Kuijpers AL, Mulder J. Methotrexate revisited: effects of long-term treatment in pso­riasis // Br. J. Dermatol. – 1994. – Vol.130. – P.204 – 210.
177. Vanjoost TH, Heule F, Memardi M. Low dose cyclosponne in severe psoriasis a double blind study // Br. J. Dermatol. -1988. -Vol.118.-P. 183-190.
178. Webev G, Heitr P, Nengebauer P. New systemat. Therapien der Psoriasis // Hautav zt-1988. – Bd.36.-Xsl.-S. 20 – 24.
179. Weinstein GD, White GM. An approach to the treatment of moderate to severe psoriasis with rotational therapy // J. Am. Acad .Dermatol. – 1993.–Vol.28.–P. 454 – 459.
180. Whitmg-O'KeefeQ, Fye K, Sack KD. Methotrexate and histologic hepatic abnormalities a meta-analysis //Am. J. Med.-1991.-Vol.90.-P.711 -716.
181. Yoshiba E.M., Steinbrecher U.P. Interpreting Liver Function Tests // A Practical Guide for Clinical Use Consultant, March. – 1997 . – P. 569 – 577.
182. Zeiickson BD, Muller SA. Generalized pustular psoriasis. A review of 63 cases // Arch. Dermatol. – 1999. – Vol.127. – P. 1339 – 1345.
183. Zeiickson BD, Muller SA. Generalized pustular psoriasis in childhood // J. Am. Acad. Dermatol. – 1991. – Vol.24. – P. 186 – 194.

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