

ВИКОРИСТАННЯ ОРГАНІЧНИХ ТА НЕОРГАНІЧНИХ РАДІОПРОТЕКТОРІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПСОРІАЗУ

Бондар С.А., Ляшенко І.Н., Трунина Т.І.

Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Ключові слова: псоріаз, ендотоксикоз, лікування, радіопротектори.

Результати обстежень всіх категорій населення, яке постраждало внаслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС), свідчать про погіршення їх здоров'я, збільшення захворюваності, частоти ускладненого перебігу вагітності, пригнічення клітинної та гуморальної ланок імунітету, виникнення цитогенетичних ефектів з специфічним радіаційним впливом. В патогенезі багатьох хвороб, зокрема, дерматозу, важливе місце належить радіаційному ендотоксикозу, провідну роль у виникненні якого відіграє кількість та тривалість перебування в організмі радіонуклідів [5, 9]. Досліджений вплив підвищеної радіації на перебіг і епідеміологію псоріазу, розроблені рекомендації щодо використання органічних (рослинних) і неорганічних протекторів радіонуклідів в комплексній терапії і профілактиці рецидивів захворювання [7, 8].

У хворих на псоріаз спостерігається переважання патологічними циркулюючими імунними комплексами (ЦІК), виникає пригнічення та блокування фізіологічних систем захисту й регуляції, порушення функцій центральної та периферичної нервової системи, ендокринних залоз, органів травлення та ін. Все це проявляється синдромом ендотоксикозу, внаслідок якого в організмі накопичується надмірна кількість проміжних та кінцевих продуктів метаболізму [1, 2, 4, 6, 8]. В оздоровленні хворих на псоріаз все більшого визнання набуває нетрадиційна фітотерапія [3, 7].

Проведене клініко-лабораторне обстеження й лікування 248 хворих на псоріаз (чоловіків – 160, жінок – 88). Віком від 20 до 29 років було 77 пацієнтів, від 30 до 39 років – 38, від 40 до 49 років – 31, від 50 до 59 років – 57, 60 років і старше – 45. Тривалість існування псоріазу до 3 міс визначена у 38 пацієнтів, 1 рік – у 17, 10 років – у 112, понад 10 років – у 81. Ураження шкіри площею до 30% спостерігали у 65 хворих, від 30 до 60% – у 116, понад 60% – у 67. Обмежена форма псоріазу діагностована у 18 хворих, поширена – у 230. Псоріаз у прогресуючій стадії виявлений у 206 пацієнтів, стаціонарно-прогресуючий – у 17, стаціонарний – у 23, стаціонарно-регресуючий – у 2. Звичайний псоріаз відзначений у 216 пацієнтів, псоріаз долонь і підшов – у 2, ексудативний – у 2, артропатичний – у 18, еритродермія – у 10. На загострення дерматозу взимку вказали 78, влітку – 18, взимку і влітку – 152 хворих. Мешканцями міста були 110 хворих, сільської місцевості – 138, робітників – 60, працівників сільського господарства – 40, службовців – 27, студентів та учнів – 27, пенсіонерів – 44, непрацюючих – 50. Під час ретельного вивчення даних анамнезу обтяжена спадковість виявлена у 19 хворих. Причиною виникнення псоріазу у 147 хворих був нервово-психічний стрес, у 6 – травма, у 95 – причина не

язована. На нервово-психічний стрес як чинник загострення псоріазу вказував 151 пацієнт, ангіну – 2, контакт з хімічними речовинами – 1, застосування лікарських засобів – 2, відміну кортикостероїдів – 1, сонячну радіацію – 4, ультрафіолетове опромінення – 3, порушення дієти – 14, не вказали причину рецидиву – 70.

Крім основного захворювання, у 5 пацієнтів виявлена виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, у 4 – хронічний холецистит, у 4 – хронічний панкреатит, у 2 – хронічний гепатит, у 4 – цукровий діабет, в 1 – хронічний гломерулонефрит, у 3 – сечокам'яна хвороба, в 1 – бронхіальна астма, у 2 – хронічний бронхіт, у 2 – хронічний тонзиліт, у 6 – гіпертонічна хвороба, у 2 – ревматизм, у 2 – ішемічна хвороба серця, атеросклероз, в 1 – демодекоз, в 1 – вітиліго. Ремісію тривалістю до 1 року спостерігали у 133 обстежених, до 5 років – у 104, понад 5 років – у 45. Участь в ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС брали 27 хворих.

За методикою Н.І. Габріелян (1983) у хворих на псоріаз визначали вміст пептидів середньої молекулярної маси (ПСММ), до лікування він становив $(0,434 \pm 0,015)$ ум. од., що в 1,8 разу перевищувало показники в контрольній групі – $(0,240 \pm 0,010)$ ум. од. ($P < 0,01$), за методикою А.А. Тогайбаєва (1988) досліджували сорбційну здатність еритроцитів (СЗЕ), яка становила до лікування $(71,1 \pm 0,89)\%$, що в 1,9 разу перевищувало таку в контролі – $(37,2 \pm 1,13)\%$ ($P < 0,01$). На підставі цих даних можна припустити, що у хворих на псоріаз виникає синдром ендотоксикозу. Нами вивчений стан імунної системи. Кількість Т-лімфоцитів до лікування у хворих на псоріаз становила $(40,6 \pm 1,4)\%$, що в 1,5 разу було менше показника у контролі – $(61,2 \pm 1,2)\%$ ($P < 0,01$), інтенсивність реакції бластотрансформації лімфоцитів (РБТЛ) до лікування становила $(31,5 \pm 2,1)\%$, що в 2,5 разу було менше показника у контролі $(80,3 \pm 2,7)\%$ ($P < 0,01$); кількість В-лімфоцитів – $(22,2 \pm 1,3)\%$, тобто не відрізнялась від показника в контролі $(20,2 \pm 1,6)\%$ ($P > 0,01$); вміст ЦІК – $(0,205 \pm 0,004)$ г/л, що в 2,5 разу перевищувало показник у контролі $(0,081 \pm 0,005)$ г/л ($P < 0,01$). Зазначені зміни показників свідчили про зниження активності клітинної та гуморальної ланок імунітету у хворих на псоріаз.

В патогенезі хвороби важливу роль відіграє порушення активності ферментів. Так, активність мієлопероксидази (МПО) до лікування становила $(1,79 \pm 0,04)$ ум. од., що в 1,4 разу була нижче показника у контрольній групі – $(2,56 \pm 0,03)$ ум. од. ($P < 0,01$); сукцинатдегідрогенази (СДГ) – $(0,86 \pm 0,01)$ ум. од., що в 1,4 разу було нижче показника у контрольній групі – $(1,2 \pm 0,05)$ ум. од. ($P < 0,01$); лужної фосфатази (ЛФ) – $(0,92 \pm 0,04)$ ум. од., що в 2,2 разу перевищувало таку у контролі – $(0,42 \pm$

0,03) ум. од. ($P < 0,01$); кислоти фосфатази (КФ) — ($0,89 \pm 0,02$) ум. од., що в 1,2 разу перевищувало таку у контролі — ($0,72 \pm 0,06$ ум. од. ($P < 0,01$)). Виявлене підвищення активності гідролітичних ферментів (ЛФ та КФ) і зниження активності окислювально-відновлюючих (МПО, СДГ) свідчило про порушення компенсаторно-адаптаційних можливостей організму хворих на псоріаз.

Після поглибленого клініко-лабораторного обстеження хворим на псоріаз призначали комплексне лікування з використанням неорганічних радіопротекторів (ентеросорбент силікс з розрахунку 100 мг/кг маси тіла на добу) разом з антиоксидантами (регінол, токоферол чи аевіт, тріовіт), біостимуляторами (ФІБС, алое, плазмол, солкосерил, склисте тіло), адаптогенами (настоянки елеутерококу, собачої кропиви, аралії, валеріани), седативними засобами (мікстура Кватера, новопасит), а також органічними радіопротекторами (тривале застосування відварів фітосировини). В багатьох дослідженнях [1, 3, 8, 9, 10] рекомендується біологічний підхід під час створення лікарських засобів із продуктів живої природи, за хімічною будовою близьких або навіть ідентичних до структур людського організму. На підставі такого підходу та вивчення фармакологічних властивостей численних лікарських рослин нами створені три варіанти фітокомпозицій.

На першому етапі фітотерапії застосовували відвари збору лікарських рослин, яким притаманні властивості: седативні, протизапальні, антиалергічні, сечогінні, жовчогінні, нормалізуючі функцію травної системи, стимулюючі діяльність кіркової речовини надниркових залоз, регулюючі патологічно прискорений мітоз кератоцитів епідермісу псоріатичного висипу.

Склад фітокомпозицій №1: бузина чорна — 2 столові ложки, валеріана лікарська — 3, оман високий — 2, меліса лікарська — 2, м'ята перцева — 2, календула лікарська — 2, собача кропива звичайна — 4, кріп пахучий — 1, фіалка триколірна — 4, хвощ польовий — 4, череда трироздільна — 3, чистотіл великий — 2. Тривалість застосування відвару лікарських рослин 1—2 міс, потім перерва 1—2 тиж. В амбулаторних умовах призначали відвар збору №2 лікарської сировини, яка поліпшувала окисні, відновні процеси, сприяла підвищенню репаративно-епітелізуючих процесів, а також відновленню життєво важливих функцій органів і систем хворого на псоріаз. Збір №2: береза біла (бруньки) — 2 столові ложки, звіробій звичайний — 4, кропива дводомна — 4, подорожник великий — 2, полин гіркий — 1, сушений болотна — 3, трилистий бобівник — 4, хвощ польовий — 2, череда трироздільна — 4.

Після застосування відварів збору №2 протягом 1—2 міс та перерви 1—2 тиж хворим призначали відвари фітокомпозицій №3, яка містила рослини, що справляли переважно загальнотонізуючий вплив, підвищували захисні функції шкіри, поліпшували метаболічні процеси. Збір №3: айр тростиновий — 4 столові ложки, золототисячник звичайний — 6, пижмо звичайне — 2, спориш звичайний — 3, подорожник великий — 1, череда трироздільна — 2, шавлія лікарська — 3, береза біла (бруньки) — 3, оман високий — 4. Різниця складу трьох зборів лікарських рослин забезпечила виконання потрібного фармакотерапевтичного завдання: 1-й — реабілітація хворого, 2-й — закріплення досягнутого результату лікування, 3-й — запобігання рецидивам.

Відвари фітокомпозицій готували так: старанно перемішували подріблені рослини, 1 столову ложку суміші заливали двома склянками холодної джерельної води в емальованій посудині, залишали на 12 год при кімнатній температурі. Після дванадцятигодинного настоювання посудину з заготовкою ставили на вогонь і кип'ятили протягом 1—2 хв. Знімали з вогню і настоювали 1—1,5 год, проціджували. Рекомендували випивати відвар протягом дня в 3—4 прийоми за 15—30 хв до їди. Деяким хворим з еритродермічним, ексудативним та артропатичним псоріазом за великої ділянки ураження шкіри та відсутності протипоказань перед фітотерапією проводили експураторне лікування. Терапевтичний ефект його полягає в очищенні організму пацієнта від проміжних і кінцевих продуктів метаболізму речовин, які виконують важливу роль у виникненні і перебігу дерматозу через токсичну дію. На 1-й день натщесерце (краще ранком) протягом 1 год випити 1 л розчину магnezії сульфату (30 г солі розчинити в 1 л води) по 1 склянці через кожні 10 хв. Не їсти. По можливості випити 2—3 л мінеральної води, а за її відсутності — 3% розчину харчової соди. На 2-й день: з'їсти 500 г яблук, чи 200 г шаткованої білоголовокової (можна синьої) капусти, чи відвареного буряку, чи відвареної моркви, мінеральну чи содову воду пити за потребою. На 3-й день: до раціону 2-го дня додають 200 г гречаної каші-розмазни, звареної на воді без приправ і солі. На 4-й день: раціон 3-го дня доповнити 2 склянками кефіру, 50 г сірих нездобних сухарів. На 5-й день: призначають половину порції столу №7, попередній раціон відмінюють. На 6-й день: стіл №7. На період лікування заборонені всі продукти, які мають в своєму складі екстрактивні алергенні речовини (смажені, копчені стави, солодоці, каву, спиртне та ін.). Силікс давали на 2-й день голодування. Місцево хворим на псоріаз призначали 2% борну, 2% саліцилову, 2% чистотілову мазі, крем Унни з додаванням кортикостероїдів. Дієта з обмеженням вживання кухонної солі, жирів та рафінованих вуглеводів. Одночасно пацієнтам здійснювали ультрафіолетове опромінення зонально (3—4 біодози), теплі водні ванни з відварами вівсяної половини (чи соломи) і чистотілу.

Після проведеного лікування вміст ПСММ знизився до ($0,312 \pm 0,017$) ум. од. ($P < 0,01$); СЗЕ — знизилась на 28% і становила ($43,2 \pm 1,14$)% ($P < 0,01$); кількість Т-лімфоцитів збільшилася на 7,7% і складала ($48,3 \pm 1,2$)% ($P < 0,01$); інтенсивність РБТЛ підвищилася на 34,1% і становила ($65,6 \pm 2,2$)% ($P < 0,01$); концентрація ЦІК знизилася до ($0,119 \pm 0,005$) г/л ($P < 0,01$). Проте, всі показники не досягли рівня контролю. Активність МПО підвищилася до ($2,12 \pm 0,03$) ум. од. ($P < 0,01$); СДГ — до ($1,02 \pm 0,01$) ум. од. ($P < 0,01$); ЛФ — знизилася до ($0,64 \pm 0,03$) ($P < 0,01$); КФ — до ($0,78 \pm 0,02$) ум. од. ($P < 0,01$) і не відрізнялась від такої у контролі ($P > 0,05$). Активність МПО, СДГ, ЛФ не досягла такої в контрольній групі.

Тривалість комплексного лікування хворих на псоріаз з використанням органічних та неорганічних радіопротекторів в умовах стаціонару становила у середньому ($21,9 \pm 0,4$) дня, при застосуванні загальноприйнятих методів — ($26,6 \pm 0,5$) дня. У 183 хворих на псоріаз, які перебувають на диспансерному обліку протягом 3 років, тривалість ремісії з ($10,7 \pm 0,06$) міс збільшилася до ($17,3 \pm 0,08$) міс.

Успішне використання органічних та неорганічних радіопротекторів у терапії псоріазу підвищило ефективність реабілітаційних заходів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрейчин М.А., Гебеш В.В., Гнатюк М.С. и др. Энтеросорбция: достижения, проблемы, перспективы // Врачеб. дело. — 1991. — №9. — С. 12–19.
2. Богданов В.К., Ротарь Г.М. Біохімічні дослідження гепатобілярної системи у хворих на псоріаз // Дерматологія, косметологія, сексопатологія. — 2000. — №1 (3). — С. 8–11.
3. Гезь Б.М. Лікарські рослини в комплексній терапії хворих на псоріаз: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 1993. — 24 с.
4. Лопухин Ю.М., Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Короткий Н.Г. Применение эфферентных методов в дерматологии // Дерматология и венерология — 1987. — вып. 22. — С. 12–17.
5. Романенко А.Ю. Медичні наслідки Чорнобильської катастрофи // Фарм. журн. — 1996. — №2. — С. 3–10.
6. Семенуха К.В. Иммунология псориаза // Дерматология, косметология, сексопатология. — 2001. — №1 (4). — С.

122–132.

7. Скляр С.В., Ляшенко І.Н., Скляр В.І., Бондар С.А. Імунні порушення у хворих на псоріаз під впливом радіонуклідів та коригуюча комплексна терапія дибазолом і гепаторадіопротекторною дієтою // Лік. справа. — 2001. — №1. — С. 27–29.
8. Труніна Т.І. Ендотоксикоз в патогенезі тяжких форм псоріазу та його корекція комплексною терапією із застосуванням силарду II і фітозборів // Лік. справа. — 1997. — №2. — С. 128–130.
9. Федотов В.П., Ющшин Н.И., Горбунов В.В. Клинико-лабораторная оценка особенностей рецидивов при псориазе и возможности их предупреждения // Современные проблемы клинической и экспериментальной медицины. — Днепропетровск, 1993. — С. 32–38.
10. Ягодка В.С. Фитотерапия в комплексном лечении больных псориазом и нейродермитом: Информ. письмо. — Киев, 1985. — 2 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ОРГАНИЧЕСКИХ И НЕОРГАНИЧЕСКИХ РАДИОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

Бондарь С.А., Ляшенко И.Н., Трунина Т.И.

Проведено клініко-лабораторне обстеження і лікування 248 хворих псоріазом. У всіх хворих до лікування виявляли синдром ендотоксикоза, порушення показателів імунної реактивності і активності ферментів. Проведено комплексне лікування з включенням неорганічних (силікс і др.) і органічних (отвари зборів фітосирья) радіопротекторів, після якого отмечена позитивна динаміка показателів реактивності організму.

APPLICATION OF ORGANIC AND INORGANIC RADIOPROTECTORS IN COMPLEX TREATMENT OF A PSORIASIS

Bondar S.A., Lyashenko I.N., Trunina T.I.

The clinically-laboratory observation and treatment of 248 patients with a psoriasis is carried out. At the patients before treatment the set of endotoxycosis symptoms, infringement of indexes of an immune reactivity and enzymatic activity is revealed. The complex treatment with inclusion inorganic (silix etc.) and organic (broths of the plants collectings) radioprotectors is nominated, after which positive dynamics of organism reactivity is noted.