

Особливості клінічного перебігу та лікування чоловіків, хворих на хронічні дерматози, з урахуванням вікових розладів гомеостазу та інволютивних змін шкіри

Резніченко Н. Ю.[†], Дюдюн А. Д.[‡]

[†]Запорізький державний медичний університет

[‡]ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Робота присвячена підвищенню ефективності лікування хронічних дерматозів шляхом розробки терапевтичних методик, спрямованих на вікові розлади гомеостазу та інволютивні зміни шкіри у чоловіків. Встановлено взаємозв'язок інволютивних змін шкіри та вікових розладів гомеостазу у чоловіків, визначено фактори ризику їх погіршення в умовах великого промислового міста. Розроблено методики корекції інволютивних змін. Встановлено особливості клінічного перебігу хронічних дерматозів, кровообігу, мікробного пейзажу, рівня ендогенної інтоксикації, проявів андрогенного дефіциту, функціонування симпатoadреналової та вагоінсулярної системи у хворих на хронічні дерматози чоловіків віком 45-64 роки. Доведено високу ефективність розроблених методик лікування хворих на хронічні дерматози чоловіків.

Ключові слова: хронічні дерматози, інволютивні зміни шкіри, вікові розлади гомеостазу, чоловіки, методики лікування.

Однією з важливих проблем сучасної дерматології є лікування та диспансерне спостереження за хворими на хронічні дерматози, оскільки вони посідають провідне місце у структурі захворювань шкіри [1, 2, 4, 7, 11, 16, 23, 24]. Збільшення віку пацієнта супроводжується зростанням частоти рецидивів дерматозів і формуванням резистентності до різних методів лікування [13, 15].

Збільшення тривалості життя диктує необхідність подовження його активного способу за рахунок збереження здоров'я та підвищення якості життя у людей старшого віку, у тому числі і хворих на хронічні дерматози. Незважаючи на велику кількість публікацій, на сьогодні остаточно не з'ясованими залишаються етіологічні чинники та патогенетичні ланки розвитку хронічних дерматозів у чоловіків.

Відомо, що поступові зміни фізіологічних функцій організму чоловіків протягом життя супроводжуються тривалим динамічним процесом функціональних і структурних змін у різних органах і системах [14, 17, 21]. На сьогодні недостатньо з'ясованими є ряд факторів, які беруть участь у формуванні змін шкіри у чоловіків різного віку, серед них:

- екологічні та соціальні чинники;
- стан метаболізму;
- гормональний статус;

- функціонування нервової та симпатoadреналової систем.

Існує багато способів лікування хворих на хронічні дерматози, проте висока захворюваність і частота патологічних змін шкіри серед населення обумовлює необхідність розробки нових терапевтичних та профілактичних методів [3, 6, 18, 20, 22, 23].

Відомі методи корекції вікових змін метаболізму, гормональних порушень, змін функціонування центральної та вегетативної нервової системи, вікових психологічних особливостей і пов'язаних з ними порушень стану шкірного покриву. Проте не було проведено селективних досліджень щодо лікування чоловіків на хронічні дерматози з урахуванням вікових розладів гомеостазу та інволютивних змін шкіри [5, 10, 19, 21].

Відсутність досліджень з вивчення вікових особливостей стану шкіри, клінічного перебігу та лікування чоловіків різних вікових груп, хворих на хронічні дерматози, зумовлюють актуальність проведення нашого дослідження.

Мета дослідження – розробка алгоритмів підвищення ефективності лікування чоловіків, хворих на хронічні дерматози (псоріаз, алергодерматози), шляхом залучення у комплексне лікування індивідуалізованих терапевтичних заходів, спрямованих на уповільнення вікових розладів гомеостазу та інволютивних змін шкіри.

Матеріали та методи дослідження. Для розробки алгоритмів підвищення ефективності лікування чоловіків, хворих на хронічні дерматози, було обстежено 110 хворих на псоріаз і 101 хворого на хронічні алергодерматози чоловіків віком 45-64 роки.

Для встановлення особливостей стану шкірного покриву чоловіків і супутніх порушень гомеостазу, що сприяють виникненню дерматологічних захворювань, було обстежено 447 чоловіків віком від 25 до 64 років. Залежно від віку, чоловіки були розподілені на 4 групи:

- віком 25-34 роки – 122 особи;
- віком 35-44 роки – 128 осіб;
- віком 45-54 роки – 112 осіб;
- віком 55-64 роки – 85 осіб.

До дослідження також було включено 212 чоловіків у віці від 35 до 54 років, які проживали у місті зі сприятливим довкіллям.

Усім особам, які були включені до дослідження, проводили клінічну оцінку стану шкіри:

- вираженість сухості шкіри визначали за Глобальною системою градації за *A. Kligman (J. L. Leveque et al., 1987)*;

- тургор шкіри визначали за допомогою ротаційно-компресійного тесту; бальна оцінка порушень тургору шкіри проводилася за запропонованою шкалою з урахуванням можливих ступенів його змін;

- зморшкуватість шкіри оцінювалася за кількістю зморшок та їх вираженістю; для оцінки кількості зморшок був проведений їх підрахунок у трьох зонах обличчя на ділянці площею 4 см²; для оцінки вираженості зморшок і загального стану шкіри був розроблений інтегральний показник;

- стан фотозахищених ділянок шкіри оцінювався згідно шкали *Yolanda R. Helfrich et al. (2007)*;

- проводився підрахунок основних елементів висипки на шкірі, які є маркерами її старіння:

- 1) сенільних ангіом і лентиго;
- 2) кератом;
- 3) краплеподібного гіпомеланозу;
- 4) телеангіектазій;
- 5) папілом, –

сума яких складала інтегральний показник;

- вираженість свербіжув визначалася за десятибальною нумеричною оціночною шкалою; проводилася оцінка об'єктивних ознак свербіжув: змін нігтьових пластин і екскоріацій;

- ступінь тяжкості псоріазу оцінювався за індексом *Body Surface Area (BSA)* та індексом *Psooriasis Area Severity Index (PASI)*;

- ступінь тяжкості алергодерматозів у хворих

встановлювався за шкалою *Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD)*.

Для оцінки товщини шарів шкіри та кровотоку в ній проводилося доплерографічне ультразвукове дослідження за допомогою Апарату ультразвукового діагностичного *SA 8000 Live* (виробник – *Medison*) з використанням лінійного датчика (частота 4–9 мГц). Кровообіг шкіри характеризувався за максимальною та середньою швидкостями, індексами пульс-активності та резистентності. Стан мікроциркуляції шкіри визначався шляхом біомікроскопії кровоносних судин нігтьового ложа за допомогою мікроскопа біологічного МБР-1.

Був проведений добовий моніторинг активності системи перекисного окислення ліпідів – антиокислювальної системи (ПОЛ–АОС): про її функціонування судили за кількістю тіобарбітурової кислоти активних продуктів (ТБК–АП), які визначали в реакції з 2-тіобарбітуровою кислотою, і загальною антиокислювальною активністю (АОА) у слині (Е. Н. Коробейникова, 1989). Для оцінки функціональних змін клітинних мембран у якості моделі вивчали осмотичну резистентність еритроцитарних мембран за методом Ідельсона. Рівень середніх молекул (СМ), як показник рівня ендогенної інтоксикації, досліджувався при довжині хвилі 254 нм (СМ₁) та 280 нм (СМ₂) методом Н. І. Габріелян, В. І. Ліпатової (1984).

Для оцінки функціонування нервової та ендокринної ланок вегетативної системи визначали екскрецію з добовою сечею:

- адреналіну (А);
- норадреналіну (НА);
- ДОФА;
- дофаміну (ДА).

З використанням стандартних наборів реактивів визначали імуноферментним методом у сироватці крові концентрацію:

- інсуліну (І);
- кортизолу (К);
- тестостерону;
- тестостеронзв'язуючого глобуліну (ТЗГ);
- фолікулостимулюючого гормону (ФСГ);
- лютеїнізуючого гормону (ЛГ);
- пролактину (ПРЛ).

Проводилося визначення концентрації:

- глюкози та холестерину – згідно інструкції до наборів “*Cormay*” (Польща);
- тригліцеридів – згідно інструкції до набору “*Dialab*” (Австрія);
- β-ліпопротеїдів – згідно інструкції до наборо-

ру «Био-ЛА-Тест» (Чехія).

Дослідження мікробіоценозу шкіри, слизової оболонки ротоглотки та кишечника проводилося методом його прямої якісної та кількісної оцінки згідно методичних рекомендацій (В. А. Знаменський і співав., 1986).

Анкетування чоловіків проводилось за розробленим опитувальником для визначення соціально-побутових умов і ментальних особливостей:

- оцінка якості життя проводилася за авторизованим українським перекладом *Dermatology Life Quality Index (DLQI)* (Л. Д. Калюжна і співав., 2013);

- рівень тривожності вивчали за шкалою Спілбергера–Ханіна (1976);

- рівень невротизації – за методикою Л. І. Вассермана (В. М. Астахов і співав., 2010);

- рівень депресії – за шкалою Бека (1961).

Для оцінки симптомів старіння чоловіків і андрогенного дефіциту проводилось анкетування за опитувальником *Aging Males Symptoms Scale (AMS)* (М. І. Коган, Р. Т. Сазиханов, 2009).

Враховуючи встановлені у ході дослідження зміни стану шкіри та гомеостазу організму у чоловіків віком 45-64 роки, хворих на псоріаз і хронічні алергодерматози, була розглянута можливість їх лікування з використанням у комплексній терапії:

- препарату з антиоксидантними, цитопротекторними та ноотропними властивостями – «Тіоцетам»;

- екстракту рослини *Tribulus Terrestris* – препарату «Трібестан»;

- автогенних тренінгів за методом Шульца.

Хворі на псоріаз були розподілені на 4 терапевтичні підгрупи залежно від застосованого лікування:

- група 1, яка отримувала базову терапію за хворювання згідно наказу МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р.;

- група 2, яка додатково використовувала препарат «Тіоцетам»;

- група 3, яка додатково практикувала автогенні тренінги;

- група 4, яка додатково застосовувала препарат «Трібестан».

Проводилась оцінка ефективності застосування розробленого комплексу терапевтичних заходів щодо лікування хворих на псоріаз чоловіків віком 45-64 роки у цілому (дослідну підгрупу склали 54 особи).

Хворі на хронічні алергодерматози також

були розподілені на 4 терапевтичні підгрупи залежно від застосованого лікування:

- група 1, яка отримувала базову терапію за хворювання згідно наказу МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р.;

- група 2, яка додатково використовувала препарат «Тіоцетам»;

- група 3, яка додатково практикувала автогенні тренінги;

- група 4, яка додатково застосовувала препарат «Трібестан».

Проводилась оцінка ефективності застосування розробленого терапевтичного комплексу щодо лікування хворих на хронічні алергодерматози чоловіків віком 45-64 роки у цілому (дослідну підгрупу склали 53 особи).

Для корекції виявлених у ході дослідження інволютивних змін шкіри та гомеостазу організму у чоловіків віком 35-44 роки, були обрані полівітамінні засоби та поєднане застосування біотину і декспантенолу.

Для чоловіків віком 45-54 роки розглянута можливість корекції виявлених порушень за допомогою пробіотичного засобу (кисломолочного продукту «Симбівіт») або поєданого використання препаратів «Кратал» і «Кверцетин».

Для корекції встановлених у чоловіків віком 55-64 роки змін, вивчена ефективність застосування екстракту рослини *Tribulus Terrestris* (препарату «Трібестан»), а також ноотропного, антиоксидантного та цитопротекторного засобу.

В якості моделі запропоновано:

- препарат з антиоксидантними та цитопротекторними властивостями «Тіотриазолін»;

- ноотропний препарат «Пірацетам»;

- комбінований препарат «Тіоцетам».

Серед здорових чоловіків віком 35-44 роки було створено дві дослідні підгрупи:

- група 1, яка отримувала оздоровчий курс полівітамінів і мікроелементів,

- група 2, яка отримувала Біотин у комбінації з декспантенолом.

Серед здорових чоловіків віком 45-54 роки було створено дві дослідні підгрупи:

- група 1, яка отримувала оздоровчий курс пробіотичного засобу;

- група 2, яка отримувала Кратал у поєднанні з Кверцетином.

Серед здорових чоловіків віком 55-64 роки було створено 4 дослідні підгрупи:

- група 1, яка отримувала препарат «Тіотриазолін»;

- група 2, яка отримувала препарат «Пірацетам»;

- група 3, яка отримувала препарат «Гіоцетам»;
- група 4, яка отримувала фітопрепарат «Трибестан».

Чоловіки з усіх дослідних груп були обстежені до проведення оздоровчого курсу та через 3 місяці від його початку.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного пакету *STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA)*. Для порівняння показників у різних групах застосовано парний критерій Стьюдента з розрахунком середньої арифметичної (M) і стандартної помилки середньої арифметичної (m) або критерій знаків Вілкоксона залежно від нормальності розподілу різниць. Нормальність розподілу даних перевіряли за допомогою критерію Шапіро–Уїлка для рівня значущості 0,01. При застосуванні усіх статистичних методів, окрім критерію Шапіро–Уїлка, рівень значущості брали рівним 0,05; різницю між даними вважали достовірною при $p < 0,05$. Для визначення структурних зв'язків використовували кореляційний аналіз із визначенням коефіцієнтів парної кореляції – r .

Результати дослідження та їх обговорення. Шляхом обстеження 447 здорових чоловіків у віці від 25 до 64 років було встановлено, що зі збільшенням віку зростала:

- вираженість сухості шкіри;
- кількість зморшок;
- бальна оцінка порушень тургору та стану шкіри за шкалою *Yolanda R. Helfrich et al.*, – які досягали максимальних значень у чоловіків віком 55-64 роки.

Встановлено кореляційний зв'язок слабкої сили ($r = 0,42$) між віком чоловіків і бальною оцінкою сухості шкіри, а також високий кореляційний зв'язок між віком та:

- бальною оцінкою порушень тургору шкіри ($r = 0,79$);
- оцінкою стану шкіри за *Yolanda R. Helfrich et al.* ($r = 0,89$);
- кількістю зморшок ($r = 0,87$);
- бальною оцінкою вираженості зморшок ($r = 0,89$).

Кількість сенільних ангіом і лентиго, кератом, вогнищ краплеподібного гіпомеланозу, телеангіектазій і папілом зростала зі збільшенням віку, що дозволяє розглядати ці елементи висипки як маркери старіння шкіри.

Методом ультразвукового дослідження встановлено, що з віком відбувалося зменшення як

загальної товщини шкіри, так і її шарів. Встановлено зворотній кореляційний зв'язок між віком чоловіків та:

- товщиною епідермісу ($r = -0,61$);
- товщиною дерми ($r = -0,89$).

Зменшення товщини шарів шкіри є не лише маркером інволютивних змін, але й важливим патогенетичним чинником у виникненні та хронізації дерматозів.

Починаючи з 45-річного віку відзначалася менша максимальна швидкість кровотоку і більші значення індексів пульс-активності та резистентності. Збільшення індексів свідчить про зменшення еластичності судин. Встановлено зворотній кореляційний зв'язок між віком чоловіків і швидкістю кровотоку в судинах шкіри ($r = -0,61$), а також прямий зв'язок середньої сили між віком та індексом пульс-активності ($r = 0,57$), індексом резистентності ($r = 0,54$). Зі збільшенням віку у чоловіків при біомікроскопії судин нігтьового ложа відзначалося зменшення кількості функціонуючих капілярів і збільшення відсотку порушень мікроциркуляції. Встановлено зворотній кореляційний зв'язок високого ступеня між віком чоловіків і кількістю функціонуючих капілярів ($r = -0,78$).

Виявлено, що зі збільшенням віку чоловіків зростала загальна кількість бактерій і кількість коагулазопозитивних стафілококів на шкірі. Починаючи з віку 45 років, відзначалася поява достовірних відмінностей у мікробному обсіменінні шкіри. З віком у чоловіків відзначалася тенденція до зростання кількості патогенних стрептококів (*Streptococcus Pneumoniae*, *Streptococcus Pyogenes*) у ротоглотці. Найбільша кількість патогенних стафілококів у ротоглотці відзначалася у 55-64-річних чоловіків [(3,32 ± 0,14) проти (2,37 ± 0,43) *Lg* колонієутворюючих одиниць (КУО)/мл у осіб віком 45-54 роки]. У чоловіків віком 45-54 роки та 55-64 роки встановлено достовірне зниження кількості біфідобактерій і лактобактерій у кишковоки, порівняно з групою 25-34-річних осіб.

При розгляді циркадних ритмів коливань показників функціонування системи ПОЛ–АОС виявлено, що особливо низькі значення кривої добового коливання коефіцієнту антиокислювального захисту (КАОЗ) спостерігались у вечірній і нічний час у чоловіків віком 55-64 роки, що свідчить про виснаженість антиокислювального захисту в цей час доби та превалювання активації ПОЛ.

Визначено, що у чоловіків віком 55-64 роки

зменшена стійкість еритроцитарних мембран. Встановлено, що з віком зростала концентрація середніх молекул, що свідчить про збільшення ендотоксикозу. Доведено прямий кореляційний зв'язок середньої сили між віком чоловіків і концентрацією середніх молекул ($r = 0,62-0,61$).

Визначено, що у чоловіків віком 35-44 роки концентрації більшості гормонів і медіаторів вагоінсулярної та симпатoadреналової системи (САС), а також їх співвідношення значним чином не відрізнялися від результатів, отриманих у чоловіків віком 25-34 роки. У чоловіків 45-54-річного віку екскреція адреналіну, норадреналіну, дофаміну та ДОФА з добовою сечею була достовірно вищою, ніж у чоловіків віком 25-34 та 35-44 роки. Отримані дані вказують на підвищення функціональної активності та резервних можливостей симпатoadреналової системи у цій групі. У чоловіків віком 45-54 роки відзначалося зменшене співвідношення А/НА, ДА/ДОФА і збільшене – НА/ДА. Коефіцієнт ДОФА/ДА+НА+А був вищим у чоловіків віком 45-54 роки порівняно з чоловіками віком 25-34 та 35-44 роки. Рівень кортизолу в крові у чоловіків 45-54-річного віку достовірно перевищував значення, отримані у осіб віком 25-34 та 35-44 роки. Проведені дослідження виявили синергічне підвищення активності симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної системи. Ступінь напруги нервової ланки симпатoadреналової системи перевищував напруження глюкокортикоїдної функції надниркових залоз і, судячи за дисоціацією в активності ланок симпатoadреналової системи і характером порушень в обміні катехоламінів, знаходився на межі фізіологічного реагування. Наведені дані дозволяють стверджувати, що активна реакція нервової ланки симпатoadреналової системи, яка є необхідним елементом фізіологічної реакції захисно-приспосувальних механізмів, у даному випадку виконує не лише саногенетичну, а й патогенетичну роль і може розглядатись як важливий фактор розвитку патологічних станів шкіри, що частіше діагностуються у чоловіків віком 45-54 роки. Отримані дані свідчать про субкомпенсовані зміни функціонування симпатoadреналової системи і вагоінсулярної системи у чоловіків віком 45-54 роки. Збільшення патологічних змін у чоловіків 55-64-річного віку, поява парадоксальних реакцій свідчать про перехід стадії субкомпенсації до декомпенсації функціонування симпатoadреналової системи та вегетативної дисфункції.

Зі збільшенням віку чоловіків спостерігалося зменшення концентрації тестостерону та збільшення концентрацій ФСГ, ЛГ, ПРЛ та ТЗГ. Встановлено зворотній кореляційний зв'язок між віком чоловіків і концентрацією тестостерону ($r = - 0,60$); прямий кореляційний зв'язок між віком чоловіків та концентрацією:

- ФСГ ($r = 0,82$);
- ЛГ ($r = 0,86$);
- ПРЛ ($r = 0,77$);
- ТЗГ ($r = 0,80$).

Аналіз результатів проведених досліджень показав формування вікового дисгормонального стану у чоловіків, починаючи з 45-річного віку. У чоловіків віком 55-64 роки відзначався виражений дисгормональний стан, що потребував відповідної корекції.

Для визначення зв'язку між інволютивними змінами шкіри та розладами гомеостазу організму у чоловіків різного віку були розраховані коефіцієнти парної кореляції (табл. 1). Інволютивні зміни шкіри були більш вираженими при:

- порушенні кровообігу в судинах шкіри;
- підвищенні активності ПОЛ;
- зменшенні КАОЗ;
- зростанні концентрації СМ;
- порушеннях синтезу та трансформації гормонів і медіаторів САС та вагоінсулярної системи;
- зниженні концентрації тестостерону;
- підвищенні концентрації ТЗГ, ФСГ, ЛГ, ПРЛ, холестерину, β -ліпопротеїдів, тригліцеридів, глюкози.

Отримані дані говорять про наявність взаємозалежності між інволютивними змінами шкіри та віковими розладами гомеостазу у чоловіків, що потребує проведення запобіжних заходів у кожній віковій групі.

У результаті дослідження були визначені основні фактори ризику погіршення стану шкіри та гомеостазу у чоловіків віком 45-64 роки:

- недостатнє вживання овочів і фруктів (менше 5 днів на тиждень);
- недостатнє вживання кисломолочних продуктів (менше 3 днів на тиждень);
- рівень ситуативної тривожності за шкалою Спілберґера–Ханіна більше 42 балів;
- тютюнопаління;
- часте вживання алкоголю (один раз на тиждень або частіше).

Був проаналізований стан здоров'я мешканців великого промислового міста та мешканців міста зі сприятливим довкіллям. У чоловіків, які проживали у великому промисловому місті,

Таблиця 1 – Коефіцієнти парної кореляції основних показників стану шкіри та гомеостазу організму чоловіків

Показники гомеостазу	Одиниці вимірювання	Сухість шкіри, бали	Порушення тургору шкіри, бали	Кількість зморшок (4 см ² ×3)	Оцінка вираженості зморшок, бали	Оцінка за <i>Yolanda R. Helfrich et al.</i>	Кількість елементів – маркерів старіння
Середня швидкість кровотоку в шкірі	см/с	-0,36	-0,48	-0,58	-0,60	-0,54	-0,56
Індекс пульс-активності	у. о.	0,34	0,43	0,60	0,59	0,56	0,58
Індекс резистентності	у. о.	0,35	0,47	0,64	0,62	0,61	0,63
Кількість функціонуючих капілярів на 1мм ³	1	-0,28	-0,68	-0,68	-0,63	-0,68	-0,60
КАОЗ	1	-0,46	-0,70	-0,77	-0,73	-0,73	-0,70
СМ ₁	у. о.	0,29	0,58	0,58	0,60	0,57	0,57
Норадреналін	нмоль/добу	0,18	0,33	0,48	0,46	0,38	0,30
ДОФА	нмоль/добу	0,19	0,38	0,48	0,46	0,38	0,25
Кортизол	нмоль/л	0,47	0,64	0,81	0,69	0,77	0,66
Тестостерон	нмоль/л	-0,31	-0,57	-0,51	-0,49	-0,55	-0,46
ТЗГ	нмоль/л	0,36	0,65	0,71	0,63	0,76	0,67
ФСГ	МЕ/л	0,42	0,63	0,74	0,67	0,76	0,72
ЛГ	ЕД/л	0,40	0,71	0,77	0,70	0,75	0,67
ПРЛ	мМЕ/л	0,31	0,57	0,69	0,60	0,67	0,63
Холестерин	ммоль/л	0,43	0,72	0,88	0,78	0,83	0,73
β-ліпопротеїди	%	0,33	0,72	0,77	0,74	0,78	0,66
Тригліцериди	ммоль/л	0,40	0,64	0,72	0,65	0,73	0,73
Глюкоза	ммоль/л	0,32	0,52	0,60	0,56	0,58	0,55
Бальна оцінка за шкалою <i>AMS</i>	1	0,30	0,45	0,45	0,48	0,48	0,36

порівняно з мешканцями міста зі сприятливим довкіллям, відзначалася:

- вища загальна кількість бактерій [(3,4±0,1) проти (3,0±0,1) *Lg* КУО/см²];
- вища кількість коагулазопозитивних стафілококів на шкірі [(0,7±0,2) проти (0,2±0,1) *Lg* КУО/см²];
- вища кількість умовно-патогенної мікрофлори у ротоглотці [(8,2±0,8) проти (4,7±0,9) *Lg* КУО/мл];
- нижча кількість біфідобактерій [(8,5±0,1) проти (8,9±0,1) *Lg* КУО/г];
- нижча кількість лактобактерій [(6,5±0,1) проти (7,0±0,1) *Lg* КУО/г];
- вища кількість неферментуючої кишкової палички [(1,1±0,2) проти (0,5±0,2) *Lg* КУО/г] при дослідженні мікробіоценозу кишечника.

Це може свідчити про формування системного дисбіотичного стану у мешканців великих індустріальних центрів, який сприяє виникненню та прогресуванню дерматологічних захворювань.

У осіб, які проживали у великому індустріальному центрі, встановлено:

- зменшену осмотичну стійкість еритроцитарних мембран;
- превалювання процесів активації ПОЛ;
- неадекватну реакцію антиоксидантного захисту;
- достовірно вищий рівень середніх молекул у сироватці крові.

Результати аналізу активності симпатоз-

дренальної системи, вагоінсулярної системи та глюкокортикоїдної функції надниркових залоз вказують на односпрямоване підвищення їх активності у мешканців великого промислового міста. Отримані дані доводять, що активна реакція нервової ланки симпатоздренальної системи виконує не лише саногенетичну, а і патогенетичну роль і, відповідно, є важливим фактором розвитку патологічних станів у мешканців великих промислових міст. У чоловіків, які проживали у великому індустріальному центрі, виявлено достовірно вищу бальну оцінку за шкалою *AMS* [(27,4±0,24) бала] порівняно з мешканцями міста зі сприятливим довкіллям [(25,8±0,29) бала].

Для корекції виявлених у чоловіків великого промислового центру інволютивних порушень було розроблено патогенетично обґрунтовані оздоровчі методики та вивчено ефективність їх застосування. Оздоровлення чоловіків віком 35-44 роки як полівітамінами з мікроелементами, так і поєднаним використанням біотину та декспантенолу чинило позитивний клінічний ефект на стан шкіри, забезпечуючи у чоловіків після застосування біотину та декспантенолу зниження:

- бальної оцінки сухості шкіри – у 2 рази;
- оцінки стану шкіри за шкалою *Yolanda R. Helfrich et al.* – у 1,33 разу.

Меншу на 30 % бальну оцінку за шкалою *Yolanda R. Helfrich et al.*, а також відсутність

сухості шкіри встановлено у чоловіків, які застосовували полівітаміни з мікроелементами, порівняно з аналогічними показниками у групі чоловіків до оздоровлення. Використання полівітамінів приводило до покращення процесів ПОЛ–АОС, зниження бальної оцінки за шкалою *AMS*, що становила:

- до оздоровлення – (26,55±0,29) бала;

- після курсу полівітамінів – достовірно менше значення (25,19±0,47) бала.

Для чоловіків віком 45-54 роки було запропоновано застосування пробіотичного засобу і поєднане використання Краталу та Кверцетину. Отримана достовірна різниця за бальною оцінкою стану шкіри за шкалою *Yolanda R. Helfrich et al.* у чоловіків віком 45-54 роки до та після курсу пробіотичного засобу.

Після курсу пробіотичного засобу у чоловіків відзначалися:

- достовірно зменшення, порівняно з групою осіб до оздоровлення:

1) загальної кількості бактерій – з (3,66±0,14) до (3,13±0,11) *Lg* КУО/см²;

2) кількості коагулазопозитивних стафілококів на шкірі – з (1,06±0,32) до (0,13±0,13) *Lg* КУО/см²;

- достовірно вища, порівняно з групою осіб до оздоровлення, при бактеріологічному дослідженні кала, кількість:

1) біфідобактерій – (8,73±0,12) проти (8,35±0,14) *Lg* КУО/г;

2) лактобактерій – (6,86±0,12) проти (6,38±0,15) *Lg* КУО/г;

- достовірно менша кількість:

1) протею – (0,31±0,22) проти (0,83±0,3) *Lg* КУО/г;

2) неферментуючої кишкової палички – (0,27±0,18) проти (1,53±0,34) *Lg* КУО/г;

3) грибів роду *Candida* – (0,31±0,22) проти (1,28±0,34) *Lg* КУО/г;

- достовірно зменшення інтегрального показника кількості умовно-патогенної флори – з (8,82±1,42) до (4,34±0,93) *Lg* КУО/мл – при бактеріологічному дослідженні слизової оболонки ротоглотки порівняно з групою осіб до початку оздоровлення.

- зменшення рівня ендогенної інтоксикації.

Застосування препаратів «Кратал» і «Кверцетин» чинило позитивний ефект на стан шкіри, що проявлялося:

- зменшенням (порівняно з показниками, отриманими у групі осіб до початку оздоров-

лення) бальної оцінки:

1) сухості шкіри – у 2,14 разу;

2) порушень тургору шкіри – у 1,25 разу;

3) стану шкіри за *Yolanda R. Helfrich et al.* – у 1,23 разу;

- зменшенням відсотку порушень мікроциркуляції шкіри у 1,35 разу;

- збільшенням кількості функціонуючих капілярів у 1,14 разу (порівняно зі значеннями, отриманими до початку оздоровчого курсу);

- зменшенням проявів ендотоксикозу в осіб віком 45-54 роки: концентрація *СМ₂* після використання цих препаратів знизилася на 10 %;

- нормалізацією функціонування симпатoadреналової системи та вагоінсулярної системи – встановлено достовірно зменшення рівнів ексекреції з сечею:

1) адреналіну – з (40,4±0,61) до (38,2±0,49) нмоль/добу;

2) норадреналіну – з (99,6±0,87) до (90,3±0,82) нмоль/добу;

3) дофаміну – з (224±1,1) до (210±1,2) нмоль/добу;

4) ДОФА – з (1775±18) до (1655±26) нмоль/добу;

- достовірним зменшенням у чоловіків віком 45-54 роки концентрації у крові:

1) кортизолу – з (309±2,1) до (292±2,0) нмоль/л;

2) інсуліну – з (7,6±0,02) до (7,3±0,04) мкМО/мл.

- нормалізацією співвідношень основних гормонів і медіаторів симпатoadреналової системи та вагоінсулярної системи; у осіб віком 45-54 роки відзначалося зниження бальної оцінки за шкалою *AMS* з (28,29±0,38) до (26,93±0,45) бала.

Покращення стану шкіри та гомеостазу організму у чоловіків віком 45-54 роки на тлі застосування Краталу та Кверцетину сприяло зниженню рівнів:

- ситуативної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна, депресії за шкалою Бека (у 1,13 разу);

- невротизації за Л. І. Вассерманом (у 1,22 разу).

Для чоловіків віком 55-64 роки запропоновано курси препаратів «Тіотриазолін», «Пірацетам», «Тіоцетам» і «Трібестан». Використання Тіотриазоліну, Пірацетаму та Тіоцетаму чинило позитивний клінічний ефект на стан шкіри. При цьому максимальну ефективність виявляв препарат «Тіоцетам». У чоловіків віком 55-64 роки по завершенню курсу Тіоцетаму від-

значалося зменшення (порівняно з показниками до початку оздоровлення) бальної оцінки:

- сухості шкіри – у 3,2 разу;
- порушень тургору – у 1,2 разу;
- стану шкіри за *Yolanda R. Helfrich et al.* – у 1,2 разу.

Використання тіотриазоліну, пірацетаму та тіоцетаму чинило позитивний ефект і щодо нормалізації кровотоку в шкірі. Максимальна ефективність встановлена у препараті «Тіоцетам», після застосування якого у чоловіків віком 55-64 роки відзначалося:

- збільшення кількості функціонуючих капілярів – у 1,12 разу;
- зменшення відсотку порушень мікроциркуляції – у 2,1 разу;
- зниження індексу пульс-активності – у 1,14 разу;
- зниження індексу резистентності – у 1,11 разу, – порівняно зі значеннями, отриманими до початку оздоровчого курсу.

На фоні застосування Тіотриазоліну, Пірацетаму та Тіоцетаму у чоловіків віком 55-64 роки:

- знижувалася концентрація ТБК–АП;
- збільшувався КАОЗ;
- нормалізувалася стійкість еритроцитарних мембран;
- зменшувалися прояви ендотоксикозу;
- покращувалося функціонування симпатoadреналової системи та вагоінсулярної системи;
- зростала концентрація тестостерону;
- знижувалася підвищена концентрація ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ТЗГ.

Використання **Трібестану** у чоловіків віком 55-64 роки відзначалося:

- позитивним клінічним ефектом щодо інволютивних змін шкіри – зменшувалась (порівняно з показниками до початку оздоровлення) бальна оцінка:

- 1) сухості шкіри, порушень тургору – у 1,20 разу;
 - 2) стану шкіри за шкалою *Yolanda R. Helfrich et al.* – у 1,14 разу;
- достовірним зниженням рівня ТБК–АП;
 - зменшенням проявів ендотоксикозу;
 - збільшенням екскреції з сечею:

- 1) адреналіну – з (30,6±0,45) до (35,2±0,25) нмоль/добу;
- 2) дофаміну – з (1466±15,4) до (1567±17,6) нмоль/добу;
- 3) ДОФА – з (197,2±1,6) до (204,2±1,1) нмоль/добу;

- зниженням екскреції з сечею норадреналіну – з (84,5±0,62) до (80,3±0,98) нмоль/добу;
- зменшенням концентрації кортизолу в крові – з (333,2±2,3) до (322,7±1,9) нмоль/л.

Співвідношення гормонів і медіаторів у чоловіків віком 55-64 роки після застосування Трібестану свідчили про зменшення функціональної неспроможності симпатoadреналової системи та вегетативної дисфункції. Це призводило до нормалізації синтезу гонадотропних і статевих гормонів, сприяло зменшенню симптомів старіння чоловіків і андрогенного дефіциту. На фоні прийому Трібестану концентрація тестостерону зростала у 1,17 рази. Використання Трібестану призводило до достовірного зменшення концентрації:

- холестерину – з (4,83±0,03) до (4,69±0,04) ммоль/л;
- тригліцеридів – з (2,06±0,04) до (1,91±0,06) ммоль/л.

Вищенаведене свідчить про ефективність використання запропонованих методик для корекції інволютивних змін шкіри та вікових розладів гомеостазу у чоловіків.

Для встановлення патогенетичних змін при хронічних дерматозах було обстежено 110 хворих на псоріаз і 101 хворого на хронічні алергодерматози чоловіків віком від 45 до 64 років. Шляхом опитування встановлено, що часті стреси на роботі відзначалися переважно у хворих на хронічні дерматози віком 45-64 роки:

- при псоріазі – у 42,2 % хворих;
- при хронічних алергодерматозах – у 38,6 %, – порівняно з групою здорових чоловіків аналогічного віку (у 28,4 %).

Професійні шкідливості частіше зустрічались у хворих на хронічні дерматози віком 45-64 роки:

- у пацієнтів з алергічними захворюваннями шкіри – у 47,5 % осіб;
- у пацієнтів з псоріазом – у 46,5 % осіб, – порівняно з групою здорових чоловіків аналогічного віку (у 33,2 % осіб).

У хворих на хронічні дерматози віком 45-64 роки частіше зустрічались шкідливі звички – палили тютюн:

- 52,7 % хворих на псоріаз;
- 54,5 % хворих на хронічні алергодерматози; серед здорових чоловіків аналогічного віку були курцями тютюну 43,7 %.

Аналогічна тенденція відзначалась і за вживанням алкогольних напоїв хворими віком 45-

64 роки – вживали спиртні напої щотижня або частіше:

- 29,1 % хворих на псоріаз;
 - 30,7 % хворих на хронічні алергодерматози;
- серед здорових чоловіків аналогічного віку таких було тільки 19,8 %.

Більшість хворих на хронічні дерматози рідко вживали кисломолочні продукти, рибу та морепродукти, овочі та фрукти.

Рівень особистісної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна у хворих на хронічні дерматози чоловіків віком 45-64 роки перевищував її бальну оцінку у групах здорових чоловіків віком 25-44 роки та 45-64 роки. Це свідчить про те, що сформована у ранньому дитинстві підвищена особистісна тривожність є фоном, на якому в подальшому розвиваються хронічні дерматози. Середнє значення інтегрального показника особистісної тривожності у хворих на хронічні дерматози відповідало помірному рівню, а ситуативна тривожність досягала високого рівня. У хворих на хронічні дерматози відзначався достовірно вищий рівень невротизації порівняно з групами здорових осіб. Інтегральні показники невротизації за Л. І. Вассерманом у різних вікових групах здорових чоловіків відповідали низькому рівню, а хворі на хронічні дерматози виявляли невротизацію середнього ступеня тяжкості. Оцінка психологічного статусу за шкалою Бека у хворих на хронічні дерматози відповідала стану субдепресії, а у здорових чоловіків ознак депресії не спостерігалось. Отже, у хворих спостерігається патологічно замкнене коло, в якому наявність дерматозу є причиною підвищення тривожності, невротизації та депресії, а це, у свою чергу, є провокуючим фактором захворювання.

Сухість шкіри була більш вираженою у хворих на хронічні алергодерматози віком 45-64 роки: її бальна оцінка у хворих була у 3,1 разу вищою у порівнянні з групою здорових осіб аналогічного віку. У хворих на хронічні алергодерматози були більшими бальні оцінки порушень тургору (у 1,26 разу) та стану шкіри за шкалою *Yolanda R. Helfrich et al.* (у 1,25 разу) порівняно зі здоровими особами віком 45-64 роки. Встановлено достовірно вищу кількість зморшок і бальну оцінку їх вираженості (у 1,12 разу) у хворих на хронічні алергодерматози віком 45-64 роки порівняно зі здоровими чоловіками аналогічної вікової групи. Об'єктивна оцінка наведених вище показників стану шкіри у хворих на псоріаз не виявила достовірної

різниці у порівнянні зі здоровими чоловіками аналогічного віку. Це говорить про те, що саме хронічні алергодерматози розвиваються у чоловіків старших вікових груп на фоні інволютивних змін шкіри.

Було встановлено, що кількість функціонуючих капілярів у хворих як на псоріаз, так і на хронічні алергодерматози віком 45-64 роки була у 1,3 разу меншою при порівнянні з групою здорових чоловіків аналогічного віку, що свідчить про погіршення мікроциркуляції шкіри у хворих на хронічні дерматози. Біомікроскопічною особливістю у хворих на хронічні алергодерматози було зростання відсотку порушень мікроциркуляції: у хворих цей відсоток був у 1,25 разу більшим, ніж у здорових осіб віком 45-64 роки. При цьому у хворих на хронічні алергодерматози:

- відсоток внутрішньосудинних порушень мікроциркуляції був вищим у 1,68 разу;
- відсоток позасудинних порушень – у 2,65 разу, – порівняно з групою здорових чоловіків віком 45-64 роки.

Шляхом мікробіологічних досліджень було встановлено, що у хворих на хронічні дерматози віком 45-64 роки відзначалася достовірно більша загальна кількість бактерій на шкірі порівняно зі здоровими чоловіками аналогічного віку (табл. 2), що свідчить про наявність дисбіотичного стану у хворих на хронічні дерматози старших вікових груп.

У хворих на хронічні дерматози концентрація ТБК–АП була достовірно вищою порівняно з групою здорових чоловіків; при цьому реагування загальної АОА було неадекватним – її рівень у хворих на хронічні дерматози був достовірно нижчим порівняно зі здоровими, що призводило до зменшення КАОЗ в 1,2 разу (див. табл. 2).

У хворих на псоріаз був встановлений кореляційний зв'язок:

- між індексом *PASI* та концентрацією:
 - 1) ТБК–АП ($r = -0,36$);
 - 2) КАОЗ ($r = 0,42$);
- між індексом *BSA* та концентрацією:
 - 1) ТБК–АП ($r = -0,44$);
 - 2) КАОЗ ($r = 0,43$).

У ході дослідження були оцінені циркадні ритми коливань основних показників системи ПОЛ–АОС. У хворих на хронічні дерматози чоловіків віком 45-64 роки система антиокислювального захисту майже не реагувала на добові коливання активності ПОЛ, що свідчить про виснаженість АОС і є однією з патогенетичних ланок захворювань. У чоловіків, хворих на

Таблиця 2 – Особливості метаболізму у хворих на хронічні дерматози чоловіків

Показники	Одиниці вимірювання	Чоловіки віком 45-64 роки:		
		здорові	хворі на псоріаз	хворі на хронічні алерго-дерматози
Загальна кількість бактерій	Lg КУО/см ²	3,68±0,1	4,07±0,14*	4,38±0,12*
КАОЗ	1	21,8±0,2	18,1±0,09*	18,8±0,12*
СМ ₁	у. о.	0,36±0,004	0,45±0,005*	0,426±0,004*
Тестостерон	нмоль/л	14,6±0,39	9,75±0,2*	11,32±0,32*
ТЗГ	нмоль/л	44,3±1,09	53,4±0,39*	50,6±0,71*
ФСГ	МЕ/л	4,06±0,08	4,84±0,03*	4,48±0,026*
ЛГ	ЕД/л	3,72±0,04	4,17±0,07*	3,96±0,03*
ПРЛ	мМЕ/л	263±3,82	305±1,93*	294±2,33*
Оцінка за шкалою AMS	бали	29,4±0,29	31,6±0,30*	32,5±0,33*
Холестерин	ммоль/л	4,6±0,04	5,01±0,02*	4,93±0,11*
β-ліпопротеїди	%	48,7±0,48	53±0,63*	50,9±0,54*
Тригліцериди	ммоль/л	1,83±0,05	2,06±0,03*	1,92±0,03
Глюкоза	ммоль/л	5,29±0,05	5,79±0,05*	5,59±0,05*
Адреналін	нмоль/добу	35,4±0,82	27,2±0,28*	29,42±0,43*
Норадреналін	нмоль/добу	91,9±1,25	93,5±0,89	91,69±0,72
Дофамін	нмоль/добу	1617±26,1	1348±13,1*	1355±10,3*
ДОФА	нмоль/добу	210±2,27	162±0,96*	170,8±1,38*
Кортизол	ммоль/л	321±2,38	410±1,38*	388,6±1,73*
Інсулін	мкМО/мл	7,16±0,06	7,32±0,02*	7,37±0,017*

ПРИМІТКИ: * – достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з відповідними показниками у здорових чоловіків віком 45-64 роки.

хронічні дерматози, віком 45-64 роки зникали циркадні ритми показників загальної АОА у слинні протягом доби. Особливо низькі значення КАОЗ спостерігалися у вечірній і нічний час, що свідчить про виснаженість антиокислювального захисту та превалювання активації ПОЛ саме у цю пору доби.

Зменшення стійкості еритроцитарних мембран і підвищення рівня ендогенної інтоксикації у хворих на хронічні дерматози свідчать про патогенетичну роль цих чинників у розвитку даних захворювань у чоловіків старших вікових груп.

Екскреція адреналіну, ДОФА та дофаміну у хворих на хронічні дерматози була достовірно нижчою, ніж у здорових чоловіків, що свідчить про зниження функціональної активності і резервних можливостей симпатoadреналової системи у хворих. При цьому мало місце прискорення синтезу катехоламінів на етапах ДОФА–дофамін і дофамін–норадреналін (коефіцієнти відносної активності синтезу НА/ДА у хворих були вищими, ніж у здорових). Активність ферментів ДОФА–декарбоксілази та дофамін-β-оксидази у пацієнтів з хронічними дерматозами перевищувала активність у здорових. Знижений у порівнянні зі здоровими 45-64-річного віку коефіцієнт ДОФА/ДА+НА+А свідчить про вищу швидкість переходу ДОФА у катехоламіни. Від-

мічалася виражена дисоціація в активності ланок симпатoadреналової системи, про що свідчить превалювання тонусу нервової ланки над гормональною (коефіцієнт А/НА у хворих був значно нижчим, ніж у здорових). Прискорення біосинтезу катехоламінів на етапах ДОФА–дофамін і дофамін–норадреналін у поєднанні зі зниженою активністю і резервними можливостями симпатoadреналової системи є наслідком зменшення запасів катехоламінів, і, у першу чергу, норадреналіну в тканинах (дія механізму зворотного зв'язку).

Результати дослідження екскреції і біосинтезу катехоламінів дають підстави для висновку про те, що у хворих на хронічні дерматози зворотна реакція симпатoadреналової системи на дію стресора має незвичайний характер і проявляє себе зниженням активності симпатoadреналової системи з перевагою тонусу нервової ланки над гормональною.

Концентрації кортизолу та інсуліну в крові у хворих на хронічні дерматози достовірно перевищували рівні у здорових. Коефіцієнт НА/І був майже таким самим, а коефіцієнт К/І – підвищеним порівняно зі здоровими.

Результати кількісного аналізу підтверджують високий ступінь напруження ендокринної ланки та вказують на дискоординований харак-

тер її взаємовідносин з елементами нейрогенної ланки адаптації:

- антагоністичний – з нервовою ланкою адренергічної системи;

- синергічний – з парасимпатичним відділом.

Антагоністичні взаємовідносини мають місце і між елементами нейрогенної ланки адаптації (симпатичним і парасимпатичним відділами).

Таким чином, у результаті проведених досліджень у хворих на хронічні дерматози встановлено:

- зниження активності та резервних можливостей симпатoadреналової системи при прискоренні біосинтезу катехоламінів на етапах перетворення ДОФА у дофамін і дофаміну – у норадреналін, що в певній мірі свідчить про зниження тканинних запасів катехоламінів;

- високий ступінь напруження глюкокортикоїдної функції надниркових залоз і підвищення активності вагоінсулярної системи;

- виражене порушення вегетативного гомеостазу, що проявляється пригніченням активності симпатoadреналової системи і підвищенням тону та реактивності парасимпатичної системи;

- зниження активності компенсаторних реакцій організму.

Виявлені порушення взаємовідносин ланок симпатoadреналової системи обґрунтовують доцільність використання у комплексній терапії хворих на хронічні дерматози чоловіків віком 45-64 роки ноотропних препаратів.

У ході проведених досліджень було встановлено, що хворі на хронічні дерматози чоловіки віком 45-64 роки мали нижчу концентрацію тестостерону (у 1,49 рази – при псоріазі та у 1,29 рази – при хронічних алергодерматозах) та підвищені (порівняно з групою здорових чоловіків аналогічного віку) концентрації:

- ФСГ:

- 1) у 1,19 разу – при псоріазі;

- 2) у 1,10 разу – при хронічних алергодерматозах;

- ЛГ:

- 1) у 1,12 разу – при псоріазі;

- 2) у 1,07 разу – при хронічних алергодерматозах;

- ПРЛ:

- 1) у 1,16 разу – при псоріазі;

- 2) у 1,12 разу – при хронічних алергодерматозах;

- ТЗГ:

- 1) у 1,20 разу – при псоріазі;

- 2) у 1,14 разу – при хронічних алергодерматозах.

Отримані дані обґрунтовують необхідність проведення відповідної корекції.

Крім того, у хворих на хронічні дерматози віком 45-64 роки спостерігалися більш виражені симптоми андрогенного дефіциту, що проявлялося вищою бальною оцінкою за шкалою симпатoadреналової системи, порівняно з групою здорових чоловіків аналогічного віку.

У хворих на псоріаз віком 45-64 роки відзначалися достовірно вищі концентрації холестерину, β -ліпопротеїдів, тригліцеридів і глюкози порівняно зі здоровими особами аналогічного віку. Це говорить про те, що зміни ліпідного обміну властиві саме хворим на псоріаз чоловікам старших вікових груп.

Таким чином, отримані результати свідчать про наявність у хворих на псоріаз і хронічні алергодерматози старших вікових груп:

- односпрямованих вікових змін мікроциркуляції шкіри;

- порушень у функціонуванні системи ПОЛ-АОС;

- змін стійкості еритроцитарних мембран;

- підвищення рівня ендотоксикозу;

- порушень з боку симпатoadреналової системи та вагоінсулярної системи;

- змін концентрації гонадотропних гормонів;

- зниження концентрації тестостерону.

Для корекції виявлених патогенетичних змін і покращення ефективності лікування хворих на хронічні дерматози віком 45-64 роки було запропоновано використання у комплексній терапії:

- препарату з антиоксидантними, цитопротекторними та ноотропними властивостями – «Гіоцетам»;

- екстракту рослини *Tribulus Terrestris* – препарату «Трібестан»;

- автогенних тренінгів за методом Шульца.

У хворих на псоріаз, які додатково застосовували розроблений комплекс заходів, зменшилася (порівняно з групою пацієнтів після базової терапії захворювання) бальна оцінка:

- свербіж – у 1,49 разу;

- вираженості екскоріацій – у 1,35 разу;

- змін нігтьових пластин – у 1,54 разу.

Найменші бальні оцінки свербіжу, вираженості екскоріацій і змін нігтів наприкінці курсу лікування встановлено у хворих на псоріаз, які застосовували автогенні тренінги.

У хворих на псоріаз, які додатково застосовували розроблений комплекс заходів, досягнуто зниження (порівняно з групою пацієнтів після базової терапії):

- індексу *PASI* – у 1,23 разу;
- індексу *BSA* – у 1,12 разу.

У групі хворих, які використовували розроблений нами комплекс, відзначався вищий відсоток пацієнтів, які досягли *PASI 50* і *PASI 75*, у порівнянні з групою осіб після базової терапії (табл. 3). Це свідчить про позитивний клінічний ефект додаткового застосування розробленого комплексу у лікуванні хворих на псоріаз чоловіків віком 45-64 роки.

Індекс *DLQI* був у 1,55 разу вищим у групі хворих після базової терапії псоріазу, порівняно з його значенням у пацієнтів, які додатково використовували розроблений комплекс заходів. Це свідчить про позитивний вплив розробленого нами комплексу на якість життя хворих на псоріаз. Було встановлено достовірну різницю за $\Delta DLQI$ (%) між групами пацієнтів, які отримували базову терапію та її комбінацію з розробленим комплексом заходів (див. табл. 3). Відсоток хворих з нижчим за 5 балів індексом *DLQI* наприкінці курсу лікування був більшим після додаткового застосування розробленого комплексу порівняно з групою пацієнтів після базової терапії псоріазу. Найвищий відсоток хворих з нижчим за 5 балів індексом *DLQI* встановлено у групі чоловіків, які додатково до базової терапії псоріазу практикували автогенні тренінги.

Використання розробленого комплексу заходів щодо терапії псоріазу у чоловіків віком 45-64 роки сприяло зменшенню рівнів ситуативної тривожності, невротизації та депресії. Найбільш ефективними щодо покращення психологічного стану хворих на псоріаз виявились автогенні тренінги.

Використання Тіоцетаму, Трібестану та автогенних тренінгів чинило позитивний ефект щодо нормалізації мікроциркуляції шкіри. У хворих на псоріаз після застосування розробленого комплексу відзначалось:

- збільшення кількості функціонуючих капілярів – у 1,09 разу;
- зменшення відсотку порушень мікроциркуляції – у 1,30 разу, – порівняно зі значеннями, отриманими у пацієнтів після базової терапії.

Хворі на псоріаз після використання розробленого терапевтичного комплексу мали:

- рівень ТБК–АП у 1,08 разу нижчий;
- рівень КАОЗ у 1,12 разу вищий, – порівняно з групою пацієнтів, яка застосовувала базову терапію.

У хворих на псоріаз відбувалась нормалізація стійкості еритроцитарних мембран при додатковому застосуванні Тіоцетаму та Трібестану. Максимально виражений ефект щодо покращення стійкості еритроцитарних мембран забезпечувався препаратом «Тіоцетам». Застосування розробленого комплексу заходів приводило до більшого зниження проявів ендотоксикозу у хворих (концентрація CM_2 була в 1,19 разу меншою) порівняно з базовою терапією.

Нормалізацію функціонування симпатoadреналової системи та вагоінсулярної системи у хворих на псоріаз краще забезпечувало додаткове застосування розробленого комплексу, ніж базова терапія. Найкращі результати щодо нормалізації рівнів гормонів, медіаторів та їх співвідношення відзначались у хворих на псо-

Таблиця 3 – Динаміка індексів *PASI*, *BSA*, *DLQI* у хворих на псоріаз чоловіків віком 45-64 роки у процесі лікування

Показники	Одиниці вимірювання	Групи хворих на псоріаз чоловіків віком 45-64 роки:					
		до лікування	після базової терапії	після розробленої терапевтичної методики	після курсу терапії з включенням Тіоцетаму	після курсу автогенних тренінгів	після курсу терапії з включенням Трібестану
Індекс <i>PASI</i>	1	26,6±1,5	14,2±1,8*	11,6±0,9*	12,0±2,0*	11,7±1,2*	11,0±1,5*
$\Delta PASI$	%	–	36,1±5,2	56,5±2,50●	58,7±4,9●	55,2±4,5●	55,7±3,6●
$\Delta PASI > 50$	%	–	31,4	57,4	64,7	55,0	52,9
$\Delta PASI > 75$	%	–	22,9	29,6	35,3	30,0	23,5
Індекс <i>BSA</i>	%	38,1±2,5	24,8±2,4*	22,1±1,6*	22,6±3,4*	21,75±2,5*	22,0±2,8*
Індекс <i>DLQI</i>	бали	14,3±0,45	8,1±0,7*	5,2±0,6*●	5,5±1,3*	4,4±0,6*●	5,8±0,9*
$\Delta DLQI$	1	–	45,2±3,0	67,6±2,6●	69,3±6,4●	70,2±3,3●	62,9±3,5●
<i>DLQI</i> <5	%	–	40,0	50,0	52,9	55,0	41,2

Примітки: * – достовірна різниця ($P < 0,05$) при порівнянні з відповідними показниками у групі хворих до лікування; ● – достовірна різниця ($P < 0,05$) при порівнянні з відповідними показниками у групі хворих після базової терапії.

ріаз після додаткового застосування препарату «Тіоцетам». Отримано достовірну різницю:

- за рівнями екскреції адреналіну, норадреналіну, ДОФА та дофаміну з сечею;

- за концентрацією кортизолу в крові;

- за коефіцієнтами НА/ДА, НА/І, К/І, –

між групою хворих на псоріаз після проведеної базової терапії та групами пацієнтів, які застосовували розроблений нами комплекс у цілому та зокрема отримували Тіоцетам. Співвідношення гормонів і медіаторів у хворих після курсу терапії з застосуванням розробленого комплексу свідчили про наявність субкомпенсації, а не декомпенсації функціонування симпатoadреналової та вегетативної систем.

Застосування розробленого комплексу заходів щодо лікування псоріазу чинило кращий ефект щодо нормалізації концентрацій ТЗГ, статевих і гонадотропних гормонів порівняно з його базовою терапією. Концентрація тестостерону була у 1,20 разу вищою після використання розробленого комплексу порівняно з базовим лікуванням. Додаткове застосування препарату «Трібестан» у комплексній терапії псоріазу приводило до достовірного зростання концентрації тестостерону та зниження концентрацій ФСГ і ЛГ порівняно зі значеннями у пацієнтів після базової терапії. На фоні використання розробленого комплексу у хворих на псоріаз відбувалося зниження оцінки за шкалою *AMS* з (30,9±0,39) до (28,9±0,42) бала.

Використання розробленого нами комплексу заходів чинило більш виражений ефект на стан ліпідного обміну порівняно з базовою терапією псоріазу. Отримана достовірна різниця за концентрацією холестерину, β -ліпопротеїдів і тригліцеридів між групою хворих на псоріаз, які

застосовували базову терапію захворювання, та пацієнтами після додаткового використання розробленого комплексу.

Хворі на хронічні алергодерматози, які додатково використовували запропонований комплекс заходів, мали у 1,41 разу нижчу бальну оцінку сухості шкіри порівняно з її значенням у пацієнтів після базового лікування.

Індекс *SCORAD* був нижчим у 1,45 разу у хворих на хронічні алергодерматози після додаткового застосування розробленого комплексу порівняно з групою пацієнтів після базової терапії. Отримано достовірну різницю за Δ *SCORAD* (%) між групами хворих, які отримували базову терапію та які додатково використовували розроблений нами комплекс заходів (табл. 4).

У групі хворих після базової терапії хронічних алергодерматозів індекс *DLQI* був у 1,64 разу вищим порівняно з його значенням у пацієнтів, які додатково застосовували розроблений нами комплекс заходів. Отримано достовірну різницю за Δ *DLQI* (%) між групами пацієнтів, які отримували базову терапію та додатково використовували розроблений комплекс. Відсоток хворих з нижчим за 5 балів індексом *DLQI* наприкінці курсу лікування був більшим після додаткового застосування розробленого нами комплексу, ніж після базової терапії. Найвищий відсоток хворих з нижчим за 5 балів індексом *DLQI* встановлено у чоловіків, які додатково до базової терапії хронічних алергодерматозів використовували Тіоцетам.

Використання розробленого терапевтичного комплексу у хворих на хронічні алергодерматози чоловіків віком 45-64 роки сприяло більш вираженому зменшенню (порівняно з базовою терапією) рівня:

Таблиця 4 – Динаміка індексів *SCORAD* та *DLQI* у хворих на хронічні алергодерматози чоловіків віком 45-64 роки у процесі лікування

Показники	Одиниці вимірювання	Групи хворих на хронічні алергодерматози чоловіків віком 45-64 роки:					
		до лікування	після базової терапії	після розробленої терапевтичної методики	після курсу терапії з включенням Тіоцетаму	після курсу автогенних тренінгів	після курсу терапії з включенням Трібестану
Індекс <i>SCORAD</i>	1	47,3±0,9	23,9±1,5*	16,5±1,0*●	15,6±1,8*●	16,7±1,6*●	17,3±1,95*●
Δ <i>SCORAD</i>	%		49,8±2,7	65,4±1,9*●	66,3±3,4●	65,1±3,1●	64,8±3,36●
Індекс <i>DLQI</i>	бали	13,3±0,4	6,8±0,6*	4,2±0,3*●	3,8±0,5*●	3,8±0,5*●	4,9±0,57*●
Δ <i>DLQI</i>	1		47,6±4,4	66,4±2,6●	69,7±3,4●	67,0±5,0●	61,8±5,15●
<i>DLQI</i> <5	%		47,2	62,3	68,4	61,1	62,5

ПРИМІТКИ: * – достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з відповідними показниками у групі хворих до лікування; ● – достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з відповідними показниками у групі хворих після базової терапії.

- ситуативної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна – у 1,07 разу;
- невротизації за Л. І. Вассерманом – у 1,18 разу;
- депресії за шкалою Бека – у 1,17 разу.

У хворих на хронічні алергодерматози чоловіків віком 45-64 роки після застосування розробленого комплексу кількість функціонуючих капілярів була достовірно вищою ($30,8 \pm 0,57$) порівняно з групою осіб, які отримували базову терапію ($28,4 \pm 0,67$).

Після застосування розробленої методики хворі на хронічні алергодерматози мали достовірно нижчий рівень ТБК–АП, вищу загальну АОА, що приводило до зростання КАОЗ ($22,7 \pm 0,13$), порівняно з групою осіб після базової терапії ($20,7 \pm 0,14$). Застосування розробленого комплексу заходів приводило до кращого зменшення проявів ендотоксикозу у хворих на хронічні алергодерматози порівняно з базовою терапією.

На нормалізацію функціонування симпатoadреналової та вагоінсулярної систем у хворих на хронічні алергодерматози краще впливало додаткове застосування Трібестану та автогенних тренінгів, ніж базова терапія захворювання. Найбільш суттєві результати щодо нормалізації концентрації гормонів, медіаторів та їх співвідношення встановлено у хворих після додаткового застосування препарату «Гіоцетам».

Більш виражений терапевтичний ефект щодо нормалізації концентрації ТЗГ, статевих і гона-

дотропних гормонів відзначався на фоні застосування розробленого комплексу заходів. У групі хворих на хронічні алергодерматози, які додатково використовували запропонований комплекс, концентрація тестостерону була на 18 % вищою, а концентрація ЛГ, ПРЛ та ТЗГ – нижчою порівняно з групою пацієнтів після базової терапії.

У пацієнтів, які в лікуванні хронічних алергодерматозів використовували розроблений комплекс, відзначено:

- достовірно меншу бальну оцінку за шкалою AMS – ($30,6 \pm 0,35$) бала;
- менші прояви андрогенного дефіциту, – порівняно як з групою хворих до початку лікування [$32,5 \pm 0,33$ бала], так і з групою пацієнтів після застосування базової терапії [$31,7 \pm 0,40$ бала].

Таким чином, отримані результати свідчать про позитивний терапевтичний вплив розробленої комплексної терапії (застосування препаратів з антиоксидантною, цитопротекторною та ноотропною дією, препаратів на основі стероїдних сапонінів і автогенних тренінгів) на перебіг хронічних дерматозів, інволютивні зміни шкіри, мікроциркуляторне русло шкіри, нормалізацію вікових розладів гомеостазу у чоловіків віком 45-64 роки. Це обґрунтовує необхідність застосування розробленої методики лікування хворих на хронічні дерматози чоловіків старших вікових груп.

Аналізуючи отримані результати, можна зробити такі

Висновки

1. Збільшення віку чоловіків супроводжується формуванням патологічних змін шкіри та зростанням відсотку хворих з частими рецидивами хронічних дерматозів. Недостатньо з'ясованими є ряд факторів, які беруть участь у формуванні змін стану шкіри чоловіків, такі як вікові, екологічні, соціальні чинники, стан метаболізму, гормональний статус, функціонування нервової та симпатoadреналової систем. Отже, розширення уявлень про патогенез вікових змін шкіри та метаболічних порушень у чоловіків різних вікових груп, розробка профілактичних і терапевтичних заходів, спрямованих на вік-асоційовані патологічні зміни, у тому числі за умов наявності хронічних дерматозів, є актуальною проблемою сучасної дерматовенерології.

2. Встановлено пряму кореляційну залежність між віковими змінами шкіри у чоловіків та індексами пульс-активності, резистентності судин шкіри, підвищенням рівня ендогенної інтоксика-

ції ($r = 0,25 \dots 0,60$), бальною оцінкою за шкалою *Ageing Males Symptoms Scale* ($r = 0,3 \dots 0,46$), концентрацією фолікулостимулюючого, лютеїнізуючого гормонів, тестостерон-зв'язуючого глобуліну та зворотну залежність – з кількістю функціонуючих капілярів нігтьового ложа ($r = -0,28 \dots -0,68$), коефіцієнтом антиокислювального захисту, концентрацією тестостерону ($r = -0,31 \dots -0,57$). Вікові зміни шкіри відбуваються на тлі зростання системного порушення мікробного пейзажу шкіри та інших біотопів організму, субкомпенсованих змін з боку симпатoadреналової та вагоінсулярної систем.

3. Визначено основні фактори ризику погіршення стану шкіри та загального стану здоров'я чоловіків віком 45-64 роки: недостатнє вживання кисломолочних продуктів (менше 3 днів на тиждень), овочів і фруктів (менше 5 днів на тиждень), рівень ситуативної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна більше

42 балів, тютюнопаління, часте вживання алкоголю (один раз на тиждень або частіше). У чоловіків, які проживають у великому промисловому місті, встановлено підвищені рівні ситуативної тривожності та невротизації, зміни гомеостазу організму, що проявляються у зростанні рівня ендогенної інтоксикації (збільшенні концентрації середніх молекул на 13,1 %), превалюванні тонусу та реактивності симпатичної нервової системи над парасимпатичною, підвищенні кількості коагулазопозитивних стафілококів на шкірі [(0,696 ± 0,207) проти (0,167 ± 0,115) Lg КУО/см² у мешканців міста зі сприятливим довкіллям]. Комплекс факторів має негативний вплив на шкірні покрови та сприяє виникненню дерматологічної патології.

4. Запропоновано методики корекції вікових змін шкірного покриву та гомеостазу у чоловіків різного віку з використанням полівітамінних препаратів, біотину та декспантенолу, пробіотичних засобів, Краталу та Кверцетину, препарату з ноотропним, антиоксидантним і цитопротекторним ефектом, фітопрепарату на основі стероїдних сапонінів, застосування яких дає змогу зменшити сухість шкіри у 58 % осіб, зменшити бальну оцінку стану шкіри за шкалою *Yolanda R. Helfrich et al.* у 49 % чоловіків, збільшити кількість функціонуючих капілярів нігтьового ложа у 67 % чоловіків, знизити відсоток порушень мікроциркуляції у 28 % чоловіків, зменшити прояви андрогенного дефіциту та симптомів старіння чоловіків за шкалою *Aging Males Symptoms Scale* у 69 % чоловіків, покращити функціонування симпатoadреналової та вагоінсулярної системи.

5. Доведено, що перебіг псоріазу у чоловіків віком 45-54 роки супроводжується помірним рівнем особистісної та високим рівнем ситуативної тривожності, невротизацією середнього ступеня тяжкості, станом субдепресії; зникненням циркадних ритмів показників загальної антиокислювальної активності у слині протягом доби; зменшенням кількості функціонуючих капілярів на 22 %, зростанням порушень мікроциркуляції нігтьового ложа на 25 %; наявністю проявів андрогенного дефіциту (збільшенням бальної оцінки за шкалою *Aging Males Symptoms Scale* на 7,5%, зменшенням концентрації тестостерону на 33 %); зниженням активності та резервних можливостей симпатoadреналової системи, високим ступенем напруження глюкокортикоїдної функції надниркових залоз і підвищенням

активності вагоінсулярної системи порівняно зі здоровими чоловіками аналогічного віку.

6. Включення до комплексної терапії псоріазу у чоловіків 45-64-річного віку препарату з цитопротекторними, антиоксидантними та ноотропними властивостями, фітопрепарату на основі стероїдних сапонінів, автогенного тренінгу за методом Шульца дає змогу зменшити індекси *PASI* на 56,5%, *BSA* – на 42,0 %, *DLQI* – на 67,6 %, зменшити свербіж і порушення мікроциркуляції шкіри, нормалізувати процеси перекисного окислення ліпідів – антиокислювальної системи, знизити прояви ендотоксикозу, нормалізувати функціонування симпатoadреналової та вагоінсулярної систем, зменшити прояви андрогенного дефіциту, знизити рівень ситуативної тривожності.

7. Встановлено, що перебіг хронічних алергодерматозів у чоловіків віком 45-54 роки супроводжується зменшенням кількості функціонуючих капілярів на 22 %, зростанням порушень мікроциркуляції нігтьового ложа на 29 %; підвищенням рівня ендогенної інтоксикації; наявністю проявів андрогенного дефіциту (зростанням бальної оцінки за шкалою *AMS* на 10 %, зниженням концентрації тестостерону на 22 %); відсутністю добового ритму коливань загальної антиокислювальної активності; вираженим порушенням вегетативного гомеостазу (пригніченням активності симпатичної нервової системи і підвищенням тонусу та реактивності парасимпатичної нервової системи) порівняно зі здоровими чоловіками аналогічного віку. У хворих на хронічні алергодерматози чоловіків 45-64-річного віку встановлено помірний рівень особистісної та високий рівень ситуативної тривожності, невротизацію середнього ступеня тяжкості, стан субдепресії.

8. Розроблено нову методику лікування хворих на хронічні алергодерматози чоловіків 45-64-річного віку з використанням препарату з цитопротекторними, антиоксидантними та ноотропними властивостями, фітопрепарату на основі стероїдних сапонінів, автогенного тренінгу за методом Шульца, що сприяло зменшенню індексу *SCORAD* на 65,4%, індексу *DLQI* – на 66,4%, свербіжу шкіри – на 36,5%, зниженню рівнів ситуативної тривожності, невротизації та депресії, зменшенню порушень мікроциркуляції шкіри, зменшенню рівня ендогенної інтоксикації, порушень вегетативного гомеостазу, проявів андрогенного дефіциту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Айзятупов Ю. Ф. Современные особенности патогенеза и комплексной терапии аллергодерматозов / Ю. Ф. Айзятупов // Журн. дерматовенерологии та косметологии ім. М. О. Торсуева. – 2013. – № 1-2 (30). – С. 9–12.
2. Андрашко Ю. В. Оптимальные комбинации аппаратных и медикаментозных методов лечения ладонно-подошвенных форм псориаза / Ю. В. Андрашко, Т. И. Чечерская // Укр. журн. дерматологии, венерологии, косметологии. – 2013. – № 4 (51). – С. 166–169.
3. Болотная Л. А. Коррекция дисбиоза у больных атопическим дерматитом / Л. А. Болотная, Т. С. Осипенко // Дерматология та венерология. – 2014. – № 3. – С. 67–68.
4. Волкославская В. Н. Состояние заболеваемости патологией кожи и инфекциями, передающимися половым путем, населения Украины за последнее десятилетие / В. Н. Волкославская, А. Л. Гутнев // Клинич. иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2012. – № 1. – С. 19–22.
5. Дашук А. М. Динамика регресса клинических проявлений у больных псориазом при комплексной терапии нарушений обмена ингибиторов клеточного цикла / А. М. Дашук, Н. А. Пустовая // Дерматология та венерология. – 2013. – № 4. – С. 69–72
6. Денисенко О. І. Оптимізація лікування хворих на псориаз з використанням хронодетермінованої антиоксидантної терапії / О. І. Денисенко, А. В. Приймак // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2010. – № 8 (37). – С. 66–69.
7. Дюдюн А. Д. Інтегральна роль урогенітальних інфекцій у розвитку артропатичного псориазу / А. Д. Дюдюн, Н. М. Колева, Л. Х. Алі // Укр. журн. дерматологии, венерологии, косметологии. – 2014. – № 1 (52). – С. 27–34.
8. Дюдюн А. Д. Особливості гормонального статусу у чоловіків різних вікових груп і можливості їх корекції / А. Д. Дюдюн, Н. Ю. Резніченко // Урологія. – 2014. – Т. 18, № 3 (70). – С. 12–16.
9. Дюдюн А. Д. Вплив частого вживання алкоголю на стан шкіри та загальний стан здоров'я чоловіків / А. Д. Дюдюн, Н. Ю. Резніченко // Медичні перспективи. – 2015. – Т. 20, № 1. – С. 98–103.
10. Калюжная Л. Д. Альтернативное решение для контроля фазы обострения при атопическом дерматите / Л. Д. Калюжная, Я. Н. Юрчик // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2014. – № 1. – С. 36–39.
11. Кутасевич Я. Ф. Особливості лікування псоріатичної хвороби на сучасному етапі / Я. Ф. Кутасевич, І. О. Олійник // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. Спецвип. – 2011. – № 1. – С. 31–36.
12. Кутасевич Я. Ф. Патология ногтей при хронических дерматозах / Я. Ф. Кутасевич, И. А. Олейник // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2011. – № 8 (47). – С. 8–11.
13. Мавров И. И. Этюды к диагностике и лечению в дерматологии и венерологии / И. И. Мавров, В. А. Савоськина, Г. А. Дунаева – К. : ТОВ «Доктор-Медиа», 2009. – 432 с.
14. Резніченко Н. Ю. Діагностика, лікування та профілактика аллергодерматозів чоловіків у віковому аспекті / Н. Ю. Резніченко. – Запоріжжя : Просвіта, 2014. – 132 с.
15. Солошенко Е. М. Алгоритм терапії поширених дерматозів з використанням інформаційних технологій / Е. М. Солошенко, А. І. Поворознюк, О. А. Поворознюк // Журн. дерматовенерологии и косметологии им. Н. А. Торсуева. – 2011. – № 3-4 (26). – С. 19–26.
16. Степаненко В. І. Структура організації надання дерматологічної та венерологічної допомоги у провідних країнах світу в аспекті перспектив реформування дерматовенерологічної служби в Україні / В. І. Степаненко, В. В. Короленко // Укр. журн. дерматологии, венерологии, косметологии. – 2012. – № 1. – С. 10–18.
17. Степаненко В. І. Новий погляд на проблему старіння шкіри / В. І. Степаненко, Б. Г. Коган // Укр. журн. дерматологии, венерологии, косметологии. – 2006. – № 3. – С. 64–65.
18. Федотов В. П. Использование наноиммуномодулятора в комплексной терапии псориатической болезни у лиц с избыточным весом / В. П. Федотов, В. А. Кириенко // Дерматология та венерология. – 2014. – № 3. – С. 106–108.
19. Atopic dermatitis in a high-risk cohort: natural history, associated allergic outcomes, and risk factors / C. Carlsten, H. Dimich-Ward, A. Ferguson [et al.] // Ann. Allergy Asthma Immunol. – 2013. – Vol. 110, No 1. – P. 24–28.
20. Comparing treatment goals for psoriasis with treatment decisions in daily practice: results from a prospective cohort of patients with psoriasis

- riasis treated with biologics: BioCAPTURE / J. Zweegers, J. M. P. A. van den Reek, P. C. M. van de Kerkhof [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2014. – Vol. 171, issue 5. – P. 1091–1098.
21. *Ersser S. J.* Providing lifestyle behaviour change support for patients with psoriasis: an assessment of the existing training competencies across medical and nursing health professionals / S. J. Ersser // Br. J. Dermatol. – 2014. – Vol. 171, issue 3. – P. 450–451.
22. *Guidelines of care* for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies / L. F. Eichenfield, W. L. Tom, T. G. Berger [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2014. – Vol. 71, No 1. – P. 116–132.
23. *Psoriasis beyond the skin: a review of the literature on cardiometabolic and psychological co-morbidities of psoriasis* / L. Puig, B. Kirby, L. Mallbris, R. Strohal // Eur. J. Dermatol. – 2014. – Vol. 24, issue 3. – P. 305–311.
24. *Singh Report* from the third international consensus meeting to harmonise core outcome measures for atopic eczema/dermatitis clinical trials / J. R. Chalmers, J. Schmitt, C. Apfelbacher [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2014. – Vol. 171, issue 6. – P. 1318–1325.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ, С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ РАССТРОЙСТВ ГОМЕОСТАЗА И ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

Резниченко Н. Ю., Дюдюн А. Д.

Запорожский государственный медицинский университет

ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

Работа посвящена повышению эффективности лечения хронических дерматозов путем разработки терапевтических методик, направленных на возрастные расстройства гомеостаза и инволютивные изменения кожи у мужчин. Установлена взаимосвязь инволютивных изменений кожи и возрастных расстройств гомеостаза у мужчин, определены факторы риска их ухудшения в условиях крупного промышленного города. Разработаны методики коррекции инволютивных изменений. Установлены особенности клинического течения хронических дерматозов, кровообращения, микробного пейзажа, уровня эндогенной интоксикации, проявлений андрогенного дефицита, функционирования симпатoadренальной и вагоинсулярной систем у больных хроническими дерматозами мужчин в возрасте 45–64 года. Доказана высокая эффективность разработанных методик лечения больных хроническими дерматозами мужчин.

Ключевые слова: хронические дерматозы, инволютивные изменения кожи, возрастные расстройства гомеостаза, мужчины, методики лечения.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF MEN WITH CHRONIC DERMATOSES TAKING INTO CONSIDERATION THE AGE DISORDERS OF HOMEOSTASIS AND INVOLUTIVE SKIN CHANGES

Reznichenko N. Yu., Dyudyun A. D.

Zaporizhzhya State Medical University

"Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine" SE

The article is devoted to improvement of treatment efficacy of chronic dermatoses through development of therapeutic methods aimed at the age-related disorders of homeostasis and involutive skin changes in men. The correlation between the involutive skin changes and age-related disorders of homeostasis in men was found, the major risk factors for their deterioration under large industrial city conditions were identified. The methods of involutive changes correction were worked out. The peculiarities of clinical course of chronic dermatoses, blood circulation, microbial landscape, level of endogenous intoxication, manifestations of androgen deficiency, functioning of sympatho-adrenal and vagal-insular system in men aged 45–64 years with chronic dermatoses were found. The high efficacy of the developed treatment methods for chronic dermatoses in men was proven.

Key words: chronic dermatoses, involutive skin changes, age-disorders of homeostasis, men, methods of treatment.

Резниченко Наталья Юрьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии с циклом эстетической медицины ФПО Запорожского государственного медицинского университета

Дюдюн Анатолий Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

nreznichenko@mail.ru