*УДК 616.517-08;(616.431.45+612.017.1)*

**Е.И. ДОБРЖАНСКАЯ**
*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков*

# ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С УЧЕТОМ НАРУШЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

*Псориаз является одним из самых распространенных рецидивирующих заболеваний кожи. Лечения данного дерматоза является сложной задачей дерматологии.*

*Цель исследования – повышение эффективности лечения больных псориазом путем разработки комплексной терапии на основании изучения отдельных звеньев эндокринной системы.*

***Материал и методы.** Были использованы следующие методы: общеклинические методы исследования, обследование кожи. Для определения содержания кортизола в сыворотке крови был использован стандартизованный ИФА-набор. Содержание СТГ определяли с помощью стандартизированной тест-системы Liaison®hGH методом хемилюминесцентного иммуноанализа.*

***Результаты и обсуждение.** Изучение клинических проявлений обычного псориаза у 120 пациентов выявило высокую частоту и значительную длительность заболевания у лиц трудоспособного возраста.*

*Исследование эндокринной системы установило у 78,3% больных псориазом разнонаправленные изменения содержания кортизола: понижение – у 58,3%, повышение – у 20%, а также снижение у 60,8% пациентов содержания СТГ. Разработанный метод лечения больных псориазом с использованием даларгина позволяет нормализовать содержание кортизола и СТГ, обеспечивает повышение эффективности лечения у 89% больных, способствует уменьшению количества рецидивов в 1,7 раза, удлинению ремиссии на 4,6 мес относительно аналогичных показателей у больных при применении базовых средств.*

***Вывод.** Разработан метод лечения больных псориазом с использованием даларгина, который обеспечивает повышение эффективности лечения.*

***Ключевые слова:** псориаз, патогенез, эндокринная система, адаптационный синдром, лечение.*

**Для ссылки:** *Добржанская Е.И. Оптимизация комплексного лечения больных с псориазом с учетом нарушений некоторых функций эндокринной системы // Журн. Медицина. – 2015. – №3 (153). – С. 56-60*

Псориаз является одним из самых распространенных рецидивирующих заболеваний кожи. По данным литературы его удельный вес в общей структуре заболеваний кожи колеблется от 3 до 15%. По данным Международной федерации псориатических ассоциаций, в мире насчитывается 125 млн. человек, больных псориазом. Значимость данной патологии обусловлена недостаточной изученностью механизмов развития заболевания, ростом числа больных молодого возраста, частым развитием диссеминированных и резистентных к существующей терапии форм [1, 2, 7, 8, 9, 12]. Зависимость клинического течения псориаза и морфофункционального состояния кожи от воздействия различных факторов окружающей среды, а именно стрессовых, дисфункция гипоталамуса, нарушения метаболизма гормонов периферических желез внутренней секреции у больных свидетельствуют о нарушении механизмов адаптации [4, 9]. Стрессовые ситуации могут совпадать с негативными экзогенными раздражителями кожи [2, 3, 5, 6, 10]. Многолетнее, хроническое течение болезни неблагоприятно влияет на функцию как нервного, так и эндокринного аппарата. При псориазе любой раздражитель воспринимается как травма, а защитная реакция становится патологической вследствие нарушения соотношения гормонов гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы.

Лечение псориаза – сложная терапевтическая проблема. Во многих случаях она может быть с успехом решена, так как имеется целый ряд средств терапевтического воздействия на этот дерматоз [11]. Но, к сожалению, все они дают временный эффект, хотя не исключена возможность клинического выздоровления разной длительности и улучшения качества жизни больных.

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных псориазом путем разработки комплексной терапии на основании изучения отдельных звеньев эндокринной системы.

**Материал и методы**

Под наблюдением находилось 120 больных обычным (вульгарным) псориазом в возрасте от 19 до 64 лет. Обще-

**Контакты:** Добржанская Евгения Игоревна, канд. мед. наук, ассистент кафедры дерматологии, венерологии и СПИДа Национального медицинского университета, г. Харьков. Моб. тел. +38(050)4025154, e-mail: aurum03@i.ua

**Contact:** Evgenia Igorevna Dobrzhanska, a Candidate of medical science, assistant to department of dermatology, venereology and AIDS of Kharkov National medical university, Kharkov c. Mob. tel. +38(050)4025154, e-mail: aurum03@i.ua

клинические методы исследования предусматривали выяснение жалоб, анамнеза жизни и болезни пациента, объективное обследование кожи. Диагноз ставили на основании клинического обследования больных. Всем больным было проведено клинико-лабораторное обследование.

Для определения содержания кортизола с помощью стандартизированного ИФА-набора «Стероид ИФА-кортизол» («АлкорБио», Россия) на иммуноферментном анализаторе исследовали сыворотку крови. Содержание соматотропного гормона (СТГ) определяли на автоматическом анализаторе Liaison (Италия) с помощью стандартизированной тест-системы Liaison®hGH методом косвенного 2-ступенчатого хемилюминесцентного иммуноанализа (CLIA).

Статистический анализ даннях осуществлялся с помощью программ Microsoft Office Excel 2007 и Statistica 6,0 (StatSoft). С целью исключения грубых ошибок результатов лабораторных исследований на этапе формирования базы данных, как в группах больных, так и в группе контроля, проверялось отсутствие выбросов данных с помощью критериев Тьюки и Диксонав зависимости от объема выборки. Исследование корреляционных зависимостей между показателями проводилось с помощью непараметрических методов. Все статистические гипотезы (о значимости различий центральных тенденций в группах, нормальности законов распределения, значимости коэффициентов корреляции) проверялись при доверительной вероятности 95%.

С целью анализа результатов проведенного лечения 120 больных псориазом разделены на две группы в зависимости от метода терапии: 1 группа (40 пациентов) получили базовое лечение, 2 группа – 80 больных псориазом получили дополнительно к базовому лечению даларгин. Всем больным определяли содержание кортизола и СТГ.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, у которых были исследованы и изучены все вышеупомянутые показатели.

**Результаты и обсуждение**

Изучение клинических проявлений обычного псориаза у 120 больных выявило высокую частоту болезни и большую продолжительность заболевания у лиц трудоспособного возраста. У большинства пациентов – 85 (71%) начало псориаза наблюдалось в возрасте 21-40 лет. Зимний тип псориаза отмечен у 92 (76,6%), летний – у 11 (9,2%). У 17 больных (14,2%) в течение последних 3-5 лет не отмечено связи обострения процесса с сезонностью. У 72 человек (60%) рецидивы заболевания отмечались ежегодно. Рецидивы псориаза 1 раз в 2 года зарегистрированы у 21 (17,5%) и 1 раз в 3 года – у 27 больных (22,5%). Клиническая картина кожного процесса характеризовалась диссеминированными мелко- и крупнобляшечными высыпаниями. При этом у подавляющего числа обследованных констатирована прогрессирующая стадия заболевания – 96 (80%), стационарная стадия обнаружена у 24 больных (20%). PASI у больных псориазом 1 группы составил 25,8±5,1 и 27,5±8,4 у больных 2 группы, наблюдалась примерно одинаковая распространенность псориатической сыпи, это подчеркивает однородность распределения больных на группы.

Исследование крови больных псориазом, распределенных в зависимости от возраста, выявило следующие изменения концентрации кортизола. В группе больных до 30 лет мы наблюдали достоверное увеличение концентрации кортизола 116%, в отличие от пациентов в возрасте 31-50 лет и старше 51 года, у которых уровень кортизола достоверно уменьшен – 84,5% и 62,2%. Уровень СТГ в группе 18-30 лет не отличался от показателя в группе контроля. У пациентов в возрасте 31-50 лет СТГ был достоверно уменьшен (62,9%) и у пациентов старше 51 года (57,4%) также (табл. 1).

При исследовании уровня гормонов в зависимости от различной продолжительности заболевания мы наблюдали следующие изменения. Уровень кортизола у больных псориазом в течение первых 5 лет достоверно не отличался от уровня кортизола в группе здоровых лиц. В группе с длительностью заболевания 6-15 лет мы наблюдали достоверное снижение концентрации кортизола до 87,6%. У пациентов с давностью псориаза более 16 лет достоверное снижение концентрации кортизола составило 63,3%. Концентрация СТГ у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет не отличалась от группы контроля. У пациентов, которые болели в течение 6-15 лет, уровень СТГ был достоверно снижен (64,8%), в группе больных более 16 лет концентрация СТГ также была достоверно снижена – 53,7% (табл. 2).

Уровень кортизола в зависимости от частоты рецидивов достоверно снижен у пациентов с ежегодными рецидивами 64,7%. У пациентов с рецидивами псориаза 1 раз в 3 года уровень СТГ был достоверно увеличен, и у пациентов с рецидивами 1 раз в 2 года по уровеню кортизола не было достоверных отличий от группы контроля. СТГ у пациентов с рецидивами 1 раз в 3 года и 1 раз в 2 года достоверно не отличался от уровня здоровых лиц в отличие от пациентов с ежегодными рецидивами псориаза, где мы наблюдали достоверное снижение концентрации СТГ – 55% (табл. 3).

При изучении отдельных звеньев эндокринной системы полученные результаты позволили выявить у 70 (58,3%) больных диссеминированным псориазом эндокринные нарушения универсальных механизмов переносимости стресса организмом. Нами выявлены следующие типы реакции организма на болезнь со стороны коры надпочечников: во-первых, это увеличение концентрации кортизола у 24 (20%) больных в возрасте от 18 до 30 лет и 27 больных псориазом (22,5%) с частотой рецидивов 1 раз в 3 года; во-вторых, – это пациенты, у которых мы не нашли существенных изменений в концентрации кортизола – 23 пациента с невысокой продолжительностью псориаза до 5 лет (19,1%) и 27 пациентов с частотой рецидивов 1 раз в 2 года (22,5%); в-третьих, это достоверное снижение уровня кортизола у 73 пациентов (58,3%). Пациенты, у которых мы наблюдали снижение уровня кортизола, были старше 31 года, с давностью болезни более 6 лет, ежегодными рецидивами псориаза. Со стороны гипофиза нами были установлены следующие два типа изменений. У 24 пациентов (20%) в возрасте до 30 лет, 23 пациентов (19%) с давностью болезни от 1 до 5 лет и 48 пациентов (40%) с рецидивами псориаза 1 раз в 3 года и 1 раз в 2 года мы не

Таблица 1 – **Содержание гормонов (M±m) в крови больных псориазом в зависимости от возраста**

| Группы обследованных | Кортизол, нмоль/л | | СТГ, нг/мл | |
|---|---|---|---|---|
| | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения |
| 1 группа, n=40: | | | | |
| 18-30 лет, n=6 | 383,4±16,3[1] | 352,7±10,3[1] | 5,2±0,3 | 5,2±0,7 |
| 31-50 лет, n=24 | 279±7,8[1] | 301,7±6,4[1] | 3,4±0,6[1] | 5,3±0,5 |
| 51 год и старше, n=10 | 207,9±15,7[1] | 294,4±8,6[1] | 3,1±0,4[1] | 4,2±0,2[1] |
| 2 группа, n=80: | | | | |
| 18-30 лет, n=18 | 383,4±16,3[1] | 333,4±10,3 | 5,2±0,3 | 5,6±0,3 |
| 31-50 лет, n=51 | 279±7,8[1] | 329,5±17,8 | 3,4±0,6[1] | 5,4±0,6 |
| 51 год и старше, n=11 | 207,9±15,7[1] | 307,9±11,3[1] | 3,1±0,4[1] | 4,1±0,4[1] |
| Группа контроля, n=20 | 330,0±13,3 | | 5,4±0,3 | |
| Примечание. [1] – разница достоверная по сравнению со здоровыми донорами (p<0,05) | | | | |

Таблица 2 – **Содержание гормонов (M±m) в крови больных псориазом в зависимости от длительности псориаза**

| Группы обследованных | Кортизол, нмоль/л | | СТГ, нг/мл | |
|---|---|---|---|---|
| | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения |
| 1 группа, n=40: | | | | |
| 1-5 лет, n=4 | 342,8±12,2 | 327,6±6,4 | 4,6±0,4 | 5,0±0,4 |
| 6-15 лет, n=27 | 289,4±10,3[1] | 306,8±11,2[1] | 3,5±0,2[1] | 5,2±0,4 |
| 16 и более лет, n=9 | 209,8±6,3[1] | 301,7±8,4[1] | 2,9±0,3[1] | 4,7±0,4 |
| 2 группа, n=80: | | | | |
| 1-5 лет, n=19 | 342,8±12,2 | 332,2±8,2 | 4,6±0,4 | 5,3±0,4 |
| 6-15 лет, n=35 | 289,4±10,3[1] | 328,4±14,3 | 3,5±0,2[1] | 5,4±0,2 |
| 16 и более лет, n=26 | 209,8±6,3[1] | 324,8±10,3[1] | 2,9±0,3[1] | 4,9±0,3 |
| Группа контроля, n=20 | 330,0±13,3 | | 5,4±0,3 | |
| Примечание. [1] – разница достоверная по сравнению со здоровыми донорами (p<0,05) | | | | |

Таблица 3 – **Содержание гормонов (M±m) в крови больных псориазом в зависимости от частоты рецидивов псориаза**

| Группы обследованных | Кортизол, нмоль/л | | СТГ, нг/мл | |
|---|---|---|---|---|
| | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения |
| 1 группа, n=40: | | | | |
| 1 раз в 3 года, n=9 | 358,0±13,3[1] | 331,3±5,7 | 5,3±0,2 | 5,2±0,2 |
| 1 раз в 2 года, n=10 | 341,0±9,7 | 336,3±4,7 | 4,9±0,7 | 5,2±0,2 |
| ежегодно, n=21 | 213,6±12,8[1] | 281,2±2,7 | 3,0±0,4[1] | 5,3±0,2 |
| 2 группа, n=80: | | | | |
| 1 раз в 3 года, n=18 | 358,0±13,3[1] | 334,1±13,3 | 5,3±0,2 | 5,3±0,2 |
| 1 раз в 2 года, n=11 | 341,0±9,7 | 339,6±6,2 | 4,9±0,7 | 5,4±0,7 |
| ежегодно, n=51 | 213,6±12,8[1] | 302,6±12,8 | 3,0±0,4[1] | 5,0±0,4 |
| Группа контроля, n=20 | 330,0±13,3 | | 5,4±0,3 | |
| Примечание. [1] – вероятная разница от аналогичного показателя здоровых доноров (p<0,05) | | | | |

обнаружили изменений в концентрации СТГ. У 73 больных (60,8%) псориазом мы установили снижение концентрации СТГ. У 58,3% больных снижение уровня кортизола сопровождалось снижением уровня СТГ.

Сопоставление гормональных нарушений с клиническими проявлениями псориаза выявило, что у больных с повышенным уровнем кортизола средний возраст составил 22,5±1,2 года (p<0,05), рецидивы возникали в среднем 1 раз в 3 года. Не изменился уровень кортизола у пациентов с давностью псориаза 3,2±0,4 года (p<0,05). У больных со сниженным уровнем кортизола возраст составлял 52,4±6,2 года (p<0,05), дерматоз длился 14,6±0,5 (p<0,05), рецидивы псориаза возникали ежегодно. Уровень СТГ претерпевал изменения в сторону уменьшения у всех пациентов, кроме 39,2% в возрасте до 30 лет, давностью псориаза 1-5 лет.

Устойчивый характер заболевания, частые рецидивы, сезонность обострений, разнообразие метаболических нарушений косвенные указывают на существование патологической системы, отражающей неполноценность адаптационного потенциала организма больных в условиях воздействия неблагоприятных внешних и внутренних факторов. Характер течения общего адаптационного синдрома у больных с хроническими заболеваниями, в том числе при псориазе, зависит от функционального состояния эндокринной системы, то есть от адекватности секреции гормонов, медиаторов. Стресс-синдром является звеном адаптационной системы человека и направлен на приспособление организма к качественно новым условиям.

Выявленные нарушения эндокринного звена гомеостаза у больных псориазом подчеркивают необходимость разработки методов, направленных на повышение адаптивных возможностей организма.

Больные псориазом получили лечение: 1 группа – общепризнанную терапию по поводу псориаза в виде назначения седативного средства; магния сульфата; антигистаминного препарата; натрия тиосульфата; через 7 дней после начала терапии назначали витамины – пиридоксина гидрохлорид и цианокобаламин, ксантинола никотинат; наружно назначали мазь

кератолитического действия.Больные 2 группы получили базовую терапию и дополнительно терапию препаратом, который оказывает адаптогенное действие и ограничивает эндокринные нарушения посредством уменьшения избыточного выброса и подавления периферического эффекта ряда гормонов, участвующих в реализации стресса, в том числе катехоламинов и ГКС с действующим веществом даларгин (0,001 г 1 раз в сутки внутримышечно – 20 дней).

Результаты лечения показали, что терапевтическая эффективность комплексной терапии средствами базовой терапии и даларгином была выше, чем при лечении больных псориазом средствами базовой терапии.

Клиническое выздоровление констатировали в тех случаях, когда сыпь полностью регрессировала, оставляя после себя лишь вторичную де- или гиперпигментации. Значительное улучшение отмечали у больных в тех случаях, когда после проведенного лечения большинство псориатических высыпаний регрессировало, а на участках больших инфильтрированных бляшек сохранялась остаточная, слабо выраженная папулезная инфильтрация. Незначительным улучшением мы считали случаи, когда прогрессирующая стадия переходила в стационарную, наблюдались уменьшение инфильтрации и побледнение интенсивности окраски псориатических папул, уменьшение шелушения. Отсутствие эффекта констатировали в случаях, когда размер поражения не менялся, сохранялась инфильтрация. В этих случаях интенсивность окраски и шелушение могли уменьшаться вследствие использования наружной терапии.

Клиническое выздоровление в 1 группе наблюдалось у 7 (17,5%), значительное улучшение – у 15 (37,5%), незначительное улучшение у 16 пациентов (40%). В 1 группе мы наблюдали уменьшение PASI индекса в 1,5 раза.

У всех пациентов 2 группы удалось достичь положительного терапевтического эффекта различной степени. Клиническое выздоровление наблюдалось у 37 больных (46%), значительное улучшение констатировано у 34 (43%), незначительное улучшение – у 9 больных псориазом (11%). Вследствие проведенного лечения у больных 2 группы на 5-7-й день прекращался рост старых и появление новых псориатических элементов, уменьшалось шелушение, гиперемия, несколько уменьшались инфильтрация в участках очагов поражения. Через 10 дней псориатические высыпания начинали регрессировать из центра. Через 28-29 дней сыпь полностью регрессировала. Во 2 группе мы наблюдали уменьшение PASI индекса в 1,8 раза.

Клиническому улучшению у больных псориазом соответствовали положительные сдвиги гормональных показателей. В результате лечения у больных, получавших даларгин, отмечена нормализация уровня кортизола и СТГ. Уровень кортизола после проведенного лечения у больных 1 группы оставался достоверно снижен, в отличие от больных во 2 группе, где мы наблюдали нормализацию уровня кортизола. У больных 2 группы уровень кортизола увеличился в 1,4 раза. При исследовании также было установлено, что уровень СТГ в 1 группе остался достоверно уменьшенным и только имел тенденцию к нормализации. У больных 2 группы СТГ увеличился в 1,7 раза.

**Вывод**

Использование препарата, который имеет адаптогенное действие, значительно повышает эффективность терапии больных псориазом, позволяет получить положительные результаты разной степени у 100% больных, снизить частоту возникновения рецидивов в 1,7 раза, нормализовать содержание кортизола и СТГ, а также состояние адаптации.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Бамер Ю.А. Роль психосоциальной нагрузки при вульгарном псориазе / Ю.А. Бамер, Ф. Петерман, Ю. Куль // Дерматология. – 2010. – №1. – С. 39-47

2 Белова О.В. Иммунобиологически активные вещества, выделенные из кожи / О.В. Белова, В.Я. Арион, Ю.М. Лопухин и др. // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2010. – №6. – С. 8-12

3 Васильев А.Г. Изменения гормонального статуса у пациентов с очаговым вульгарным псориазом /А.Г. Васильев, Д.В. Заславский, А.П. Трашков и др. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 5. – С. 88-90

4 Клименко Н.А. Оценка гормонального статуса при распространённом псориазе и обоснование информативных показателей тяжести течения и эффективности лечения лимфопролиферативных процессов / Н.А. Клименко // Експериментальна і клінічна медицина. – 2010. – №2. – С. 23-27

5 Куц Л.В. Сучасні аспекти «нейрогенного» компоненту запалення при псоріазі / Л.В. Куц // Вісник проблем біології і медицини: науково-практичний журнал. Українська медична стоматологічна академія. – Полтава, 2012. – Т. 2, №4. – С. 96-98

6 Сизон О.О. Роль стрес-системи у розвитку артропатичного псоріазу / О.О. Сизон // УЖДВК. – 2013. – №1 (48). – С. 33-43

7 Степаненко В.И. Псориаз. Дерматология, венерология: учебник / В.И. Степаненко, Сизон О.О., Шупенько Н.М. и др. – К.: КИМ, 2012. – С. 167-197

8 Chandran V. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis / Chandran V., Raychaudhuri S.P. // J. of Autoimm. – 2010. – Vol. 34, Issue 3. – P. J314-J321.

9 Daudén E.S. Integrated Approach to Comorbidity in Patients With Psoriasis / Daudén E.S., Suárez C., García-Campayo A.J. // ActasDermo-Sifiliográficas. – 2012. – Vol. 103, Suppl. 1. – P. 1-64

10 Gee S.N. A survey assessment of the recognition and treatment of psychocutaneous disorders in the outpatient dermatology setting: How prepared are we?/ Gee S.N., Zakhary L., Keuthen N. // Journal of the American Academy of Dermatology. – 2013. – Vol. 68, Issue 1. – P. 47-52

11 Gottlieb A. Validation and response to treatment of a pruritus self-assessment tool in patients with moderate to severe psoriasis / Gottlieb A., Feng J.Y., Harrison D. // Journal of the American Academy of Dermatology. – 2010. – Vol. 63, Issue 4. – P. 580-586

12 Monteleone G. Psoriasis: from pathogenesis to novel therapeutic approaches. / Monteleone G., Pallone F., McDonald D. et al. // Clinical Science. – 2011. – N120. – P. 1-11

**ТҰЖЫРЫМ**

**Е.И. ДОБРЖАНСКАЯ**

*Харьков ұлттық медицина университеті, Харьков қ.*

**ЭНДОКРИН ЖҮЙЕСІНІҢ КЕЙБІР ФУНКЦИЯЛАРЫНЫҢ БҰЗЫЛУЛАРЫН ЕСКЕРУМЕН НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДІ ОҢТАЙЛАНДЫРУ**

Псориаз терінің ең таралған рецидивирлеуші ауруларының бірі болып табылады. Бұл дерматозды емдеу дерматологияның күрделі мәселесі болып табылады.

**Зерттеу мақсаты** – эндокрин жүйесінің жекелеген буындарын зерттеу негізінде кешенді емдеуді әзірлеу арқылы псориазбен ауыратын адамдарды емдеу тиімділігін арттыру.

**Материал және әдістері.** Келесідей әдістер қолданылған: зерттеудің жалпы клиникалық әдістері, теріні тексеру. Қан сарысуында кортизолдың мөлшерін анықтау үшін стандартталған ИФА-жинақ қолданылған. СТГ мөлшерін хемилюминисцентті иммун талдау әдісімен Liaison®hGH стандартталған тест-жүйесінің көмегімен анықтаған.

**Нәтижелері және талқылауы.** 120 емделушіде қалыпты псориаздың клиникалық көріністерін зерттеу жұмысқа қабілетті жастағы адамдарда аурудың жоғары жиілігі мен едәуір ұзақтығын анықтады.

Эндокрин жүйесін зерттеу псориазбен ауыратын адамдардың 78,3%-да кортизол мөлшерінің әр түрлі бағыттағы өзгерістерін анықтаған: төмендеу – 58,3%-да, көтерілу – 20%-да, сондай-ақ СТГ мөлшерінің 60,8% емделушілерде төмендеуі. Даларгин қолданумен псориазбен ауыратын адамдарды емдеудің әзірленген әдісі кортизол мен СТГ мөлшерін қалыпқа келтіруге мүмкіндік береді, науқастардың 89%-да емдеу тиімділігін арттыруды қамтамасыз етеді, рецидивтер санының 1,7 есе азаюына, базалық құралдарды қолданумен науқастарда ұқсас көрсеткіштерге қатысты 4,6 айға ремиссияның ұзаруына жағдай жасайды.

**Қорытынды.** Емдеу тиімділігін арттыруды қамтамасыз ететін даларгинді қолдану арқылы псориазбен ауыратын науқастарды емдеу әдісі әзірленді.

***Негізгі сөздер:*** *псориаз, патогенез, эндокрин жүйесі, адаптациялық синдром, емдеу.*

**SUMMARY**

**E.I. DOBRZHANSKA**

*Kharkov National Medical University, Kharkov c.*

**OPTIMIZATION OF COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH PSORIASIS BASED ON VIOLATIONS OF CERTAIN PARTS OF THE ENDOCRINE SYSTEM**

Psoriasis is one of the most common recurrent skin diseases. Treatment of this dermatosis is challenging dermatology.

**Goal** – improve the efficiency of treatment of psoriasis by developing a comprehensive treatment on the basis of the study of the individual units of the endocrine system.

**Material and methods.** Physical methods of investigation, examination of the skin. For the determination of serum cortisol was used standardized ELISA kit. The content of growth hormone was determined by standardized test system by chemiluminescent immunoassay Liaison®hGH.

**Results and discussion.** A study of the clinical manifestations of psoriasis in 120 patients revealed a high frequency and a significant duration of illness in people of working age.

The study of the endocrine system established in 78.3% of patients with psoriasis opposite changes of cortisol: decrease – 58.3% increase – 20%, and a reduction in 60.8% of patients growth hormone content. The developed method of treatment of psoriasis patients using dalargin helps to normalize cortisol and growth hormone, enhances the effectiveness of treatment in 89% of patients, reduces the number of relapses by 1.7 times, lengthening remission of 4.6 months compared to similar parameters in patients when using basic means.

**Conclusions.** A method for the treatment of patients with psoriasis using dalargin, which enhances the effectiveness of treatment.

***Key words:*** *psoriasis, pathogenesis, the endocrine system, adaptation syndrome, treatment.*

Статья поступила в редакцию 16.03.2015 г.