

Н.О. Волошина, О.І. Денисенко

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Комплексне лікування хворих на вульгарні вугри із супутньою гелікобактерною інфекцією гастродуоденальної локалізації

Мета роботи — розробити комплексний метод лікування хворих на вульгарні вугри із супутньою гелікобактерною інфекцією гастродуоденальної локалізації і визначити його клінічну ефективність.

Матеріали та методи. Обстежено 96 хворих на вульгарні вугри, переважно середнього (73,9 %) та важкого (19,8 %) ступенів тяжкості дерматозу. Гастродуоденальну патологію виявляли згідно з протоколом Міністерства охорони здоров'я України від 28.12.2009 № 1051 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю», а їх гелікобактерну природу — імунологічним та гістологічним методами.

Результати та обговорення. Майже у половини (47,9 %) обстежених виявлено субклінічні форми гелікобактер-асоційованої патології гастродуоденальної локалізації (гастрити, гастродуоденіти). Ступінь імунологічних порушень в організмі був більше вираженим, ніж у пацієнтів з вуграми без супутньої гелікобактерної інфекції, спостерігався тяжчий перебіг цього дерматозу. З метою оптимізації лікування хворих на вульгарні вугри на тлі гелікобактерної інфекції розроблено комплексний метод, що передбачає антибіотикотерапію із застосуванням амоксициліну та кларитроміцину згідно з рекомендаціями Маастрихтського консенсусу IV (2010) та імунокорекцію тималіном, що сприяло ерадикації гелікобактерної інфекції, вірогідному покращенню показників системного імунітету та клінічних результатів лікування вульгарних акне у цієї категорії пацієнтів.

Висновки. Застосування в комплексній терапії хворих на акне із супутньою гелікобактерною інфекцією гастродуоденальної локалізації комбінації амоксициліну та кларитроміцину на тлі прийому пантопразолу згідно з рекомендаціями Маастрихтського консенсусу IV (2010) та імуномодулювального засобу тималіну покращує клінічні результати лікування акне, сприяє ерадикації гелікобактерної інфекції, нормалізації показників системного імунітету та фагоцитозу.

Ключові слова

Вульгарні вугри, гелікобактерна інфекція, системний імунітет, лікування.

Дослідження патогенетичних ланок вульгарних вугрів (*Acne vulgaris*) з метою підвищення результатів їх лікування є актуальним завданням сучасної дерматології [8, 19, 24]. Актуальність проблеми зумовлена значним поширенням вульгарних вугрів, які реєструють у 80–90 % осіб юнацького й молодого працездатного віку, а також у значної частини (до 11–15 %) осіб віком 25 і більше років [11, 17, 27]. Локалізація вугрової висипки на відкритих ділянках шкіри, хронічний перебіг дерматозу із затяжними рецидивами, збільшення частки хворих з тяжкими формами акне і розвитком рубцевих змін шкіри [12, 20, 37] є причиною погіршення якості життя пацієнтів, розвитку в них депресивних станів зі зниженням дієздатності та соціальної активності [3, 41, 43]. Зазначені чинники зумовлюють

важливе медико-соціальне значення вугрової хвороби та обґрунтовують актуальність наукових досліджень з метою оптимізації лікування дерматозу [1, 8, 34].

Згідно з сучасними даними, розвиток вульгарних вугрів відбувається внаслідок комплексної дії екзо- та ендогенних чинників [5], серед яких істотного значення надають генетичній детермінованості [43], розладам ендокринної регуляції [13, 33, 36], імунним порушенням [4, 29, 32, 38], обмінним розладам, розвитку себореї [13]. Вказується на вагому роль у розвитку й перебігу вугрової хвороби хронічної фокальної інфекції, яка зумовлює вторинний імунодефіцитний стан, вияви інтоксикації, порушення оксидантно-антиоксидантного гомеостазу тощо [6, 16]. Водночас є окремі повідомлення щодо

можливої участі у патогенезі вугрової хвороби та рожевих вугрів *Helicobacter pylori* — збудника гастроудоденальної патології, який часто є в осіб юнацького та молодого дїездатного віку [23, 31].

Лїкування вугрової хвороби передбачає застосування засобів системної і топїчної дїї, що спрямовані на етіологічні та патогенетичні чинники дерматозу [17, 25, 27]. Системна терапія вульгарних вугрів включає застосування антибіотиків, ретиноїдів та антиандрогенних засобів [7, 30, 34, 38]. Основними антибактеріальними засобами лїкування вугрової хвороби вважають препарати тетрациклїнового ряду, які рекомендують застосовувати тривалий час [5, 26, 40]. Слід зауважити, що лїкування вульгарних вугрів на сучасному етапі є складною проблемою, оскільки методи базової терапїї останніми роками часто не забезпечують стїйкого терапевтичного ефекту та тривалих ремїсій через формування у пацієнтів резистентності до антибактеріальних засобів системної і топїчної дїї [3, 9]. У зв'язку з цим актуальним завданням сучасної дерматологїї є розроблення нових, ефективніших методів лїкування вугрової хвороби, зокрема і з урахуванням виявлених у цїєї категорїї пацієнтів системних порушень та коморбїдних станів.

Мета роботи — розробити комплексний метод лїкування хворих на вульгарні вугри із супутньою гелїкобактерною інфекцією гастроудоденальної локалізації та визначити його клінічну ефективність.

Матеріали та методи

Проведено клінічне та лабораторне обстеження 96 хворих на вугри вульгарні (42 чоловіків, 54 жінки) віком від 16 до 29 років. Згідно із загальноновизнаними критеріями вугрової хвороби, зокрема і критеріями тяжкості акне Американської академії дерматологїї [14, 36], у більшості (у 71—73,9 %) обстежених діагностовано середній ступінь тяжкості дерматозу, у 19 (19,8 %) — тяжкий клінічний перебіг вугрової хвороби, у 6 (6,3 %) — легку форму акне. Тривалість дерматозу становила від 1,5 до 5,5 року (в середньому 4,1 року).

Групу контролю становили 20 практично здорових осіб порівнюваного віку.

Пацієнтів було комплексно обстежено (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.05.2009 № 312 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматологічні захворювання») [15]. Хворі на вульгарні вугри також були обстежені у гастроентеролога з проведенням скринінгового дослідження калу на виявлення антигену

Helicobacter pylori з використанням тест-системи «Фармаско» (Україна) [21], а за наявності підозри на гастроудоденальну патологію — з проведенням езофагогастрофіброскопїї з прицїльною біопсією слизової оболонки воротаря (2—3 біоптати), мікросондовою ендоскопїчною рН-метрією та морфологічним підтвердженням наявності й ступеня обсіювання слизової оболонки шлунка *H. pylori* методом Л.Й. Аруїна (2000).

Хворим на вульгарні акне також проводили імунологїчне дослідження крові з визначенням показників Т- і В-ланки імунітету (імуноферментним методом з використанням специфічних моноклональних антитїл виробництва ТОВ «Сорбент ЛТД», Москва, — СД3⁺, СД4⁺, СД8⁺, СД28⁺); вмісту в сироватці крові імуноглобулінів класів М, G, А (методом радіальної імунодифузїї в агарі за Manchini, 1965); концентрації циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) (методом преципітації в 3, 5 % розчині поліетиленгліколю з подальшим фотометруванням за Ю.А. Гриневич, Л.Я. Каменець, 1986). Ступінь тяжкості імунологїчних порушень оцінювали за А.В. Карауловим і співавт. [10] за кожним з показників імунограми, при якому відхилення від норми від 15 до 30 % визначали як перший (легкий) ступінь; від 34 до 66 % — другий (помірний) ступінь та вище 66 % — третій (тяжкий) ступінь.

Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали методами статистичного аналізу [2] з використанням комп'ютерної програми PAST Version 2.05 (2001). Характер зв'язків між досліджуваними показниками оцінювали за допомогою непараметричного дисперсійного аналізу Фрїдмана з визначенням χ -квадрата, залежність між показниками вважали вірогідною, якщо значення χ -квадрата перевищувало критичне.

Результати та обговорення

Під час комплексного клінічного та лабораторного обстеження 96 хворих на вугри вульгарні практично в половини (у 44—47,92 %) пацієнтів виявлено гелїкобактерасоційовану патологію гастроудоденальної зони (хронїчний гастрит, гастроудоденїт). Дїагноз гелїкобактерної інфекції гастроудоденальної локалізації, програму ерадикації та контроль повноцїнності ерадикації *H. pylori* у хворих на вульгарні вугри визначали лікарі-гастроентерологи вищої квалїфікаційної категорїї.

У процесі спостереження та лїкування хворих на вульгарні вугри було на двї групи: основну групу (44 особи), в яких виявлено гелїкобактерасоційовану патологію гастроудоденальної зони, та групу порівняння (52 особи) — хворі на акне без гастроудоденальної патологїї. По-

Таблиця. Динаміка показників системного імунітету, неспецифічної резистентності та фагоцитозу до та після лікування у хворих на акне із супутньою гелікобактерасоційованою гастроудоденальною патологією (основна група) та без неї (група порівняння), $M \pm m$

Показники, одиниці виміру	Контрольна група (n = 20)	Хворі на вульгарні вугри (n = 96)			
		Основна група (n = 44)		Група порівняння (n = 52)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
CD3 ⁺ , %	64,2 ± 4,85	44,2 ± 0,84*	58,4 ± 1,92*	49,2 ± 1,19*	56,2 ± 1,23*
CD4 ⁺ , %	37,6 ± 1,28	24,3 ± 1,12*	33,2 ± 1,16**	28,4 ± 1,16*	32,4 ± 0,96* ^o
CD8 ⁺ , %	19,9 ± 1,54	15,9 ± 0,73*	18,3 ± 0,52*	17,1 ± 0,38	18,2 ± 0,42
CD4 ⁺ /CD8 ⁺	1,89 ± 0,16	1,52 ± 0,18	1,81 ± 0,22	1,66 ± 0,12	1,78 ± 0,14
CD22 ⁺ , %	8,2 ± 0,73	9,68 ± 0,28	9,2 ± 0,38	9,3 ± 0,31	9,1 ± 0,28
IgA, г/л	1,52 ± 0,05	1,91 ± 0,06*	1,64 ± 0,09	1,88 ± 0,05*	1,72 ± 0,12
IgM, г/л	1,43 ± 0,12	1,8 ± 0,05*	1,58 ± 0,08	1,78 ± 0,04*	1,66 ± 0,11
IgG, г/л	9,64 ± 1,16	12,5 ± 1,43	10,8 ± 1,04	11,2 ± 1,26	10,7 ± 0,88
Фагоцитарна активність, %	69,6 ± 3,16	58,2 ± 4,91	64,4 ± 3,52	59,3 ± 2,12	62,1 ± 2,64
Фагоцитарне число	6,6 ± 0,32	4,4 ± 0,21*	5,4 ± 0,18*	4,6 ± 0,28*	5,1 ± 0,31*
НСТ-тест спонтанний, %	21,4 ± 1,16	15,6 ± 1,22*	19,2 ± 0,86*	15,9 ± 1,09	16,9 ± 0,92*
НСТ-тест стимульований, %	41,8 ± 1,84	22,4 ± 1,16*	32,6 ± 1,52**	25,1 ± 1,32	28,2 ± 0,64* ^o
Резерв бактерицидної активності фагоцитів, %	20,4 ± 1,32	6,8 ± 0,44*	13,4 ± 1,16*	9,2 ± 0,91*	11,3 ± 0,78*
Титр комплемента, мл	0,04 ± 0,005	0,06 ± 0,004*	0,04 ± 0,006*	0,06 ± 0,003*	0,04 ± 0,004*
Титр нормальних антитіл	7,6 ± 0,12	5,2 ± 0,62*	6,8 ± 0,26* ^o	5,6 ± 0,48*	6,0 ± 0,38
ЦК, од. опт. щільності	78,0 ± 5,50	128,0 ± 6,44*	86,0 ± 3,38**	109,0 ± 5,25*	98,0 ± 4,42* ^o

Примітка. * Вірогідність різниці показників порівняно з особами контрольної групи; ** вірогідність різниці показників у хворих однієї групи до та після лікування; ^o вірогідність різниці показників у хворих різних груп після лікування.

рівняльний аналіз клінічних виявів вугрової хвороби у пацієнтів основної та порівняльної груп засвідчив більш тяжкий клінічний перебіг дерматозу у пацієнтів із супутньою гелікобактерасоційованою гастроудоденальною патологією. Так, серед пацієнтів групи порівняння (без гастроудоденальної патології) тяжкі форми акне діагностовано у 7 (13,5 %) осіб, вульгарні вугри середньої тяжкості — у 40 (76,9 %), легкі форми акне — у 5 (9,6 %), а серед хворих основної групи — у 12 (27,3 %), у 31 (70,4 %) та у 1 (2,3 %) відповідно, що демонструє вірогідну різницю з особами групи порівняння (χ_{1-2} -квадрат = 3,95 за критичного значення 3,84).

Порівняльний аналіз показників системного імунітету у хворих на вульгарні вугри основної та порівняльної груп (таблиці) виявив однотипні та вірогідні порівняно з показниками контрольної групи зміни імунограми з виявами вторинного імунодефіцитного стану за Т-клітинною ланкою, проте в пацієнтів основної групи пере-

важно домінував другий ступінь імунних порушень, а в групі порівняння — перший.

Хворим обох груп було призначено базове лікування згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.05.2009 № 312 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматологічні захворювання» [15], яке включало антибактеріальні препарати, пробіотики, препарати цинку, зовнішньо — топічні антибактеріальні та проти-запальні мазі й креми. Пацієнтам порівняльної групи як антибактеріальний засіб призначали доксициклін по 0,1 г двічі на добу протягом 20–28 днів (до клінічного регресу запальних акне), а також пробіотик «Лактовіт-форте» (на весь період антибактеріальної терапії) та препарат цинку.

Пацієнтам основної групи з гелікобактерною інфекцією гастроудоденальної локалізації призначено антибактеріальні засоби антигелікобактерної дії (згідно з Маастрихтським консенсусом IV,

2010) [18]: кларитроміцин (по 500 мг) та амоксицилін (по 1000 мг) двічі на добу на тлі інгібітора протонної помпи пантопразолу (по 40 мг на добу після їди) 10 днів при легкому й середньому ступенях тяжкості акне та 14 днів — у випадках важкого перебігу акне, а також пробіотик «Лактовіт-форте» (на весь період антибактеріальної терапії) та препарат цинку. Після завершення антигелікобактерної терапії пацієнтам основної групи додатково призначено імуностимулювальний засіб «Тималін» по 2 мл внутрішньом'язово через день (8–10 ін'єкцій при легкій і середній та 10–12 ін'єкцій на курс — при важкій формі акне).

Слід зауважити, що більшість (40–90,9 %) хворих основної групи добре перенесли антигелікобактерну терапію, лише у 4 (9,1 %) осіб спостерігався помірний діарейний синдром, який також реєстрували в 11 (23,4 %) із 47 пацієнтів порівняльної групи із середнім та важким перебігом акне, що отримували системну антибактеріальну терапію; діарейний синдром припинено призначенням пробіотика «Хілак-форте» та антидіарейного засобу «Лоперамід».

Контроль повноцінності ерадикації *H. pylori* у хворих на вульгарні вугри основної групи проводив лікар-гастроентеролог на 40–42-й день після завершення курсу ерадикаційної терапії шляхом дослідження калу на наявність антигену *H. pylori* з використанням тест-системи «Фармаско» [19]. У 38 (86,36 %) пацієнтів встановлено повну ерадикацію *H. pylori*, що вважається добрим результатом [18].

Критеріями ефективності лікування були швидкість регресу елементів акне, соматичний статус пацієнта, динаміка параметрів загального аналізу крові та імунограми. Динаміку виявів акне оцінювали кожних 5–7 днів протягом курсу лікування.

За результатами клінічних спостережень протягом перших 10–14 днів лікування вірогідної різниці в термінах регресу клінічних виявів акне у хворих порівняльної й основної груп не виявлено, проте в пацієнтів основної групи зникала клінічна симптоматика супутньої гастродуоденальної патології. Після 10 днів спостереження (у хворих із середнім ступенем тяжкості акне) та 14 днів (при важких формах дерматозу) констатовано швидший регрес запальних елементів висипки у хворих основної групи як у якісному, так і в кількісному аспектах. Так, у хворих на вульгарні вугри обох груп із середнім ступенем тяжкості дерматозу на 20–22-й день спостереження практично повністю регресували пустульозні акне та зменшилися папульозні елементи висипки, проте кількість папульозних акне у

пацієнтів основної групи була в 1,87 разу меншою ($p < 0,05$), ніж у хворих порівняльної групи. У хворих на вугри обох груп із важким клінічним перебігом дерматозу на 28–30-й день лікування спостерігалася позитивна клінічна динаміка, проте кількість збережених запальних елементів висипки (папул, пустул, вузлів) у хворих порівняльної групи була в 2,21 разу більшою ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів основної групи, в яких зменшилася не лише кількість висипки, а й розмір елементів та гострозапальні вияви, зокрема щільність та болючість вузлових елементів, що позитивно впливало на морально-психологічний стан хворих.

Підсумковий аналіз клінічних результатів терапії хворих на вульгарні вугри двох груп засвідчив, що серед 31 пацієнта основної групи із середнім ступенем тяжкості дерматозу (згідно з критеріями тяжкості акне Американської академії дерматології) наприкінці лікування клінічні вияви вугрової хвороби відповідали легкому ступеню тяжкості у 29 (93,5 %) осіб при збереженні середнього ступеня тяжкості акне лише у 2 (6,5 %) пацієнтів, а серед 40 хворих групи порівняння із середнім ступенем тяжкості дерматозу в 29 (72,5 %) та 11 (27,5 %) осіб відповідно, що становило вірогідну різницю з пацієнтами основної групи (χ_{1-2} -квадрат = 5,17 за критичного значення 3,84). Водночас із 12 пацієнтів основної групи із важкою формою дерматозу наприкінці лікування клінічні вияви вугрової хвороби відповідали середньому ступеню тяжкості у 9 (93,5 %) осіб при збереженні важкої форми у 3 (6,5 %) пацієнтів, а серед 7 хворих групи порівняння з важким перебігом акне у 4 (72,5 %) та 3 (27,5 %) осіб відповідно, що не мало вірогідної відмінності з пацієнтами основної групи (χ_{1-2} -квадрат = 0,65 за критичного значення 3,84).

Аналіз динаміки імунологічних показників крові у хворих на вульгарні вугри у процесі лікування (див. таблицю) виявив позитивну динаміку більшості досліджуваних показників, проте більше помітні та вірогідні зміни встановлено у хворих основної групи, які додатково отримували імуностимулювальний засіб «Тималін». Так, наприкінці курсу терапії у пацієнтів основної групи встановлено вірогідне ($p < 0,05$) збільшення порівняно з початковими значеннями СДЗ⁺ (на 32,1 %, у групі порівняння — на 14,2 %) та СД4⁺ (на 36,6 %, у групі порівняння — на 14,1 %), що також становило вірогідну різницю останнього показника пацієнтів обох груп. У хворих основної групи наприкінці лікування також спостерігалася вірогідне ($p < 0,05$) збільшення СД8⁺ (на 15,1 %), що в цілому зумовило тенденцію до нормалізації імунорегуляторного індексу — ІРІ

(СД4⁺/СД 8⁺) у цих пацієнтів (збільшення на 19,1 %; $p > 0,05$) з наближенням до значення ІРІ в осіб контрольної групи.

У хворих основної групи наприкінці лікування також встановлено вірогідне ($p < 0,05$) зростання більшості показників фагоцитарної здатності організму, які характеризують початкові стадії фагоцитозу (збільшення фагоцитарного числа — на 22,5 %), а також завершальні його стадії: НСТ-тесту спонтанного (на 23,1 %), НСТ-тесту стимульованого (на 45,5 %) із вірогідною різницею з аналогічним показником осіб групи порівняння, а також показника резерву бактерицидної активності фагоцитів (збільшення в 1,97 разу), без статистично вірогідних змін цих показників у пацієнтів групи порівняння.

Наприкінці лікування у хворих на акне обох груп нормалізувався показник титру комплекменту з наближенням до показника осіб контрольної групи, проте лише в пацієнтів основної групи констатовано вірогідне ($p < 0,05$) зростання титру нормальних антитіл (на 30,8 %) та зменшення рівня ЦІК на 32,8 % (у групі порівняння на 7,1 та 10,1 % відповідно; $p > 0,05$), причому з вірогідною міжгруповою різницею показника ЦІК у хворих на акне основної та порівняльної груп.

Індивідуальний та груповий аналіз імунограм хворих обох груп засвідчив менш виразну динаміку досліджуваних імунологічних показників у пацієнтів з тяжкими формами акне порівняно з хворими на вульгарні вугри із середнім ступенем тяжкості дерматозу (вірогідне збільшення лише показників СД3 та фагоцитарного числа).

Важливо зазначити, що, незважаючи на вірогідну позитивну динаміку більшості імунологічних показників хворих основної групи, які в комплексній терапії отримували імуностимулювальний засіб «Тималін», показники СД4⁺ (Т-хелперні лімфоцити), НСТ-тесту стимульованого, резерву бактерицидної активності фагоцитів та ЦІК наприкінці їх лікування були вірогідно нижчими порівняно з аналогічними показниками осіб контрольної групи. Це свідчить про торпідність імунних порушень і факторів неспецифічної резистентності організму до зворотних змін у хворих на акне, що може бути однією з патогенетичних ланок та регуляторних передумов подальших рецидивів дерматозу.

Таким чином, клінічні результати лікування хворих на вульгарні вугри основної та порівняльної груп, а також встановлена статистично вірогідна міжгрупова різниця параметрів їхніх імунограм (за показниками СД4⁺, ЦІК, НСТ-тесту стимульованого) свідчать про вищу терапевтичну ефективність застосування у комплексній терапії хворих на вульгарні акне із супутньою гелікобактерною інфекцією гастроудоденальної локалізації комбінації двох антибактеріальних засобів антигелікобактерної дії (кларитроміцин, амоксицилін), а також імуностимулювального препарату «Тималін» порівняно з традиційними засобами лікування дерматозу. Разом з тим збереження у пацієнтів основної групи знижених значень показників СД4⁺, НСТ-тесту стимульованого та титру нормальних антитіл з вірогідною різницею із показниками осіб контрольної групи свідчить про доцільність проведення таким хворим додаткового курсу імунокоригувальної терапії.

Висновки

1. У кожного другого (47,9 %) хворого на вульгарні вугри виявлено гелікобактерасоціювану патологію гастроудоденальної локалізації, яка має хронічний субклінічний перебіг, супроводжується змінами показників системного імунітету та погіршує клінічний перебіг дерматозу.
2. Застосування у комплексній терапії хворих на акне із супутньою гелікобактерною інфекцією гастроудоденальної локалізації комбінації двох антибактеріальних засобів антигелікобактерної дії — кларитроміцину та амоксициліну на тлі пантопразолу (згідно з Маастрихтським консенсусом IV, 2010), а також імуностимулювального засобу «Тималін» покращує клінічні результати лікування вугрової хвороби, а також сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації показників системного імунітету та фагоцитозу.
3. Аналіз динаміки імунологічних показників крові у хворих на вульгарні вугри з коморбідною гелікобактерасоціюваною гастроудоденальною патологією, який виявив наприкінці лікування збереження знижених значень СД4⁺, НСТ-тесту стимульованого та резерву бактерицидної активності фагоцитів, свідчить про доцільність проведення таким пацієнтам додаткового курсу імунокоригувальної терапії.

Список літератури

1. Волкова Е.Н., Есимбиева М.Л., Ландышева К.А. и др. Инновация ведения больных с акне: предварительные результаты лечения // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2012.— № 4 (47).— С. 92—97.
2. Волкова Е.Н., Осипова Н.К., Григорьева А.А., Платонов В.В. Прогрессивные технологии ведения больных с угревой болезнью и постакне // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2010.— № 3 (38).— С. 89—94.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц, пер. с англ.— М.: Практика, 1998.— 459 с.
4. Денисенко О.І., Іринчин Г.В. Стан клітинного і гуморального системного імунітету та фагоцитозу у хворих на вугрову хворобу // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2008.— № 1—2 (11).— С. 41—45.
5. Денисенко О.І., Іринчин Г.В. Клинические результаты использования антиоксидантного комплекса и комбинированной лазерной терапии в комплексном лечении больных угревой болезнью // Сучасні пробл. дерматовенерол., косметол. та управління охорони здоров'я: Зб. наук. праць. Вип. 7. / За ред. П.П. Рижка.— Харків, 2010.— С. 252—261.
6. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология: пособие для студентов, врачей-интернов, иммунологов, врачей лечебного профиля всех специальностей.— 3-е изд., доп.— К.: ООО «Полиграф плюс», 2006.— 482 с.
7. Караулов А.В. Клиническая иммунология и аллергология: учебное пособие для врачей.— М.: МИА, 2002.— 656 с.
8. Карвацька Ю.П., Денисенко О.І. Видовий склад та антибіотикочутливість мікрофлори вугрової висипки у юнаків // Резистентні до терапії хронічні дерматози, пов'язані з віком: матер. наук.-практ. конф., 25—26 березня 2010 р.— К., 2010.— С. 47—48.
9. Кацамбас А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний.— М.: МЕД-пресс-информ, 2008.— 736 с.
10. Коган Б.Г., Верба Е.А. Новые подходы в комбинированном лечении акне: взгляд на проблему с точки зрения практического здравоохранения // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2012.— № 3 (46).— С. 72—76.
11. Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А. Опыт лечения тяжелых форм угревой болезни // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2011.— № 3 (42).— С. 66—72.
12. Маштакова И.А., Огурцова А.Н. Комплексное лечение угревой болезни с учетом гормонального фона и микробиоценоза кожи // Doctor.— 2005.— № 1 (27).— С. 27—29.
13. Молочков В.А. Акне: клиника, диагностика, лечение: учебное пособие.— М., 2006.— 37 с.
14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.05.2009 № 312 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання».
15. Никулин Б.А. Оценка и коррекция иммунного статуса: руководство для врачей.— М.: Изд. ГЭОТАР-Медиа, 2008.— 376 с.
16. Передерій В.Г., Ткач С.М. Маастрихтский консенсус IV, 2010: основные положения и их актуальность для Украины // Сучасна гастроентерол.— 2011.— № 6 (62).— С. 133—136.
17. Потекаев Н.Н., Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Акне (угревая болезнь): современный взгляд на проблему // Concilium Medicum. Дерматология.— 2008.— № 1.— С. 12—16.
18. Просоленко К.А. Оценка определения антигена Helicobacter pylori в кале после эрадикационной терапии при H. pylori-ассоциированных заболеваниях // Здоров'я України.— 2007.— № 7/1.— С. 1—3.
19. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы.— М.: ООО «ЮТКОМ», 2009.— 288 с.
20. Самцов А.В., Стаценко А.В., Волкова С.В. и др. Вопросы эффективности и безопасности применения «Акнекутана» в терапии акне // Вестн. дерматол. и венерол.— 2011.— № 2.— С. 58—60.
21. Семенуха К.В., Ковальская Е.А., Салей Е.А. и др. Новые подходы в лечении среднетяжелых форм акне с применением препарата «Акнетин» // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2011.— № 4 (43).— С. 94—102.
22. Степаненко В.І. Дерматология, венерология.— К.: КИМ, 2012.— 848 с.
23. Федорич Л.Я. Медичні аспекти вугрової хвороби і розацеа // Therapia.— 2011.— № 2 (55).— С. 15—19.
24. Шупенько О.М., Степаненко В.І. Сучасні погляди на проблему вугрової хвороби та перспективні шляхи подальшого дослідження патогенезу цього дерматозу // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2009.— № 1—2 (12).— С. 121—134.
25. Abdulla H., Shalita A. Topical clindamycin preparations in the treatment of acne vulgaris // Exp. Rev. Dermatol.— 2009.— Vol. 4, № 2.— P. 155—162.
26. Adışen E., Yüksek J., Erdem O. et al. Expression of human neutrophil proteins in acne vulgaris // J. Europ. Acad. Dermatol., Venereol.— 2010.— Vol. 24, N 1.— P. 32—37.
27. Caillon E., O'Connell M., Eady E.A. et al. Interleukin-10 secretion from CD14+ peripheral blood mononuclear cells is downregulated in patients with acne vulgaris // Brit. J. Dermatol.— 2010.— Vol. 162, N 2.— P. 296—303.
28. Collier Ch., Harper J., Cautrell W. The prevalence of acne in adults 20 years and older // J. Am. Acad. Dermatol.— 2008.— Vol. 58, N 3.— P. 56—59.
29. Ganceviciene R., Zouboulis C.C. Isotretinoin: state of the art treatment for acne vulgaris // J. Deutsch. Dermatol. Gesellschaft.— 2010.— Vol. 8, N 3 (suppl. 1).— P. S47—S59.
30. Ganceviciene R., Graziene V., Fimmel S., Zouboulis C.C. Involvement of the corticotropin-releasing hormone system in the pathogenesis of acne vulgaris // Brit. J. Dermatol.— 2009.— Vol. 160, N 2.— P. 345—352.
31. Gedik G.K., Karaduman A., Sivri B., Caner B. Has Helicobacter pylori eradication therapy any effect on severity of rosacea symptoms? // J. Europ. Acad. Dermatol., Venereol.— 2005.— Vol. 19, N 3.— P. 398.
32. Management of acne: a report from global alliance to improve outcomes in acne // J. Am. Acad. Dermatol.— 2003.— Vol. 49.— P. 1—38.
33. Melnik B.C., Schmitz G. Role of insulin, insulin-like growth factor-1, hyperglycaemic food and milk consumption in the pathogenesis of acne vulgaris // Experiment. Dermatol.— 2009.— Vol. 18, N 10.— P. 833—841.
34. Niemeier V., Kupfer J., Gieler U. Acne vulgaris— psychosomatische Aspekte // J. Deutsch. Dermatol. Gesellschaft.— 2010.— Vol. 8, N 3 (suppl. 1).— P. S95—S104.
35. Ochsendorf F. Systemische Antibiotika zur Behandlung der Acne vulgaris // Ibid.— P. S31—S46.
36. Oprica C., Emtestam L., Hagströmer L., Nord C.E. Clinical and Microbiological Comparisons of Isotretinoin vs. Tetracycline in Acne Vulgaris // Acta Derm.-Venereol.— 2007.— Vol. 87, N 3.— P. 246—254.
37. Pazoki-Toroudi H., Nassiri-Kashani M., Tabatabaie H. et al. Combination of azelaic acid 5 % and erythromycin 2 % in the treatment of acne vulgaris // J. Dermatol. Treatment.— 2010.— Vol. 21, N 3.— P. 212—216.
38. Simonart T., Dramaix M., De Maertelaer V. Efficacy of tetracyclines in the treatment of acne vulgaris: a review // Brit. J. Dermatol.— 2008.— Vol. 158, N 2.— P. 208—216.
39. Uhlenhake E., Yentzer B.A., Feldman S.R. Acne vulgaris and depression: a retrospective examination // J. Cosmetic Dermatol.— 2010.— Vol. 9, N 1.— P. 59—63.
40. Wilcox H.E., Farrar M.D., Cunliffe W.J. et al. Resolution of inflammatory acne vulgaris may involve regulation of CD4+ T-cell responses to Propionibacterium acnes // Brit. J. Dermatol.— 2007.— Vol. 156, N 3.— P. 460—465.
41. Xu S.X., Wang H.L., Fan X. et al. The familial risk of acne vulgaris in Chinese Hans — a case-control study // J. Europ. Acad. Dermatol. Venereol.— 2007.— Vol. 21, N 5.— P. 602—605.
42. Yosipovitch G., Tang M., Dawn G. et al. Study of Psychological Stress, Sebum Production and Acne Vulgaris in Adolescents // Acta Dermato-Venereol.— 2007.— Vol. 87, N 2.— P. 135—139.

Н.А. Волошина, О.И. Денисенко

Буковинский госуниверситет, Черновцы

Комплексное лечение больных вульгарными угрями с сопутствующей хеликобактерной инфекцией гастродуоденальной локализации

Цель работы — разработать и определить клиническую эффективность комплексного метода лечения больных вульгарными угрями с сопутствующей хеликобактерной инфекцией гастродуоденальной локализации.

Материалы и методы. Обследовано 96 больных вульгарными угрями, преимущественно средней (73,9 %) и тяжелой (19,8 %) степени тяжести дерматоза. Гастродуоденальную патологию определяли согласно протоколу Министерства здравоохранения Украины от 28.12.2009 № 1051 «О предоставлении медицинской помощи больным гастроэнтерологического профиля», а их хеликобактерное происхождение – иммунологическим и гистологическим методами.

Результаты и обсуждение. Почти у половины (47,9 %) обследованных обнаружены субклинические формы хеликобактерассоциированной патологии гастродуоденальной локализации (гастриты, гастродуодениты). Степень иммунологических нарушений в организме была более выражена, чем у пациентов с угрями без сопутствующей хеликобактерной инфекции, наблюдалось более тяжелое течение этого дерматоза. С целью оптимизации лечения больных вульгарными угрями на фоне хеликобактерной инфекции разработан комплексный метод, предусматривающий антибиотикотерапию с применением амоксициллина и кларитромицина согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса IV (2010) и проведение иммунокоррекции тималином, что способствовало эрадикации хеликобактерной инфекции, достоверному улучшению показателей системного иммунитета и клинических результатов лечения вульгарных акне у этой категории пациентов.

Выводы. Применение в комплексной терапии больных акне с сопутствующей хеликобактерной инфекцией гастродуоденальной локализации комбинации амоксициллина и кларитромицина на фоне пантопразола согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса IV (2010) и иммуномодулирующего средства тималина улучшает клинические результаты лечения акне, способствует эрадикации хеликобактерной инфекции, нормализации показателей системного иммунитета и фагоцитоза.

Ключевые слова: вульгарные угри, хеликобактерная инфекция, системный иммунитет, лечение.

N.O. Voloshyna, O.I. Denysenko

Bukovina State Medical University, Chernivtsi

Combined treatment of acne vulgaris with concomitant *Helicobacter pylori* infection of gastroduodenal localization

Purpose – to develop and determine the clinical efficacy of complex treatment of patients with acne vulgaris and concomitant gastroduodenal *Helicobacter pylori* infection.

Materials and methods. We examined 96 patients with acne vulgaris, mostly moderate (73.9 %) and severe (19.8 %) dermatoses. Gastroduodenal pathology was determined according to the protocol of the Ministry of Health of Ukraine from 28.12.2009 N 1051 «On the provision of medical care to patients with gastroenterological profile»; their *Helicobacter pylori* origins – by immunological and histological methods.

Results and discussion. Almost half (47.9 %) of the patients had subclinical forms of *Helicobacter pylori* pathology of gastroduodenal localization (gastritis, gastroduodenitis). Degree of immunological disorders in the body was higher than in acne patients without concomitant *Helicobacter pylori* infection; a more severe course of this dermatosis was observed. In order to optimize the treatment of patients with acne vulgaris at the background of *Helicobacter pylori* infection an integrated method was developed involving antibiotic therapy with amoxicillin and clarithromycin, as recommended by Maastricht consensus IV (2010), and immune correction with Timalin, which contributed to the eradication of *Helicobacter pylori* infection, significant improvement of the system immunity indexes and clinical outcomes of treatment of acne vulgaris in this category of patients.

Conclusions. Treatment of patients suffering from acne and concomitant gastroduodenal *Helicobacter pylori* infection with combination of amoxicillin and clarithromycin at the background of pantoprazole, as recommended by Maastricht consensus IV (2010), and immunomodulatory agent timalin improves the clinical outcomes of acne, promotes the eradication of *Helicobacter pylori* infection and the normalization of the systemic immunity and phagocytosis.

Key words: acne vulgaris, *Helicobacter pylori* infection, systemic immunity, treatment.

Дані про авторів:

Волошина Наталя Олександрівна, лікар-дерматовенеролог Чернівецького обласного дерматовенерологічного диспансеру, аспірант кафедри дерматовенерології Буковинського державного медичного університету
E-mail: voloshka3@mail.ru

Денисенко Ольга Іванівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматовенерології Буковинського державного медичного університету