

Журнал заснований у 1996 р.

Головний редактор

Я. Ф. Кутасевич

Редакційна колегія:

Г. М. Біляєв,
Л. А. Болотна,
Г. М. Бондаренко (заст. головного редактора),
В. М. Волкославська,
М. С. Гончаренко,
Т. Г. Євтушенко,
Г. І. Мавров
І. О. Олійник,
Ю. В. Сметанін
Е. М. Солошенко,
В. С. Стадник (випускаючий редактор).

Науковий редактор:

Г. К. Кондакова

Рекомендовано

Вченою радою ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН»
Протокол № 9 від 25.09.2014 р.

Атестовано

Затверджено постановою президії
ВАК України від 01.07.10 № 1-05/5

Засновник

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН»

Електронна версія журналу «Дерматологія та венерологія» розміщена на сайті www.journal/idvamnu.com.ua; сайті Національної бібліотеки України ім. В.І.Вернадського www.nbuv.gov.ua; сайті Наукової Електронної Бібліотеки www.elibrary.ru та Google Scholar

Журнал «Дерматологія та венерологія» включено до Російського індексу наукового цитування (РНИЦ).

Періодичність виходу

4 рази на рік

Видавець

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН»
61057, м. Харків, вул. Чернишевська, 7/9.
Тел.: (057) 706-32-00
факс: (057) 706-32-03.
Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 3912 від 27.12.1999 р.

© «Дерматологія та венерологія»,
№ 3 (65), 2014 р.

Підписано до друку 10.10.2014 р.
Формат 60 x 84 1/8. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 10,7. Наклад 300 пр.
Виготовлено з готових позитивів у ТОВ «Оберіг», 61140, Харків-140, пр. Гагаріна, 62, кв. 97.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3045 від 07.12.2007 р.

Адреса редакції:

61057, м. Харків, вул. Чернишевська, 7/9.
E-mail: idvamnu@mail.ru
сайт: idvamnu.com.ua
Зробити позначку: стаття для журналу
Факс: (057) 706-32-03,
тел.: (057) 706-32-00.

Цілковите або часткове розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу видавця

**Відповідальність за зміст рекламних матеріалів
несе рекламодавець**

© ТОВ «Оберіг», 2014.

ЗМІСТ

В.М. Волкославська

Історія Державної установи «Інститут дерматології та венерології Національної академії медичних наук України»..... 5

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Г.І. Мавров, В.І. Миронюк

Сифіліс у споживачів психоактивних речовин: систематичний огляд літератури 15

І.М. Нікітенко

Сучасний погляд на проблему бактеріального вагінозу..... 31

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Я.Ф. Кутасевич, О.П. Белозоров, Г.С. Чеховська, І.О. Олійник, Т.В. Частій

Застосування ПЛР для виявлення ДНК грибів у зразках нігтів хворих на оніхомікоз 43

ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Е.Л. Баркалова

Сифіліс як причина смерті 51

К.І. Бодня, В.О. Савоськіна, Т.А. Велієва

Два випадки шкірного лейшманіозу в Харкові 57

І.О. Маїштаківа

Випадок генералізованого пустульозного псоріазу 64

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Міжнародна інтеграція та наукові досягнення української дерматовенерології» (м. Харків) 67

СОДЕРЖАНИЕ

В.Н. Волкославская

История Государственного учреждения «Институт дерматологии и венерологии Национальной академии медицинских наук Украины» 5

ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Г.И. Мавров, В.И. Миронюк

Сифилис у потребителей психоактивных веществ: систематический обзор литературы 15

И.Н. Никитенко

Современный взгляд на проблему бактериального вагиноза 31

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Я.Ф. Кутасевич, А.П. Белозоров, А.С. Чеховская, И.А. Олейник, Т.В. Частий

Применение ПЦР для выявления ДНК грибов в образцах ногтей у больных онихомикозом 43

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Э.Л. Баркалова

Сифилис как причина смерти 51

Е.И. Бодня, В.А. Савоськина, Т.А. Велиева

Два случая кожного лейшманиоза в Харькове 57

И.А. Маиштакова

Случай генерализованного пустулезного псориаза 64

Материалы научно-практической конференции с международным участием «Международная интеграция и научные достижения украинской дерматовенерологии» (г. Харьков) 67

CONTENTS

V.N. Volkoslavskaya

The History of the State Establishment «Institute of Dermatology and Venereology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine» 5

RESEARCH VIEW

G.I. Mavrov, L.I. Myronyuk

Syphilis among abusers of psychoactive substances: a systematic literature review 15

I.N. Nikitenko

Modern look at the problem bacterial vaginosis 31

ORIGINAL RESEARCHES

Y.F. Kutasevych, I.A. Oleinik, A.P. Belozorov, A.S. Chehovskaya, T.V. Chastiy

Application of PCR to detect fungal DNA in samples from patients with onychomycosis nail 43

PRACTICE CASE

E.L. Barkalova

Syphilis as a cause of death 51

E.I. Bodnya, V.A. Savoskina, T.A. Velieva

Two cases of cutaneous leishmaniasis in Kharkov 57

I.O. Mashtakova

Case of generalized pustular psoriasis 64

Materials of Research and Practice Conference with International Participation «The International Integration and Scientific Achievements of Ukrainian Dermatology and Venereology» (Kharkov) 67

ИСТОРИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ИНСТИТУТ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ»

В.Н. Волкославская

ГУ «Институт дерматологи и венерологи НАМН Украины»

В 2014 году исполнилось 90 лет с момента организации Государственного учреждения „Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины”, основанного в соответствии с приказом Наркомздрава Украины № 48 от 09.08.1924 года. Открытию института предшествовало создание в 1922 году Центральной Харьковской кожновенерологической поликлиники, руководителем которой был Александр Николаевич Федоровский (1890-1963 гг.) с 1920 года возглавлявший венерологическую секцию при Народном комиссариате Украины в г. Харькове.



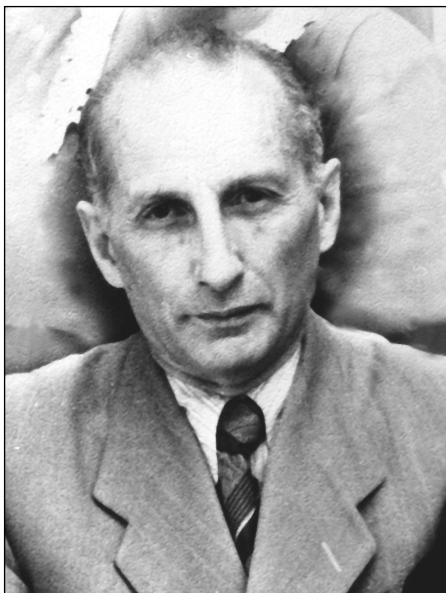
*Профессор Федоровский А.Н.
(директор института с 1924 по 1937 гг.)*

Возглавив государственный институт по борьбе с венерическими болезнями, А.Н. Федоровский непосредственно руководил всей научной и организационно-практической работой по дерматологии и венерологии в Украине. Впервые в Советском Союзе А.Н. Федоровский выдвинул идею развертывания венерологических пунктов на селе для борьбы с венерическими болезнями, что сыграло решающую роль в деле снижения заболеваемости сифилисом среди сельского населения. К 1925 г. в Украине было открыто 51 венерологический диспансер и 105 сельских венерологических пунктов. За короткий период времени коллектив института предложил ряд эффективных организационных мероприятий повсеместно внедрявшихся в пределах страны. Уже в первые годы в институте функционировали: отдел социальной венерологии (зав. А.Н. Федоровский), кожное отделение (зав. А.М. Кричевский), отделение сифилидологии (зав. Л.М. Маркус), мужское мочеполовое отделение (зав. Д.М. Лейбфрейд), женское мочеполовое отделение (зав. К.А. Карышева), детское отделение (зав. А.М. Петров), физиотерапевтический кабинет (зав. А.Л. Халипский), экспериментально-аналитическое отделение (зав. А.П. Ермилов). Заведующим медицинской частью института и одновременно кафедрой кожных и венерических болезней Харьковского мединститута стал видный ученый дерматовенеролог профессор Л.А. Соболев. В институте были развернуты углубленные исследования по актуальным вопросам дер-

матовенерологии, позволившие в течение короткого периода оказать существенную помощь органам здравоохранения в их практической работе по борьбе с венерическими и заразными кожными болезнями.

В 1925 г. в г. Харькове был проведен 2 съезд дерматовенерологов страны, на котором активно выступили сотрудники Украинского научно-исследовательского кожно-венерологического института (переименован в 1926 г.). Их выступления были посвящены налаживанию карточно-статистического учета венерических больных в Украине, изучению путей развития венерологических учреждений, вопросам диагностики сифилиса и гонореи, вопросам стандартизации серологических реакций при сифилисе и гонорее. Наличие в институте хорошей клинической и лабораторной базы, достаточное количество высококвалифицированных специалистов позволили организовать надлежащую подготовку кадров. В институте была организована и плодотворно работала школа врачей венерологов – организаторов для республики. Благодаря проведенным мероприятиям в 1937 году было отмечено значительное снижение заболеваемости венерическими болезнями по сравнению с 1920 г., структура венерической заболеваемости в Украине была такой: больных всеми формами сифилиса – 38 %, гонореей – 61,6 %, мягким шанкром – 0,4 %, число больных врожденным сифилисом уменьшилось в областях не менее чем в 3 раза, что было следствием обследования беременных. Институт являлся научно-исследовательской организацией республиканского значения по проблеме дерматологии и венерологии. В 1939 году институт провел большую организационную работу по проведению 1 Украинского съезда дерматовенерологов, который состоялся в г. Киеве. В этот период сотрудники института выезжали в присоединенные западные области Украины, где была создана сеть дерматовенерологических диспансеров. Институтом было много сделано по подготовке врачей дерматовенерологов, внедрению диспансерных методов работы.

По заданию НКЗ УССР в 1937 г. была организована экспедиция в Туркменскую ССР. В довоенный период коллективом института много внимания уделялось проведению профилактических и лечебных мероприятий по борьбе с пиодермитами на производстве, в частности, среди рабочих Донецкого угольного и Криворожского горнорудного бассейнов, на крупных металлургических заводах Донецкой, Ворошиловградской и Днепропетровской областей. В 20-30 годы XX столетия в институте работали такие известные ученые и врачи как – Соболев Л.А. (1873-1943гг.), Попов И.С., Карышева К.А., Дженчельский И.С., Кричевский А.М., Циммерин А.А., Черкес М.И., Голотина З.С. С 1937 по 1956 год директором института был Александр Моисеевич Кричевский (1896 – 1956гг) – ученый, клиницист и педагог, который впервые в СССР разработал и научно обосновал профилактические и лечебные кожно-венерологические мероприятия на производстве и изложил их в монографии „Материалы организации борьбы с пиодермитами на производстве” (1937г.). Много лет он и его сотрудники глубоко изучали проблему реактивности организма. Они провели оригинальные исследования и предложили экспериментальный штамм саркомы крыс, известный в литературе как штамм Кричевского-Синельникова, был разработан метод биполярной коагуляции опухолей. Кричевский А.М. активно работал над обоснованием лечения гонореи сульфаниламидными препаратами, изучением вирусной этиологии некоторых заболеваний кожи, микоплазменных поражений органов мочеполовой системы, сифилиса нервной системы, сифилиса внутренних органов. Был награжден орденом „Трудового красного знамени”, медалями „За доблестный труд в Великой отечественной войне 1941-1945 гг.”, и за „Победу над Германией в Великой отечественной войне 1941-1945 гг.”. Автор 99 научных работ, 2 монографий и 12 спецработ. Звание профессора получил в 1930 году без защиты диссертации.



*Профессор А.М. Кричевский
(директор института с 1937 по 1956 гг.)*

В довоенный период сотрудники института с целью ознакомления с дерматовенерологическими клиниками Европы выезжали в Германию (А.Н. Федоровский), Венгрию (А.М. Кричевский). Принимали участие в работе IX Международного Конгресса дерматовенерологов в г. Будапеште.

Во время ВОВ почти все научные сотрудники института были мобилизованы в ряды Советской Армии, а институт эвакуирован в г. Сталинск Кемеровской области. После освобождения г. Харькова согласно Постановлению СНК СССР от 28.08.1943 г. институт возобновил свою деятельность и пополнился новыми сотрудниками вернувшимися с фронтов ВОВ. Как известно, во время войны на всех фронтах были созданы должности фронтовых, армейских, а затем и дивизионных венерологов, а также отделения и госпитали для больных венерической и кожной патологией. Некоторые из сотрудников института имели опыт работы в подобных учреждениях (с.н.с. Петрунин П.Ф.). Коллективом института было много сделано по ликвидации последствий оккупации и проведению мероприятий по борьбе с венерическими и заразными кожными болезнями в освобожденных от врага районах. В это время были разработаны новые методы

терапии гонореи, лечения торпидно протекающих ран и гипертрофических рубцов, методы терапии других тяжелых поражений кожи. Усовершенствованы и широко внедрены в практику методы лечения чесотки, предложены методы профилактики и терапии арсеникальных осложнений, разработан препарат битиурол, отличающийся хорошей переносимостью и эффективностью при лечении сифилиса. В сжатые сроки было налажено производство гоновакцины, антигенов для постановки серологических реакций (Голотина З.С. в 1935-1963 гг. заведовала бактериологической лабораторией и производственной частью института).

В первые послевоенные годы сотрудники института работали на санитарно-пропускных пунктах Львовского военного округа при приеме репатриированных граждан с целью проведения медицинских осмотров населения, выезжали в длительные экспедиции в западные области Украины. Так, в 1948 г. сотрудниками института проведено массовое обследование сельского населения 100 районов УССР.

Институтом с 1956г. по 1959 г. руководил профессор Борис Акимович Задорожный, который в дальнейшем был ректором Харьковского медицинского института.



*Профессор Б.А. Задорожный
(директор института с 1956 по 1959 гг.)*

Им разработано новое актуальное направление по изучению воздействия физических факторов на кожу (ионизирующее излучение, температурные факторы – холод), значение антиоксидантов в лечении дерматозов, изучено значение ряда факторов профессиональной патологии. Профессор Задорожный Б.А. провел большую работу по организации и проведению 2 съезда дерматовенерологов Украинской ССР (1959г.), который подвел итоги деятельности дерматовенерологической организации за 20 лет, прошедшие после первого (довоенного) съезда и наметил пути развития дерматовенерологической науки, определил основные задачи службы на ближайшие годы.

С 1959 года по 1977 год Украинский научно-исследовательский кожно-венерологический институт в г. Харькове возглавлял Пятикоп Александр Иванович (1921-1983 гг.).



*Профессор А.И. Пятикоп
(директор института с 1959 по 1977 гг.)*

В 1958 году им защищена кандидатская диссертация „Материалы к патогенезу кожных осложнений при варикозном расширении вен нижних конечностей”, в 1969 году защищена докторская диссертация по вопросам патогенеза, терапии красной волчанки. В июле и октябре 1965 на базе института были проведены семинары Всемирной организации здравоохранения по вопросу

борьбы с венерическими заболеваниями. Александр Иванович был председателем Республиканской проблемной Комиссии „Научные основы дерматологии и венерологии”.

Александр Иванович много внимания уделял совершенствованию организационно-методической помощи органам здравоохранения, выездам научных сотрудников в области Украины, а также при нем в институте проводились серьезные исследования системных заболеваний кожи – красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит. Будучи военным летчиком в годы ВОВ, награжден орденами „Красного знамени”, „Славы 3 степени”, „Отечественной войны 2 степени”, в 1967 году – Орденом „Знак почета”, а также медалями „За взятие Берлина”, „За освобождение Праги”, „За победу над Германией”, „XX-летие Дня победы”.

В 1966 г. институт организовал проведение III съезда дерматологов и венерологов Украины. В работе съезда активное участие приняли – профессор Пятикоп А.И., представители МЗ Украины Козлюк В.М., Глухенький Б.Т., профессор Калантаевская К.А. (г. Киев), видные ученые ЦКВИ (г. Москва) профессор Туранов Н.М., профессор Студницын А.А. и др.

В 1960-1980 гг. активно работали в стенах института в отделе дерматозов к.м.н. Базыка А.П., к.м.н. Петрунин П.Ф., к.м.н. Брайловский А.Я., к.м.н. Беляев Г.М., к.м.н. Шелюженко А.А., к.м.н. Сульженко А.И., к.м.н. Носатенко В.Е., к.м.н. Лихоносов В.Н.; в отделе венерологии – профессор Фришман М.П., к.м.н. Козин С.Л., к.м.н. Кравченко В.Г., к.м.н. Ситарская Л.В. Организационно-методической работой руководила к.м.н. Пирогова Ольга Михайловна. Серологические исследования в институте и республике возглавляла к.м.н. Никольская Е.П., а в последующем – к.м.н. Тацкая Л.С. Вопросами эпидемиологии и лабораторной диагностики микозов занималась Безнос (Захарова) Т.И. Бактериологическими исследованиями – Мещанинова Е.А., патоморфологическими – профессор Цераидис Г. С.



Семинары ВОЗ (июль и октябрь 1965 г.) в г. Харькове



Заседание ученого совета института (1976 г.)

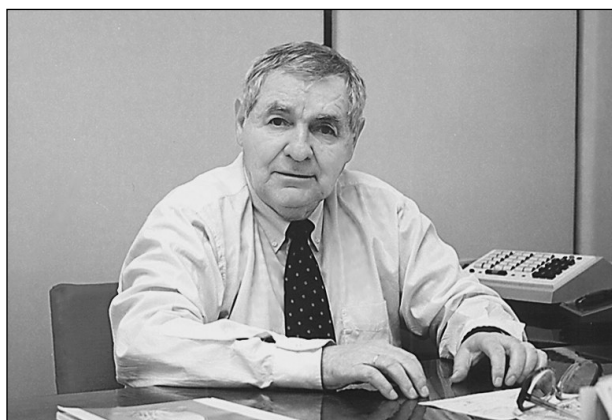


Коллектив института в 60-е годы. Семинар врачей практического здравоохранения

С 14 апреля 1977 года по 2009 год директором института был Мавров Иван Иванович, автор 365 научных работ, 10 монографий, ряда сборников, 19 изобретений и 29 патентов. В 1971 году защитил кандидатскую диссертацию „Лечение свежей торпидной и хронической гонореи у мужчин олететрином в комплексе с комбинированной иммунотерапией (гоновакциной и пирогеналом)”, а в 1978 году – докторскую диссертацию на тему „Постгонорейные осложнения у мужчин, их причины (микробная флора уретры, морфологические изменения мочеполовых органов), лечение и профилактика”.

Иван Иванович лауреат премии АМН Украины в области клинической медицины за создание учебника „Половые болезни”. Основатель научной школы, из которой вышли 37 кандидатов и 10 докторов наук. Был главным редактором журнала „Дерматология и венерология”, возглавлял Проблемную комиссию „Дерматология и венерология”. Награжден премией „Личность – 2006” за заслуги в развитии

социального прогресса, обогащения общечеловеческих ценностей и профессиональные достижения в номинации „Деятели науки, культуры, искусства”.



*Профессор И.И. Мавров
(директор института с 1977 по 2009 гг.)*

Профессор Мавров И.И. много сделал для изучения венерических инфекций нового поколения – уrogenитального хламидиоза, микоплазмоза, уреapлазмоза, вирусных инфекций, сифилиса и др.



Семинар главных врачей профилированных больниц (1983 г.)



Встреча видных ученых страны (80-е годы)



Семинар серологов Украины проводит к.м.н. Никольская Е.П. (70-е годы)

С 2000 года Институт вошел в число учреждений Национальной академии медицинских наук Украины.

Исследования по этиологии, патогенезу, диагностическим методам обследования больным страдающих инфекциями, передающимися половым путем (урогенитальный хламидиоз, вирусная инфекция) и ВИЧ/СПИДа продолжили работы профессора Маврова Геннадия Ивановича, который воз-

главлял институт с 2009 по 2012 год. Мавров Г.И. автор более 300 печатных научных работ, пособий и автор монографии «Хламидийные инфекции: биология возбудителя, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика», справочника «Диагностика и лечение в дерматовенерологии». Руководит кафедрой дерматовенерологии и ВИЧ-СПИДа Харьковской медицинской академии последипломного образования.

С 2012 года и по настоящее время институт возглавляет Кутасевич Янина Францевна, профессор, доктор медицинских наук, Заслуженный врач Украины. В 1975 г. защитила кандидатскую диссертацию „Криогенные влияния на кожу в эксперименте и клинике”. Многие годы руководит отделом дерматологии, инфекционных и паразитарных болезней кожи. В 1989 году защитила докторскую диссертацию „Особенности патогенеза, методы ранней диагностики и рациональной терапии грибovidного микоза”. Автор более 300 научных работ, соавтор „Атлас кожных и венерических болезней”, 2008; атласа «Синтетическая дерматовенерология», 2010; пособий для врачей. В отделе, руководимом Кутасевич Я.Ф. проводятся работы по разработке и испытанию отечественных препаратов для наружной терапии дерматозов совместно с ГНЦЛС. Институт является клинической базой Государственного фармакологического центра. Всего разработано и испытано более 50 мазевых препаратов для лечения тяжелых распространенных дерматозов.

В настоящее время научная деятельность института направлена на изучение проблем распространенных тяжелых дерматозов, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи, а также инфекций, передающихся половым путем. Проводятся фундаментальные исследования состояния мембранных систем клеток при кожных и венерических болезнях, медико-генетические, медико-математические, медико-экологические, медико-социальные исследования. Институт является клинической базой Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины, Государственного фармакологического центра МЗ Украины. Институт принимает активное участие в деятельности медицинских ассоциаций, в том числе и международных. На базе института долгие годы плодотворно работала Проблемная комиссия “Дерматология и венерология” Министерства здравоохранения и Национальной Академии

медицинских наук Украины. Систематически проходили республиканские совещания заведующих кафедрами кожных и венерических болезней, руководителей учреждений здравоохранения. Ежегодно проводятся научно-практические конференции для врачей - дерматовенерологов и врачей-лаборантов.

С 1990 года на базе института работает Специализированный ученый совет Д 64.603.01 по специальности «кожные и венерические болезни».

С 1996 года институт издает научно-практический журнал “Дерматология та венерология”, который входит в перечень специализированных изданий, в которых могут быть опубликованы результаты диссертационных работ. Журнал представлен в электронных базах Национальной библиотеки им. В.И. Вернадского, РИНЦ, Google Scholar. В журнале публикуются результаты фундаментальных и прикладных исследований.

В настоящее время в институте работают доктора медицинских наук:

Белозоров Алексей Павлович, Беляев Георгий Митрофанович, Бондаренко Глеб Михайлович, Волкославская Валентина Николаевна, Кутасевич Янина Францевна, Мавров Геннадий Иванович, Олейник Ирина Александровна, Солошенко Эльвира Николаевна.

Современная структура института включает в себя 11 подразделений, а именно: клинику, консультативную поликлинику, отдел дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи, отдел инфекций, передающихся половым путем, отдел научно-аналитической работы в дерматологии и венерологии, клинико-диагностическую лабораторию, лабораторию биохимии, лабораторию патоморфологии, иммунологии и молекулярной генетики, лабораторию микробиологии, лаборатории аллергологии, серологии. Создан отдел изучения влияния эпидемии ВИЧ на проблему инфекций, передающихся половым путем.



*Сотрудники консультативной
поликлиники*



*Сотрудники отдела
дерматологии, инфекционных
и паразитарных заболеваний кожи*



*Сотрудники отдела инфекций,
передающихся половым путем*



*Сотрудники отдела научно-аналитической
работы в дерматологии и венерологии*



*Работа клинко-диагностической
лаборатории*



*Сотрудники лаборатории
биохимии*



Сотрудники лаборатории микробиологии

В последние годы набирают обороты научные исследования по усовершенствованию метода ПЦР диагностики ИППП, выявления признаков резистентности бледной спирохеты к некоторым лекарственным средствам, разработки



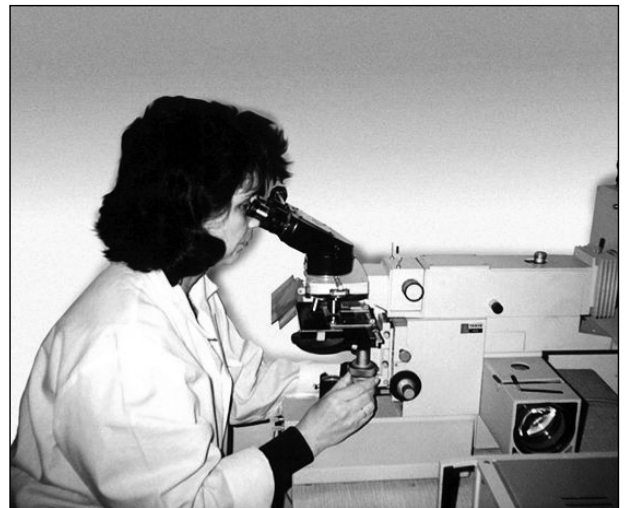
Сотрудники лаборатории аллергологии

методов диагностики, лечения тяжелых, распространенных дерматозов, методов профилактики и лечения инфекционных поражений кожи с целью обеспечения эпидемиологической безопасности населения.



Сотрудники лаборатории патоморфологии, иммунологии и молекулярной генетики

Работая в единственном в стране научно-исследовательском учреждении дерматовенерологического профиля, все сотрудники института, руководители подразделений, научные сотрудники, врачи, средние и младшие медицинские работники, экономиче-



Лаборатория серологии

ская служба, технический персонал отдают себе отчет в том, какая ответственность лежит на коллективе института и делают все для того, чтобы не уронить признания института и уважения к его заслугам со стороны коллег и пациентов.

СИФІЛІС У СПОЖИВАЧІВ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН: СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Г.І. Маєров, В.І. Миронюк

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Резюме. *Мета роботи: вивчення літературних джерел з розповсюдження сифілісу серед наркологічних хворих, впливу вживання наркотиків на ступінь ризику зараження сифілісом.*

Здійснено пошук літератури через портали «PubMed/MEDLINE», «National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine», «Наукова електронна бібліотека eLIBRARY.RU і «Російський індекс наукового цитування (РІНЦ)». Проведено мета-аналіз даних за допомогою програми R-Development Core Team, 2008.

Відсоток хворих на сифіліс, хоча сильно варіює (від <1% до >60%), однак наявно вище серед наркоманів, ніж серед загального населення в усіх регіонах. Кореляція між наркотиками та сифілісом існує, але прямий причинний зв'язок між вживанням наркотиків і сифілісом статистично підтверджується не завжди.

Спостерігається висока захворюваність на сифіліс серед споживачів психоактивних речовин. Для попередження сифілісу треба покращити діагностику, лікування наркозалежних, розробити соціально-оздоровчі програми.

Ключові слова: *наркотики, сифіліс, Treponema pallidum, ВІЛ*

ВСТУП

Сифіліс продовжує залишатися актуальним для охорони здоров'я України. В 2013 році зареєстровано 4569 (10,1 випадків сифілісу на 100000 населення), у тому числі раннього латентного - 2100 (4,6 на 100000 населення) [18]. Сифіліс набув нових клінічних й епідемічних особливостей. Збільшилося кількість випадків нейросифілісу і вісцеральної патології. Одночасно ряд досліджень вказує на збільшення прихованих форм і випадків з дуже незначними проявами на шкірі і слизува-

тих оболонках [8, 9, 10, 14]. Проникнення сифілісу в більш «благополучні» шари населення змушує переглянути існуючі протиепідемічні заходи.

Україна, як і інші країни, перебуває під загрозою нової хвилі епідемії ВІЛ/СНІД (вірус імунодефіциту людини / синдром набутого імунодефіциту) та ПСШ (інфекції, що передаються статевим шляхом). Провідним шляхом передачі для ВІЛ є статевий, що робить поширення ВІЛ-інфекції нерозривно пов'язаним з епідемією ПСШ [11, 12, 21]. Домінуючим механізмом передачі ВІЛ-інфекції в останні роки, починаючи з 2008,

був саме статевий шлях передачі (41,9 % в 2008 році потім 43,5 % в 2009 році та нарешті в 2010-му - 45%). Це означає, що ВІЛ поступово переходить із хвороби окремих контингентів населення до епідемії (*Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні». – 2011. - № № 33-36*). Тому проблему ПСШ неможна відокремлювати від епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, оскільки з певних позицій ВІЛ-інфекція повинна розглядатися як така, що передається статевим шляхом [11, 12, 21]. Багатьма епідеміологічними та лабораторними дослідженнями встановлено, що ПСШ суттєво збільшують вірогідність зараження ВІЛ через статевий контакт. Вірус імунодефіциту людини легше передається і легше сприймається при наявності у статевих партнерів сифілісу, герпесу, гонореї, хламідіозу, трихомонозу, кандидозу, мікоплазмозу та інших венеричних інфекцій. Ерозії та виразки, запалення, пошкодження тканин, що притаманно багатьом ПСШ, викликають зниження чинників захисту організму від зараження ВІЛ [12, 13, 52, 56, 63].

Одним з чинників поширення сифілісу

та інших ПСШ, визнається поширення наркоманії, особливо серед осіб з активною сексуальною поведінкою. Зміна традиційного способу життя молоді, інформаційна революція, руйнування старих стереотипів створюють стресові ситуації, сприяють дезорієнтації особистості, що призводить до сексуального експериментування, та вживання алкоголю й наркотиків [4, 5, 6, 7]. Зловживання психоактивними речовинами (ПАР) - одна з пріоритетних медико-соціальних проблем сучасності [23]. Вживання ПАР в різних країнах світу за останні роки набуває стрімкого розповсюдження, при цьому темпи поширення наркоманії частіше випереджають темпи зростання алкоголізму. В Україні, згідно з рубрифікаціями МКХ-10, гострі інтоксикації ПАР (F10–F19.0) за 2001–2005 рр., склали 225 осіб на 100 тис. населення; розлади внаслідок хронічного вживання ПАР (F1 x, 1–7, F1,8–F1,9) відповідно 125 осіб. У динаміці споживання ПАР спостерігається активне зростання наркотоксикоманій (F11–F19) (рис. 1) [1, 19].

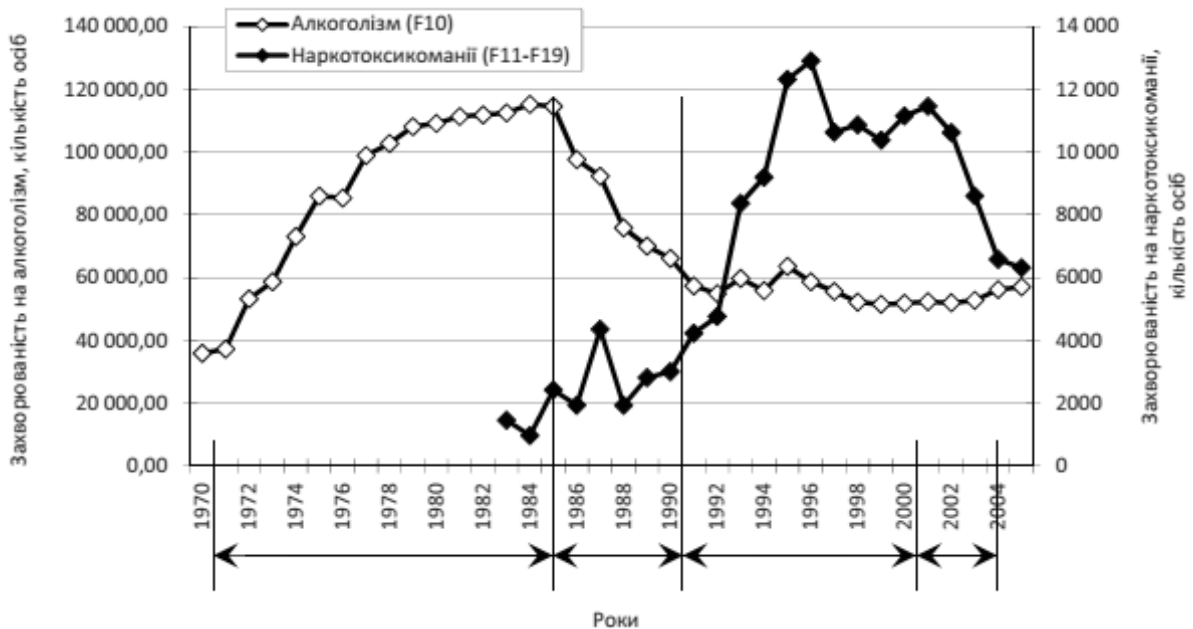


Рис. 1. Динаміка захворюваності на алкоголізм та наркотоксикоманії в Україні протягом 1970–2005 рр. [1, 19].

Раніше були проведені дослідження небезпечної сексуальної поведінки серед споживачів алкоголю в молодіжному середовищі [4, 5, 6, 7], а також визначення поширеності реплікативного-активних форм збудників вірусного гепатиту С, цитомегаловірусної і герпес-вірусної інфекції серед ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків [16]. У літературі висвітлювалися проблеми спеціалізованої медичної допомоги та профілактичні заходи в області ПСШ та ВІЛ-інфекції серед чоловіків, що мають сексуальні контакти з чоловіками [17]. Однак осторонь залишалося питання епідеміології ПСШ, особливо сифілісу, серед наркологічних хворих, які зараз є основною ланкою в групі ризику даних захворювань. Ситуація, що склалася вивчена недостатньо і не до кінця контрольована. Це пов'язано з тим, що наркомани, як правило, уникають контактів з державними лікувальними установами і залишаються поза зоною їх спостереження. Метою цієї роботи було систематичне вивчення літературних джерел з розповсюдження сифілісу серед наркологічних хворих, впливу вживання наркотиків на статеву поведінку, визначення ступеня ризику зараження сифілісом.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Нами проведено пошук літератури, виданої з 2000 по 2014 роки через портал *PubMed/MEDLINE* з баз даних *National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine*, США, а також портали «*Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU*» і «*Російський індекс наукового цитування (РІНЦ)*», Росія. Використовувалися такі ключові слова: *внутрішньовенне вживання наркотиків, зловживання наркотиками, сифіліс або Treponema pallidum*. Пошук привів до 63 публікацій. Були проаналізовані всі рефе-

рати статей, в значній частині випадків вдалося отримати повнотекстові статті. Використовували такі критерії оцінки, як стать пацієнтів, кількість обстежених, актуальність та сучасність діагностичних тестів, вивчення факторів ризику. Ми включили всі первинні наукові статті, написані англійською або російською мовою. Всі статі та тези, які були включені містили первинні дані про сифіліс у людей з різних країн, що вживали кокаїн, крэк, амфетамін, героїн, морфін, опіати, барбітурати, діазепам, седативні та інші наркотики через ін'єкції, дихання, куріння або ковтання. Дані були розподілені за кодами, розробленими в інших подібних дослідженнях [44]. Форма кодування включала дизайн дослідження, діагностичні тести, поширеність, демографічні та інші характеристики суб'єктів, таких як вік, стать, тип наркотику і шляхи введення, статевий анамнез та сексуальні практики, включаючи використання презервативів. Форми сифілісу, які враховувались були розбиті на три категорії: активний сифіліс, прихований сифіліс, наявність сифілісу в анамнезі. Діагноз сифілісу мав бути підтверджений позитивними серологічними тестами RPR (МРП) або VDRL з підтвердженням РПГА, РІФ-абс, або РІБТ (ТРПА) [42]. Для опрацювання даних проведено метааналіз даних з вивчених публікацій. При цьому користувалися доступною програмою *R-Development Core Team, 2008* для випробувань даних на гетерогенність. Тестування показало значиму неоднорідність досліджень: $\chi^2 = 1680,8$, ступенів свободи = 29, $p < 0,001$ для загальних даних з розповсюдженню сифілісу [48, 50, 59].

РЕЗУЛЬТАТИ

Поширеність сифілісу серед наркоманів варіювала від 1% до 60% в дослідженнях з країн «третього» світу (табл. 1).

Характеристика деяких досліджень щодо розповсюдження сифілісу серед споживачів ін'єкційних наркотиків в країнах, що розвиваються

Перший автор (рік)	Країна	Кількість досліджуваних	З них жінки (%)	Активний сифіліс (%)	Прихований сифіліс (%)	Увесь сифіліс (%)	ВІЛ інфекція (%)
Abdala, N. (2003)	Росія	101	39 (38,6)	0	7 (6,9)	7 (6,9)	11 (10,9)
Altaf, A. (2007)	Пакистан	161	0	21 (13,0)	0	21 (13,0)	1 (0,6)
Azim, T. (2004)	Бангладеш	1008	0	25 (2,5)	138 (13,7)	163 (16,2)	16 (1,6)
Azim, T. (2006)	Бангладеш	121	121 (100)	11 (9,1)	62 (51,2)	73 (60,3)	0
Веугер, С. (2004)	Таїланд	1865	200 (10,7)	0	41 (2,2)	41 (2,2)	192 (10,3)
Carey, M.P. (2006)	Індія	356	7 (2,0)	0	46 (12,9)	46 (12,9)	4 (1,1)
Chen, X.S. (2005)	Китай	292	292 (100)	33 (11,3)	0	33 (11,3)	52 (17,8)
Dowe, G. (2001)	Ямайка	301	27 (9,0)	0	19,(6,3)	19,(6,3)	8 (2,7)
Frost, S.D.W.1 (2007)	Мексика	413	34 (8,2)	0	38 (9,2)	38 (9,2)	14 (3,3)
Go, V.F.(2006)	В'єтнам	309	11 (3,6)	0	3 (1,0)	3 (1,0)	0
Кагаретуан, А.Ф. (2002)	Росія	910	258 (31,0)	0	105 (11,5)	105 (11,5)	0
Liu, H. (2006)	Китай	312	121 (38,8)	0	35 (11,2)	35 (11,2)	1 (0,3)
Panda, S. (2007)	Індія	211	0	2 (0,9)	0	2 (0,9)	0
Platt, L. (2007)	Росія	1473	433 (29,4)	0	157 (10,7)	157 (10,7)	112 (7,6)
Ruan, Y. (2004)	Китай	379	66 (17,4)	58 (15,3)	0	58 (15,3)	13 з 43 (30,2)

Ще у ранішніх дослідженнях наркоманів в США, особливо споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), їх визначили як особливу групу підвищеного ризику в плані зараження сифілісом. *Gourevitch M. N., et al.* (1996) дослідили протягом шести років 790 опіатних наркоманів на базі центру підтримуючої терапії метадоном. З них 4,4% мали антитіла проти сифілісу, щорічно захворюваність цією інфекцією даній групі склала 5,7 на 1000 [24].

Поширеність сифілісу серед опіатних наркоманів в Німеччині досліджували *Scherbaum N., et al.* (2005), які обстежили на сифіліс 1223 пацієнта наркологічних стаціонарів та зібрали шляхом анкетування соціологічну і демографічну інформацію та вивчили статеву поведінку. Для серологічної діагностики використовували РПГА-тест, з подальшим підтвердженням РІФ-абс-IgM. Показник поширеності сифілісу у чоловіків склав 1,9%, а для жінок - 8,5%. Тобто жінки-наркоманки хворіли на сифіліс в 4,6 рази частіше, ніж чоловіки. Такі чинники як велика кількість статевих партнерів, обмін сексу на наркотики, секс в перший день знайомства були пов'язані з сифілісом у жінок. Ні соціально-демографічні фактори, ні сексуальна поведінка не були статистично значущими, щоб бути пов'язані з сифілісом серед наркоманів чоловіків [45].

Більшість авторів стверджують, що споживачам наркотиків притаманна ризикована сексуальна поведінка і низьке усвідомлення ризиків передачі ПСШ [38, 35, 40, 46, 62]. Наявність комерційного сексу та секс чоловіків з чоловіками, низький відсоток користування презервативами серед споживачів заборонених наркотиків може ще більше сприяти високій поширеності сифілісу. Жінки, що хворіли на сифіліс, частіше торгувати секс за наркотики. Розповсюдження сифілісу серед жінок узгоджується з результатами інших досліджень, що ілюструє велику ймовірність зараження сифілісом серед жінок, що вживають наркотики. Це особливо вірно для жінок, які обмінюють секс за гроші або наркотики й не вважають

таку поведінку високим ризиком зараження ПСШ і ВІЛ. Не маючи обізнаності про шляхи передачі та методи профілактики, жінки можуть продовжувати практику ризикованої поведінки й заражати своїх статевих партнерів [35, 41, 46].

Група високого ризику жінок секс-працівниць, які вживають наркотики може слугувати як «міст» до неін'єкційних наркоманів, які користуються їх послугами [29, 41, 57, 58]. В Мексиці *Strathdee S.A., et al.* (2008) виявили, що жінки СІН часто вживали наркотики під час сексуальних відносин з хлопцями, створюючи перекриття сексуальних та наркотичних соціальних мереж. Це дослідження є ще одним свідченням ризиковані моделі сексуальної поведінки серед жінок секс-працівників, які вживають ін'єкційні наркотики в порівнянні з неін'єкційними. ПІН були в сім разів більше схильні до споживання наркотиків перед сексом, чим не ПІН. Це призводить до зниження використання презервативів за рахунок відсутності переговорів з чоловіками щодо їх застосування [31].

Як відомо з багатьох досліджень, сифіліс полегшує передачу ВІЛ-інфекції [24, 25, 26, 27, 60, 61]. Крім того, наявність сифілісу в ВІЛ-інфікованих пацієнтів пов'язано зі значним зниженням кількості CD4⁺ клітин і збільшенню вірусного навантаження ВІЛ [39]. Причому, підвищення вірусного навантаження поступово збільшується навіть після лікування сифілісу, швидше за все, через додаткове пригнічення імунної системи через сифіліс. Це може збільшити як ризик прогресування захворювання в конкретної особи, так і ризик передачі інфекції в популяції, що свідчить про важливість профілактики сифілісу у ВІЛ інфікованих [2, 11, 12, 21, 33].

Відсоток хворих на сифіліс, хоча сильно варіює (від <1% до >60%), однак наявно вище серед наркоманів, ніж серед загального населення в усіх регіонах. Різниця між дослідженнями і часто наявність тільки одного дослідження на країну обмежує надійність оцінки поширеності. Наш ана-

ліз показує, що кореляція між вживанням наркотиків та сифілісом існує, але прямий причинний зв'язок між вживанням наркотиків і сифілісом статистично підтверджується не завжди. Можливо це через різну методологію досліджень. От же асоціація сифілісу та вживання наркотиків, ймовірно через сходження факторів ризику, спостерігається досить чітко, незалежно, від країни та характеристики обстежених осіб. Проте, збільшення поширеності сифілісу і той факт, що сифіліс полегшує передачу ВІЛ-інфекції посилює потребу в створенні комплексних моделей для охорони здоров'я з метою профілактики ВІЛ та сифілісу [2, 3, 33].

Заходи з профілактики ВІЛ-інфекції серед споживачів наркотиків історично були зосереджені на зусиллях зі скорочення шприц-опосередкованої передачі за рахунок модифікації поведінки, припинення спільного завантаження шприців, а також через обмін шприців та інші методи зниження шкоди. Інші заходи з профілактики ППСШ досі включали просування презервативів і поліпшення діагностики та лікування в окремих спільнотах, а саме серед моряків, робітників-мігрантів, водіїв вантажівок і вуличних працівників секс-бізнесу [34, 36, 55, 58]. Після того, як зусилля з профілактики для споживачів наркотиків мали успіх в деяких регіонах, стало ясно, що наркомани зберігають значний ризик сексуальної передачі ППСШ. Тому це повинна бути одна з найважливіших цільових груп [30, 32, 53]

ОБГОВОРЕННЯ

Глиbokі соціально-економічні зміни, що відбулися в Україні за останні роки, створили сприятливі умови для формування й розширення чисельного складу груп населення, уразливих у відношенні ППСШ і ВІЛ-інфекції. Безробіття, ослаблення системи соціального захисту населення, насамперед молоді, привели до того, що за останні роки швидко сформувалися й збільшилися споживачі психотропних речовин (наркотиків та алкоголю) [4, 5, 6, 7, 22]. Наркоманія і алкого-

лізм є «фоном», «прихованим резервуаром» для виникнення і поширення соціально значущих інфекцій, які негативно впливають на генофонд всього суспільства і можуть призвести до його деградації. Одним з чинників, що визначають розповсюдження сифілісу в Україні, визнається широке поширення наркоманії, особливо серед осіб з активною сексуальною поведінкою. Серед факторів ризику зараження ВІЛ, гепатитами і сифілісом особливе значення більшість дослідників надають спільному використанню ін'єкційного інструментарію і сексуальним відносинам без використання бар'єрних засобів запобігання (презервативів) [2, 4, 15, 19, 20].

Результати даного систематичного огляду показали високу захворюваність на сифіліс серед пацієнтів наркологічного профілю і споживачів ПАР. Також встановлено ризикована сексуальна поведінка даного контингенту, що дозволяє виділяти їх в окрему групу ризику. З соціального портрета пацієнтів видно, що ці люди переважно мало поінформовані про інфекційну небезпеку. У цьому зв'язку очевидна необхідність видання медичної освітньої літератури, чітко орієнтованої на дану групу ризику. Усі соціально обумовлені інфекції небезпечні не тільки для хворого, але і в значній мірі для його статевих контактів. Тому ці захворювання вимагають організації системи активного виявлення хворих в середовищі наркоманів. Необхідна розробка оптимальної стратегії діагностики, лікування і довгострокових програм з профілактики сифілісу та інших ППСШ серед наркологічних пацієнтів [3, 12, 15, 19]. Усе це зумовлює необхідність проведення значних соціальних дій, що передбачають широкий спектр різноманітних за змістом і спрямованістю заходів. Успіх заходів у цьому напрямку забезпечується створенням в країні широкої соціальної системи профілактики різних форм наркозалежності, ефективного механізму управління цією системою і координації: відповідної роботи різних державних органів, соціальних інститутів і суспільних організацій, ство-

рення ефективної, матеріально забезпеченої системи лікування і медико-соціальної реабілітації хворих з залежністю від ПАР [1, 2, 19, 28, 37].

ВИСНОВКИ

Таким чином для попередження розповсюдження сифілісу серед споживачів психоактивних речовин треба покращити діагностику, лікування та соціальну реабілітацію наркозалежних. Для цього необхідно проводити дослідження епідеміологічного стану сифілісу та інших ІПСШ на окремих територіях. Необхідно дослідити зв'язок соціально-демографічних чинників на інфікування сифілісом в середовищі наркоманів, встановити клініко-епідеміологічні особливості сифілісу в різних групах споживачів наркотиків. Треба негайно оптимізувати методи лабораторної діагностики та лікування сифілісу в уразливих, щодо зараження ІПСШ та ВІЛ групах на основі відповідних клінічних протоколів, та надати рекомендації з попередження сифілісу серед споживачів психоактивних речовин і розробити алгоритм надання медико-соціальної допомоги хворим. Для цього необхідно визнати залежність від ПАР сифілісу та інших ІПСШ і розробити нову концепцію наркологічної допомоги, що передбачає широке використання психотерапевтичних, психологічних, соціальних методик роботи з хворими. Треба розробити і впровадити

більш ефективні методи оцінки і контролю наркологічної ситуації на різних територіях і серед різних груп населення і створити на їх основі спеціальні соціально-оздоровчі програми [1, 3, 5, 43, 49, 51, 54]. Вказані програми повинні включати створення служб соціально-психологічної допомоги населенню, організацію мережі центрів надання консультативної і практичної допомоги хворим із залежністю від ПАР та їх сім'ям з участю юристів, педагогів, психологів, соціальних працівників і лікарів.

На прикладі національних політик різних держав чітко видно, що успішне здійснення боротьби з наркозалежністю можливе лише за умови активної її підтримки широкими верствами населення. Тому держава повинна підтримувати суспільні організації в роботі з профілактики зловживання ПАР, постійно вивчати громадську думку про характер заходів проти наркозалежності. *Дослідження показують, що при лікуванні наркологічних розладів, які поєднуються з ІПСШ, комплексний підхід ефективніше послідовного і паралельного. При паралельному підході наркологічне захворювання лікують окремо від ІПСШ. Хворий вимушений звертатися до різних диспансерів – шкірно-венерологічного та наркологічного, де йому пред'являють різні вимоги, призначають різні схеми лікування. При послідовному підході спочатку лікують ІПСШ, а потім наркологічне захворювання [3, 12, 15, 19, 20, 22, 43, 49, 51, 54].*

ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні : аналітичний огляд / І. В.Лінський, М. В.Голубчиков, О. І.Мінко. та ін. – Випуск III. – Харків, 2006. – 46 с.
2. Киржанова В.В. Особенности поведения потребителей инъекционных наркотиков, связанные с риском гемоконтактных инфекций / В.В. Киржанова // Наркология. – 2008. – №8 – С. 67-73.

REFERENCES

1. Linsky I. V., Golubchikov M. V., Minko A. I. et al. Current trends in the spread of substance abuse in Ukraine // Analytical review. – Issue III. – Kharkov, 2006. – 46p.
2. Kirjanova V.V., Shakurov I.G., Kuznetsova E.O., Altawil N.I. Special behaviors of injecting drug users, the risk of blood borne infections // Narcology. – 2008. – №8 – P. 67-73.
3. Koryakin E.A. Interdisciplinary cooperation in the diagnosis of substance abuse

3. Корякин С.А. Междисциплинарное взаимодействие в диагностике наркологических заболеваний и инфекций, передающихся половым путем / С.А Корякин., И.Г Шакуров., Е.О.Кузнецова, Н.И. Алтавил // Наркология. – 2009. – Т. 8. – № 11. – С. 32-34.
4. Кошкина Е. А. Факторы риска, связанные с опасным сексуальным поведением, среди потребителей алкоголя в молодежной среде / Е. А. Кошкина, Н.И.Павловская, С.Г. Коновалова, А.В. Кошкин // Вопр. наркологии. – 2004. – Т.1. – С. 61-66.
5. Кошкина Е.А.. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007-2008 годах / Е. А. Кошкина, В.В. Киржанова // Статистический сборник. – М., ФГУ ННЦ наркологии. – 2009. – 139 с.
6. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Эпидемиология наркологических заболеваний: Наркология: национальное руководство. / Е. А. Кошкина, В.В. Киржанова / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – С.15-31.
7. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний: Руководство по наркологии / Е. А. Кошкина, В.В. Киржанова / под ред. Н.Н. Иванца 2-е изд., испр., доп. и расш. – М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – С.14-38.
8. Мавров Г.И. Проблема сифилиса в местах лишения свободы / Г.И. Мавров, Т.В.Осинская // Журнал дерматовенерологии и косметологи им. М.О. Торсуева. – 2013. – № 1-2 (30). – С. 135-138.
9. Мавров Г.І. Епідемічна ситуація і організація боротьби з інфекціями, що передаються статевим шляхом в Одеській області / Г.І. Мавров, І.С. Фучижі., Л.Й. Пиньковська // Журнал дерматовенерологии и косметологи им. М.О. Торсуева. – 2013. – № 1-2 (30). – С. 127-134.
10. Мавров Г.І. Нейросифіліс на сучасному етапі: патогенез, клініка, діагностика, лікування / Г.І. Мавров, Е.Л. Баркалова, Л.Й. Пиньковська, В.І. Миронюк // Журнал дерма- and sexually transmitted infections // Наркология. – 2009. – Vol. 8, № 11. – P. 32-34.
4. Koshkina E. A. Pavlovskaya N.I., Konovalova S.G., Koshkin A.V.. Factors associated with risky sexual behaviour among alcohol users in the youth environment // Voprosy Narcologii. – 2004. – Vol.1. – P. 61-66.
5. Koshkina E.A., Kirjanova V.V. Key performance indices of the narcological service in the Russian Federation in 2007-2008 / Statistical collection. – M, Federal center on addictions. – 2009. – 139 p.
6. Koshkina E.A., Kirjanova V.V. Epidemiology of substance abuse / Addiction: the national leadership. Ed. N.N. Ivanets, I.P. Anochina, M.A. Vinnikova. – M: “GEOTAR-Media”, 2008. – P.15-31.
7. Koshkina E.A., Kirjanova V.V. Epidemiology of substance abuse / Guide narcology / Ed. by N.N. Ivanets 2-nd ed., Corr., suppl. and ext. – M:LLC “Medical informational Agency”, 2008. – P.14-38.
8. Mavrov G.I., Osinskaya T.V. Problem of syphilis in places of deprivation of liberty // Journal of dermatology and cosmetology under the name of M.O. Torsuev. – 2013. – № 1-2 (30). – P. 135-138.
9. Mavrov G.I., Fuchigi I.S., Penkovska L.I. Epidemic situation and the organization of struggle against infektsiyami transmitted infections in Odessa region // Journal of dermatology and cosmetology under the name of M.O. Torsuev. – 2013. – № 1-2 (30). – P. 127-134.
10. Mavrov G.I., Barkalova A.L., Penkovska L.I., Mironyuk V.I. Neurosyphilis at the present stage: pathogenesis, clinic, diagnosis, treatment // Journal of dermatology and cosmetology under the name of M.O. Torsuev. – 2014. – № 1-2 (32). – P. 114-122.
11. Mavrov G.I., Bondarenko G.M. Sherbakova I.V. Management of patients with groups vulnerable to HIV///Dermatovenerology. Cosmetology. Sexual pathology. – 2012. – №1-4. – P. 240-246.
12. Mavrov G.I., Sherbakova I.V. Features of providing dermatological care to risk

товенерологии и косметологи им. М.О. Торсуева. – 2014. – № 1-2 (32). – С. 114-122.

11. Мавров Г.І. Особливості ведення пацієнтів з груп населення, уразливих щодо зараження ВІЛ / Г.І.Мавров, Г.М. Бондаренко, Ю.В. Шербакова // Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. – 2012. – №1-4. – С. 240-246.

12. Мавров Г.І. Особливості надання дерматовенерологічної допомоги представникам груп ризику, уразливим щодо зараження ВІЛ / Г.І. Мавров, Ю.В. Шербакова // Дерматологія та венерологія. – 2012. – №1. – С. 9-18.

13. Мавров И.И. Половые болезни: Рук-во для врачей, интернов, студентов / И.И. Мавров. – Харьков: Факт, 2002. – 788 с.

14. Мазус А.И. Неврологические проявления ВИЧ-инфекции / А.И Мазус., И.И. Левен, Д.Л.Виноградов // Клиническая медицина. – 2009. – № 10. – С. 59–60.

15. Нові підходи до діагностики та лікування ІПСШ, в групах населення, уразливих щодо зараження ВІЛ: методичний посібник / Г.І. Мавров, Г.М.Бондаренко, Ю.В Шербакова. и др. – Харків, 2013. – 48с.

16. Оппортунистические инфекции у ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков / Н.А.Бабий, М.Г.Люльчук, А.М. Щербинская и др. // Сб. материалов конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии.– Киев, 2006. – С. 74.

17. Организация медицинской помощи по ИППП/ВИЧ-инфекции для мужчин, имеющих секс с мужчинами, в Москве и Московской области / А.А. Кубанова, М.М. Васильев, И.А. Тоскин и др. // Вест. дермат. и венерол. – 2003. – Т. 3. – С. 16-17

18. Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні. – К. : Центр медичної статистики МОЗ України, 2014. – 110 с.

19. Проблемы наркозалежности та аспекти сучасної медико-соціальної допомоги / С.І.Табачников, М. Ю. Ігнатов, Є. М. Харченко та ін. // Архів психіатрії. – 2009. – № 2 (57). – С. 83-87.

groups, vulnerable to HIV // Dermatology and venereology. – 2012. – №1. – P. 9-18.

13. Mavrov I.I. Sexual disease: Practical guide for doctors, interns, students – Kharkiv: Fact, 2002. – 788 p.

14. Mazous A.I., Leuven I.I., Vinogradov D.L.. Neurological manifestations of HIV // Clinical medicine. – 2009. – № 10. – P. 59-60.

15. Mavrov G.I., Bondarenko G.M., Shcherbakova J.V. et al New approaches to diagnosis and treatment of STIs in populations, vulnerable to HIV infection (textbook). – Kharkiv, 2013. – 48 p.

16. Babiy N.A., Lulchuk M.G., Shcherbinskaya A.M. et al. Opportunistic infections in HIV-infected injecting drug users // Sat. conference materials on HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia. – Kiev, 2006. – P. 74.

17. Kubanova A.A. Vasil'ev. M.M., Toskin I.A. etc. Organization of medical assistance in STI/HIV infection for men who have sex with men in Moscow and Moscow region // Vest. Dermatol. Venerol. – 2003. – So 3. – P. 16-17

18. 18. Indices of treatment and preventive care to the patients of venereal and skin diseases in Ukraine. – K. : Center of medical statistics, Ministry of health of Ukraine, 2014. – 110 p.

19. Tabachnikov S. I., Ignatov M. Yu, Kharchenko E. M., et al. Problems of drug addiction and aspects of modern medical-social assistance // Archive psychiatry. – 2009. – No.2 (57). – P. 83-87.

20. Shakurov I.G., Koryakin S.A. Kuznetsova E.D., Kirasirov R.K. Prevalence of sexually transmitted infections, among persons with substance use problems // Vest. Dermatol. Venerol. – 2010. – № 1. – P. 15-19.

21. Sherbakova I.V. of sexually transmitted Infections, and HIV: the problem of interaction // the Dermatology venereology. – 2011. – №4. – P. 5-12.

22. Shypovskaya L.P., Lukyanova I.E. Youth and drugs: problems of rehabilitation // Service in Russia and abroad. – 2008. –№ 1. – P. 56-61.

23. Entin G.M., Hoffman, A.G., Muzychenko, A. P., Krylov E. N Alcohol

20. Шакуров И.Г. Распространенность инфекций, передаваемых половым путем, среди лиц, потребляющих психоактивные вещества / И.Г. Шакуров, С.А.Корякин, Е.Д.Кузнецова, Р.К. Кирасиров // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 1. – С. 15-19.
21. Шербакова Ю.В. Инфекции, передающиеся половым путем, и ВИЧ: проблема взаимовлияния /Ю.В. Щербакови // Дерматология та венерология. – 2011. – №4. – С. 5-12.
22. Шиповская Л.П. Молодежь и наркотики: проблемы оздоровления / Л.П. Шиповская, И.Е. Лукьянова // Сервис в России и за рубежом. – 2008 —№ 1. – С. 56-61.
23. Энтин Г. М. Алкогольная и наркотическая зависимость: практическое руководство для врачей / Г. М.Энтин, А. Г. Гофман, А. П. Музыченко, Е. Н Крылов. – М.: Медпрактика, 2002. – 328 с.
24. A prospective study of syphilis and HIV infection among injection drug users receiving methadone in the Bronx / M.N.Gourevitch, D.Hartel, E.E. Schoenbaum., et al. // American Journal of Public Health. – 1996. –Vol. 86. –P.1112-1115.
25. Best-evidence interventions: Findings from a systematic review of HIV behavioral interventions for US populations at high risk, 2000–2004 / C.M. Lyles, L.S.Kay, N. Crepaz, et al. // American Journal of Public Health. –2007. – Vol.97. – N.1. – P.133-143.
26. Browne R. Effect of treatment for sexually transmitted disease on HIV transmission // Journal of HIV Therapy. –2003. – Vol. 8, N. 3. – P.67-71.
27. Buchacz K., Greenberg A., Onorato I., Janssen R Syphilis epidemics and human immunodeficiency virus (HIV) incidence among men who have sex with men in the United States: implications for HIV prevention // Sexually Transmitted Diseases. – 2005. – Vol. 32, N. 10, Suppl. –P. 73-79.
28. / Chesson H.W., Pinkerton S.D., Voigt R., Counts G.W HIV infections and associated costs attributable to syphilis coinfection among African Americans. // American Journal of Public Health. – 2003. – Vol.93, N.6. – P.943-948.
29. Ruan Y., Chen K., Hong K., et al. Community-based survey of HIV transmission modes among intravenous drug users in Sicuani, China / // Sexually Transmitted Diseases. – 2004. –Vol.31. —P.623-627.
30. Des Jarlais D.C., Arasteh K., Perlis T., et al. Convergence of HIV seroprevalence among injecting and non-injecting drug users in New York city // AIDS. – 2007. – Vol. 21, N. 2. – P. 231-235.
31. Strathdee S.A., Philbin M.M., Semple S.J., et al. Correlates of injection Drug Use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities // Drug and Alcohol Dependence. –2008. –Vol.92. –P.132-140.
32. Des Jarlais D.C., Hagan H., Arasteh K., McKnight C., Perlman D., Friedman S.R. Herpes simplex virus-2 and HIV among and drug dependence: a practical guide for physicians. – М: Medpraktika, 2002. – 328 p
24. Gourevitch M.N., Hartel D., Schoenbaum E.E., et al. A prospective study of syphilis and HIV infection among injection drug users receiving methadone in the Bronx // American Journal of Public Health. – 1996. – Vol. 86. –P.1112-1115.
25. Lyles C.M., Kay L.S., Crepaz N., et al. Best-evidence interventions: Findings from a systematic review of HIV behavioral interventions for US populations at high risk, 2000–2004 // American Journal of Public Health. –2007. – Vol.97, N.1. – P.133-143.
26. Browne R., Nwokolo N., Boag F. Effect of treatment for sexually transmitted disease on HIV transmission // Journal of HIV Therapy. – 2003. –Vol. 8, N. 3. – P.67-71.
27. Buchacz K., Greenberg A., Onorato I., Janssen R Syphilis epidemics and human immunodeficiency virus (HIV) incidence among men who have sex with men in the United States: implications for HIV prevention // Sexually Transmitted Diseases. – 2005. – Vol. 32, N. 10, Suppl. –P. 73-79.
28. / Chesson H.W., Pinkerton S.D., Voigt R., Counts G.W HIV infections and associated costs attributable to syphilis coinfection among African Americans. // American Journal of Public Health. – 2003. – Vol.93, N.6. – P.943-948.
29. Ruan Y., Chen K., Hong K., et al. Community-based survey of HIV transmission modes among intravenous drug users in Sicuani, China / // Sexually Transmitted Diseases. – 2004. –Vol.31. —P.623-627.
30. Des Jarlais D.C., Arasteh K., Perlis T., et al. Convergence of HIV seroprevalence among injecting and non-injecting drug users in New York city // AIDS. – 2007. – Vol. 21, N. 2. – P. 231-235.
31. Strathdee S.A., Philbin M.M., Semple S.J., et al. Correlates of injection Drug Use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities // Drug and Alcohol Dependence. –2008. –Vol.92. –P.132-140.
32. Des Jarlais D.C., Hagan H., Arasteh K., McKnight C., Perlman D., Friedman S.R. Herpes simplex virus-2 and HIV among

29. Community-based survey of HIV transmission modes among intravenous drug users in Sicuani, China / Y. Ruan, K.Chen, K Hong., et al. // *Sexually Transmitted Diseases*. – 2004. – Vol.31. – P.623-627.
30. Convergence of HIV seroprevalence among injecting and non-injecting drug users in New York city / D.C.Des Jarlais, K.Arasteh, T. Perlis, et al. // *AIDS*. – 2007. – Vol. 21, N. 2. – P. 231-235.
31. Correlates of injection Drug Use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities / S.A. Strathdee, M.M. Philbin, S.J. Semple, et al. // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2008. – Vol.92. –P.132–140.
32. Des Jarlais D.C. Herpes simples virus-2 and HIV among noninjection drug users in New York city / D.C. Des Jarlais, H. Hagan, K.Arasteh, C.McKnight // *Sexually Transmitted Diseases*. –2007. – Vol.34, N.11. – P.923–927.
33. Dowe G. Bloodborne sexually transmitted infections in patients presenting for substance abuse treatment in Jamaica / G. Dowe, M.F Smikle., C.Thesiger, E.Williams // *Sexually Transmitted Diseases*. –2001. – Vol.28, N. 5. – P.266–269.
34. Drug use among the urban poor in Kolkata: Behaviour and environment correlates of low HIV infection / S. Panda, U. Saha, S. Pahari, et al. // *National Medical Journal of India*. – 2002. –Vol.15, N.3. – P.128-134.
35. Effects of sex work on the prevalence of syphilis among injection drug users in 3 Russian cities / L. Platt, T. Rhodes, A. Judd, et al. // *American Journal of Public Health*. – 2007. –Vol.97, N.3. –P.478-485.
36. Estimating the prevalence of syringe-borne and sexually transmitted disease among injection drug users in St Petersburg, Russia / N. Abdala, J.M. Carney, A.J. Durante, et al. // *International Journal of STD & AIDS*. – 2003. –Vol.14, N.10. – P.697-703.
37. High HIV sexual behaviors and sexually transmitted disease prevalence among injection drug users in Northern Vietnam: Implications for a generalized HIV epidemic / V.F Go., C. Frangakis, L.V. Nam, et al. // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2006. – Vol. 42, N. 1. – P.108-115.
38. High risk behaviors of injection drug users registered with harm reduction programme in Karachi, Pakistan // *Harm Reduction Journal*. – 2007. – Vol. 4, N.1. – P. 7-14.
39. Palacios R., Jiménez-Oñate F., Aguilar M., et al. Impact of syphilis infection on HIV viral load and CD4 cell counts in HIV infected patients // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2007. –Vol.44, N.3. – P.356-359.
40. Azim T., Alam M.S., Rahman M., et al. Impending concentrated HIV epidemic among injecting drug users in Central Bangladesh // *International Journal of STD & AIDS*. –2004.–Vol. 15, N.4. – P.280-282.
41. noninjection drug users in New York city // *Sexually Transmitted Diseases*. –2007. – Vol.34, N.11. – P.923-927.
42. Dowe G., Smikle M.F., Thesiger C., Williams E. Bloodborne sexually transmitted infections in patients presenting for substance abuse treatment in Jamaica // *Sexually Transmitted Diseases*. –2001. – Vol.28, N. 5. – P.266–269.
43. Panda S., Saha U., Pahari S., et al. Drug use among the urban poor in Kolkata: Behaviour and environment correlates of low HIV infection // *National Medical Journal of India*. – 2002. – Vol.15, N.3. –P.128-134.
44. Platt L., Rhodes T., Judd A., et al.Effects of sex work on the prevalence of syphilis among injection drug users in 3 Russian cities *American Journal of Public Health*. – 2007. – Vol.97, N.3. – P.478-485.
45. Abdala N., Carney J.M., Durante A.J., et al. Estimating the prevalence of syringe-borne and sexually transmitted disease among injection drug users in St Petersburg, Russia // *International Journal of STD & AIDS*. – 2003. –Vol.14,-N.10. –P.697-703.
46. Go V.F., Frangakis C., Nam L.V., et al. High HIV sexual behaviors and sexually transmitted disease prevalence among injection drug users in Northern Vietnam: Implications for a generalized HIV epidemic // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2006. – Vol. 42, N. 1. – P.108-115.
47. Altaf A., Shah S.A., Zaidi N.A., et al. High risk behaviors of injection drug users registered with harm reduction programme in Karachi, Pakistan // *Harm Reduction Journal*. – 2007. – Vol. 4, N.1. – P. 7-14.
48. Palacios R., Jiménez-Oñate F., Aguilar M., et al. Impact of syphilis infection on HIV viral load and CD4 cell counts in HIV infected patients // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2007. –Vol.44, N.3. – P.356-359.
49. Azim T., Alam M.S., Rahman M., et al. Impending concentrated HIV epidemic among injecting drug users in Central Bangladesh // *International Journal of STD & AIDS*. –2004.–Vol. 15, N.4. – P.280-282.

38. High risk behaviors of injection drug users registered with harm reduction programme in Karachi, Pakistan / A.Altaf, S.A.Shah, N.A.Zaidi, et al. // *Harm Reduction Journal*. – 2007. – Vol. 4, N.1. – P. 7-14.
39. Impact of syphilis infection on HIV viral load and CD4 cell counts in HIV infected patients / R.Palacios, F.Jiménez-Oñate, M. Aguilar, et al. // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2007. –Vol.44, N.3. –P.356-359.
40. Impending concentrated HIV epidemic among injecting drug users in Central Bangladesh / T. Azim, M.S. Alam, M.Rahman, et al. // *International Journal of STD & AIDS*. –2004. – Vol. 15, N.4. – P.280–282.
41. Liu H. Drug users: A potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, in China / H. Liu, O. Grusky, X. Li, E. Ma // *Sexually Transmitted Diseases*. – 2006. – Vol. 33, N.2. – P.111-117.
42. Lopez-Z. J. Predictors of syphilis seroreactivity and prevalence of HIV among street recruited injection drug users on Los Angeles County / Z. J. Lopez- // *Sexually Transmitted Infections*. – 2000. – Vol. 76, N. 6. – P.462-469.
43. Methamphetamine users in Northern Thailand: changing demographics and risks for HIV and STD among treatment-seeking substance abusers / C. Beyrer, M.H. Razak, J. Jittiwutikarn, et al. // *International Journal of STD & AIDS*. – 2004. – Vol.15, N. 10. – P.697-704.
44. Non-injection drug use and hepatitis C virus: A systematic review / R.Scheinmann, H.Hagan, W. C Lelutiu-, et al. // *Drug and Alcohol Dependence*. –2007. –Vol.89. –P.1-12.
45. Prevalence and risk factors of syphilis infection among drug addicts / Scherbaum N., Baune B. T., Mikolajczyk R., et al. // *BMC Infect. Dis*. – 2005; 5: 33, e-pub, doi: 10.1186/1471-2334-5-33.
46. Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injection drug users in Russia: A multi-city study / T.Rhodes, L.Platt, S.Maximova, et al. // *Addiction*. – 2006. – Vol.101, N.2. –P.252-266.
47. Prevalence of infectious diseases and drug abuse among Bangladeshi workers / Rumi M.A.K., Siddiqui M.A., Salam M.A., et al. // *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine & Public Health*. – 2000. –Vol.31, N.3. –P.571-574.
48. R-Development Core Team. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2008. R: A language and environment for statistical computing. ISBN 3-900051-07-0, Retrieved online at <http://www.R-project.org>.
49. Frost S.D.W., Brouwer K.C., Firestone Cruz M.A., et al. Respondent-driven sampling of injection drug users in two U.S.-Mexico border cities: Recruitment dynamics and impact

47. Prevalence of infectious diseases and drug abuse among Bangladeshi workers / M.A.K.Rumi, M.A. Siddiqui, M.A.Salam, et al. // *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine & Public Health*. – 2000. – Vol.31, N.3. –P.571-574.
48. R-Development Core Team. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2008. R: A language and environment for statistical computing. ISBN 3-900051-07-0, Retrieved online at <http://www.R-project.org>.
49. Respondent-driven sampling of injection drug users in two U.S.-Mexico border cities: Recruitment dynamics and impact on estimates of HIV and syphilis prevalence / S.D.W. Frost, K.C Brouwer, C. M.A Firestone et al. // *Journal of Urban Health*. – 2007. – Vol. 83, N. 6 (suppl). –P.83–97.
50. Schwarzer G. meta: Meta-analysis. R-package version 0.8–2. 2007. Retrieved online at <http://cran.at.r-project.org/web/packages/meta/index.html>.
51. Screening for sexually transmitted infections at a DeAddictions service in south India / M.P Carey, V. Ravi, P.S. Chandra, et al. // *Drug and Alcohol Dependence*. –2006. – Vol. 82, N. 2. – 127–134.
52. Sexual risk behaviours and STIs in drug abuse treatment populations whose drug of choice is crack cocaine / M.W.Ross, L.Y.Hwang, C.Zack, et al. // *International Journal of STD & AIDS*. –2002. –Vol.13, N.11. –P.769-774.
53. Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis / A.H. Kral, R.N. Bluthenthal, J. Lorvick, et al. // *Lancet*. – 2001. – Vol. 357, N. 9266– P. 1397-1401.
54. Sexually transmitted infections among female sex workers in Yunnan, China / X.S. Chen, Y.P. Yin, G.J. Liang, et al. // *AIDS Patient Care and STDs*. –2005. – Vol.19, N. 12. – P. 853-860.
55. Sexually transmitted infections and sexual practices in injection drug users and their regular partners in Chennai, India / S. Panda, M.S. Kumar, P.S. Saravanamurthy, et al. // *Sexually Transmitted Diseases*. – 2007. – Vol.34, N.4. –P.250-253.
- on estimates of HIV and syphilis prevalence // *Journal of Urban Health*. – 2007. – Vol. 83, N. 6 (suppl). – P. i83–i97.
50. Schwarzer G. Meta-analysis. R-package version 0.8–2. 2007. Retrieved online at <http://cran.at.r-project.org/web/packages/meta/index.html>.
51. Carey M.P., Ravi V., Chandra P.S., et al. Screening for sexually transmitted infections at a DeAddictions service in south India // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2006. – Vol. 82, N. 2. – P.127-134.
52. Ross M.W., Hwang L.Y., Zack C., et al. Sexual risk behaviours and STIs in drug abuse treatment populations whose drug of choice is crack cocaine // *International Journal of STD & AIDS*. – 2002. – Vol.13, N.11. –P.769-774.
53. Kral A.H., Bluthenthal R.N., Lorvick J., et al. Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis // *Lancet*. – 2001. – Vol. 357, N. 9266 – P. 1397-1401.
54. Chen X.S., Yin Y.P., Liang G.J., et al. Sexually transmitted infections among female sex workers in Yunnan, China // *AIDS Patient Care and STDs*. – 2005. – Vol.19, N. 12. – P. 853-860.
55. Panda S., Kumar M.S., Saravanamurthy P.S., et al. Sexually transmitted infections and sexual practices in injection drug users and their regular partners in Chennai, India // *Sexually Transmitted Diseases*. – 2007. – Vol.34, N.4. – P.250–253.
56. Steinbrook R. HIV in India—a complex epidemic // *New England Journal of Medicine*. – 2007. –Vol.356, N.11. – P.1089–1093.
57. Ruan Y., Cao X., Qian H., et al. Syphilis among female sex workers in southwest China: Potential for HIV transmission // *Sexually Transmitted Diseases*. – 2006. – Vol.33, N.12. – P.719-723.
58. Karapetyan A.F., Sokolovsky Y.V., Araviyskaya E.R., et al. Syphilis among intravenous drug-using population: Epidemiological situation in St Petersburg, Russia // *International Journal of STD & AIDS*. – 2002. – Vol. 13, N. 9. –P. 618-623.

56. Steinbrook R. HIV in India—a complex epidemic / R. Steinbrook // *New England Journal of Medicine*. – 2007. – Vol.356, N.11. – P.1089-1093.
57. Syphilis among female sex workers in southwest China: Potential for HIV transmission / Y.Ruan, X. Cao, H. Qian, et al. // *Sexually Transmitted Diseases*. – 2006. – Vol.33, N.12. – P.719-723.
58. Syphilis among intravenous drug-using population: Epidemiological situation in St Petersburg, Russia / A.F. Karapetyan, Y.V. Sokolovsky, E.R. Araviyskaya, et al. // *International Journal of STD & AIDS*. – 2002. – Vol. 13, N. 9. – P. 618-623.
59. Syphilis in Drug Users in Low and Middle Income Countries / L. S. Coffin, A. Newberry, H. Hagan, et al. // *Int. J. Drug Policy*. – 2010. – Vol. 21, No 1. – P.20-27.
60. Syphilis, Chlamydia, and Gonorrhea Screening in HIV-Infected Patients in Primary Care, San Francisco, California, 2003 / W Phipps., H. Stanley, R. Kohn, et al. // *AIDS Patient Care and STDs*. – 2005. – Vol.19., N.8. – P.495-498.
61. The emerging AIDS crisis in Russia: review of enabling factors and prevention needs / S.C. Kalichman, J.A. Nelly, K.J.Sikkema, et al. // *International Journal of STD & AIDS*. – 2000. – Vol.11, N. 2. – P.71-75.
62. Vulnerability to HIV infection among sex workers and non-sex worker female injecting drug users in Dhaka, Bangladesh: Evidence from the baseline survey of a cohort study / T. Azim, E.I. Chowdhury, M. Reza, et al. // *Harm Reduction Journal*. – 2006. – N.3. – P. 33-36.
63. World Health Organization. Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector / WHO. – 2008, September. – 128 p.
59. Coffin L. S., Newberry A., Hagan H., et al. Syphilis in Drug Users in Low and Middle Income Countries // *Int. J. Drug Policy*. – 2010. – Vol. 21, No 1. – P.20-27.
60. Phipps W., Stanley H., Kohn R., et al. Syphilis, Chlamydia, and Gonorrhea Screening in HIV-Infected Patients in Primary Care, San Francisco, California, 2003 // *AIDS Patient Care and STDs*. – 2005. – Vol.19, N.8. – P.495-498.
61. Kalichman S.C., Nelly J.A., Sikkema K.J., et al. The emerging AIDS crisis in Russia: review of enabling factors and prevention needs // *International Journal of STD & AIDS*. – 2000. – Vol.11, N. 2. – P.71-75.
62. Azim T., Chowdhury E.I., Reza M., et al. Vulnerability to HIV infection among sex workers and non-sex worker female injecting drug users in Dhaka, Bangladesh: Evidence from the baseline survey of a cohort study // *Harm Reduction Journal*. – 2006. – N.3. – P. 33-36.
63. World Health Organization. Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector / WHO. – September 2008. – 128 p.

**СИФИЛИС
У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
ПСИХОАКТИВНЫХ
ВЕЩЕСТВ:
СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

**Мавров Г.И.,
Миронюк В.И.**

*ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины»*

Резюме. Цель работы - изучение литературных источников по распространению сифилиса среди наркологических больных, влияния употребления наркотиков на степень риска заражения сифилисом.

Осуществлен поиск литературы через порталы «PubMed/MEDLINE», «National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine», «Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU» и «Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)». Проведен мета-анализ данных с помощью программы R Development Core Team, 2008.

Процент больных сифилисом, хотя сильно варьирует (от <1% >60%), однако явно выше среди наркоманов, чем среди общего населения во всех регионах. Корреляция между наркотиками и сифилисом существует, но прямая причинная связь между употреблением наркотиков и сифилисом статистически подтверждается не всегда.

Наблюдается высокая заболеваемость сифилисом среди потребителей психоактивных веществ. Для предупреждения сифилиса надо улучшить диагностику, лечение наркозависимых, разработать социально-оздоровительные программы.

Ключевые слова: наркотики, сифилис, *Treponema pallidum*, ВИЧ.

**SYPHILIS AMONG
ABUSERS OF
PSYCHOACTIVE
SUBSTANCES:
A SYSTEMATIC
LITERATURE REVIEW**

**Mavrov G.I.,
Myronyuk L.I.**

*SE «Institute of Dermatology and
Venereology of NAMS of Ukraine»*

Abstract. The purpose of the work is the study of literary sources on the spread of syphilis among drug users, the impact of drug use on the risk of infection with syphilis.

A literature review through portals “PubMed/MEDLINE”, “National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine”, “Scientific electronic library eLIBRARY.RU” and “Russian science citation index (RSCI)” was carried out. A meta-analysis of data was performed by “R Development Core Team, 2008” software.

Rates of syphilis, although highly variable (from <1% >60%), but is clearly higher among drug users than among the General population in all regions. Correlation between drugs and syphilis exists, but a direct causal relationship between drug use and syphilis statistically not always confirmed.

There is a high incidence of syphilis among patients with substance abuse problems. For the prevention of syphilis there is strong need to improve diagnosis, treatment of drug addicts, to develop social and recreational programs.

Keywords: drugs, syphilis, *Treponema pallidum*, HIV.

Об авторах:

Мавров Геннадий Иванович – доктор мед. наук, профессор, зав. отдел. ИППП/ВИЧ ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», зав. каф. дерматовенерологии и ВИЧ/СПИД Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины.

Миронюк Виктория Игоревна -- соискатель ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины».

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

И.Н. Никитенко

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме. В статье описаны современные взгляды на проблему бактериального вагиноза. Обработка различных литературных данных указывает, что бактериальный вагиноз является достаточно распространенным заболеванием экосистемы влагалища, требующим своевременной диагностики, комплексной и адекватной терапии, а также проведения профилактических мер.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, диагностика, лечение, микробиоценоз.

Бактериальный вагиноз (БВ) является серьезной медико-социальной проблемой. В настоящее время ему отводится роль ведущей причины вагинальных выделений, а также серьезного фактора риска развития воспалительных заболеваний органов малого таза, преждевременных родов а также септических осложнений у матери и ребенка и ребенка в послеродовом периоде [17].

По современным представлениям бактериальный вагиноз (Bacterial vaginosis) – это инфекционно-воспалительные заболевания половых органов, вызываемые различными возбудителями, передаваемыми половым путем, или неспецифической микрофлорой [2, 8].

Неуклонно повышается количество больных женщин. Окончательно не выяснены причины развития данной патологии а методы лечения далеки от совершенства. Бактериальный вагиноз самая распространенная инфекция нижнего отдела мочеполовой системы у женщин. В общей популяции данная патология встречается в 19,2-24% наблюдений, а среди пациенток, обратившихся к гинекологу - в 15-86,8 % [4, 9]. В Украине частота этой патологии зависит от контингента обследуемых женщин. Среди

студенток бактериальный вагиноз регистрируется до 19 %, среди пациенток кожно-венерологического диспансера – от 24 до 37 %, среди беременных – от 15 до 37 %, а среди женщин с патологическими выделениями из влагалища – от 61 до 87 %. У женщин с вагинальными выделениями и резистентностью к терапии БВ выявляется у 95 % случаев [7].

В настоящее время международная классификация болезней X пересмотра International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2006 не выделяет бактериальный вагиноз в самостоятельное заболевание, по всей видимости, в связи с тем, что окончательно не установлена роль и место этого состояния в структуре инфекционных заболеваний нижнего отдела гениталий. То есть БВ, в соответствии с представлениями сегодняшнего дня, - не отдельная нозологическая форма, занимающая определенное место в МКБ - 10, а клинический синдром, сопровождающий самые различные состояния и заболевания. Поэтому статистически его относят к невоспалительным заболеваниям влагалища. БВ классифицируется под шифром N89.0 другие невоспалительные заболевания влагалища.

Бактериальный вагиноз – это инфекционный невоспалительный мультифакторный синдром, который связан с нарушением микробиоценоза влагалища. Это наиболее популярная теория, которая поддерживается многими врачами [2, 12,27, 41]. При данном заболевании происходит замещение нормальной микрофлоры влагалища факультативными и облигатными анаэробными бактериями. Увеличение концентрации аэробных и анаэробных микроорганизмов происходит на несколько порядков. Также

увеличивается количество перексидпродуцирующих анаэробных лактобактерий [11]. Влагалищные выделения включают смешанную флору, состоящую из пептококков, пептострептококков, бактериоидов, мобилонкуса, микоплазм, гарднерелл и небольшого количества вагинального эпителия. Разрастание смешанной флоры связано с потерей «нормальных» лактобактерий, которые преобладают в вагинальной экосистеме [12, 28]. В настоящее время выделяют 2 группы маркеров бактериального вагиноза (таблица 1).

Таблица 1

Маркеры бактериального вагиноза

Маркеры	Определение
Низкоспецифичные: <i>Gardnerella vaginalis</i> <i>Mobiluncus sp.</i> <i>Leptotrichia sp.</i> <i>Megasphaera sp.</i>	Определяются у здоровых женщин и у больных бактериальным вагинозом Методы диагностики: микроскопия, ПЦР, культура
Высокоспецифичные: <i>Atopobium vaginae</i> Вагиноз-ассоциированные бактерии: <i>Clostridium phylum?</i> <i>Mucinase</i> <i>Sialidase</i>	Определяются только у женщин с бактериальным вагинозом Методы диагностики: ПЦР, ИФА

Микроэкология влагалища является сложной, многокомпонентной и гормонально-зависимой экосистемой. В основе нормального состояния влагалища лежат три основных фактора:

- количество гликогена в эпителии влагалища;
- количество и состав нормальной микрофлоры;
- количество и состав транзитной условно-патогенной микрофлоры;
- рН вагинального содержимого;
- состоянием местного иммунитета.

Нормальная микрофлора женского влагалища, состоит в основном из кислотофильных лактобактерий (*Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus jensenii*, *Lactobacillus iners*), большинство из которых представлено

перекись-образующими лактобациллами, небольшую часть микрофлоры составляют бифидумбактерии (до 10 %) и пептострептококки (*Peptostreptococcus spp.*) (до 5 %). Такая смесь микроорганизмов носит название микрофлора Додерлейна.

Взаимодействие между лактобактериями и организмом женщины моделируется половыми гормонами. Эстрогены стимулируют синтез гликогена в клетках влагалища. Прогестерон - вызывает сдувание и разрушение эпителиальных клеток влагалища с последующим высвобождением из них гликогена, который распадается на мальтозу и декстрозу, которые служат пищей для обитающих во влагалище лактобацилл и бифидумбактериям. В результате взаимодействия лактобацилл и гликогена образу-

ется молочная кислота, которая создает во влагалище определенную кислотность (рН 3.5-4.5). Кислая среда влагалища способствует созданию неблагоприятной среды для размножения патогенной и условно-патогенной микрофлоры [43].

Лактобациллы помимо образования молочной кислоты выполняют еще несколько важных функций по защите влагалища. Они участвуют в образовании перекиси водорода, лизоцима и ряда ферментов, обладающих противомикробными свойствами. Лактобациллы способствуют активизации макрофагов, стимуляции выработки интерферона и секреторных иммуноглобулинов класса А - стимуляция местной иммунной защиты [21].

Эндогенные штаммы обладают высокой адгезивной способностью. Прикрепляясь к эпителиальным клеткам влагалища они создают биопленку, которая препятствует адгезии других микроорганизмов. Доказано, что лактобактерии преобладают и в дистальных отделах уретры, создавая естественный барьер для восходящего инфицирования патогенными микроорганизмами [39].

Женщины с бактериальным вагинозом более подвержены инфицированию как патогенными, так и условно-патогенными микроорганизмами. Это прежде всего: дрожжеподобные грибы (*Candida*), представители патогенной, условно-патогенной микрофлоры. Микроорганизмами обитающими на коже человека (занос происходит контактным путем) - стрептококки, стафилококки, пропионбактерии. Многие авторы констатируют высокую частоту обнаружения микоплазм, уреоплазм, трихомонад и хламидий на фоне БВ [19, 30, 32]. В частности, по данным Ломоносова К.М. [14] у 85 % пациенток основные заболевания, вызванные хламидиями, гонококками и трихомонадами в различных сочетаниях, ассоциировались с БВ. Длительная антибактериальная терапия усугубляла выше указанный дисбиотический процесс. Частота обнаружения *U. urealyticum* при БВ достигает 46 % и выше, в то время как укли-

нически здоровых женщин — от 4 до 45,8 %. У 40 % женщин с наличием *M. hominis* выявлялся БВ, у женщин без *M. hominis* — только у 9,3 % [10]. Однако единое мнение об участии генитальных микоплазм и других возбудителей сексуально-трансмиссивных заболеваний в развитии БВ отсутствует. Кишечными бактериями (энтерококки, кишечная палочка) при контактном инфицировании - из-за анатомической близости влагалища и ануса или при чередующихся вагинальных и анальных контактах [31]. Актиномицетами (*Actinomyces israelii*) - наиболее часто встречается у женщин, использующих внутриматочную спираль. Увеличивается риск инфицирования ВИЧ и папилломавирусами [42, 33]. Все перечисленные микроорганизмы в большинстве случаев вызывают воспалительный процесс в различных отделах половой системы женщины [15].

Часть микробов попадая во влагалище здоровой женщины уничтожаются сразу, либо временно находятся во влагалище, а затем уничтожаются кислой средой и различными механизмами защиты, либо остаются во влагалище на неопределенное время. Такая микрофлора получила название транзиторной (временной). В норме у здоровой женщины высокоточными методами исследования (ПЦР и культуральным посевом) можно определить : *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides species* (включая *Bacteroides melaninogenicus*, *Bacteroides vulgarius*), *Fusobacterium species* (включая *Fusobacterium nucleatum*), *Mobiluncus species* (*M. mulieris*), *Prevotella sp.*, *Leptotrichia species*, *Veillonella species*, *Peptococcus species* (включая *Peptococcus anaerobius*, *Peptococcus prevotii*, *Peptococcus variabilis*), *Peptostreptococcus species*, *Mycoplasma hominis*, *Atopobium vaginae*, *Porphyromonas spp* [37, 24].

Существует несколько теорий и версий почему происходит угнетение нормальной микрофлоры. Факторы, ведущие к изменению экосистемы влагалища условно можно разделить на эндогенные и экзогенные.

Эндогенными факторами считают - нарушение синтеза гликогена. Снижение или повышение уровня эстрогенов влияет на количество гликогена в эпителии. При снижении уровня эстрогенов, а это бывает при эндокринной патологии, воспалительных заболеваниях яичников, при нервных стрессах количество гликогена в эпителии влагалища снижается, вследствие чего снижается и количество лактобацилл. При повышении уровня эстрогенов (также эндокринные заболевания, прием гормональных контрацептивов, беременность) количества гликогена в клетках превышает норму, создаются оптимальные условия для усиленного размножения транзитной микрофлоры [43].

Резкое снижение количества нормальной лактофлоры происходит также при попадании в организм патогенных микроорганизмов. Попадая в организм женщины хламидии, гонококки, вагинальная трихомонада, уреоплазма, микоплазма уничтожают лактофлору влагалища путём выработки различных экзотоксинов. В результате происходит резкое увеличение роста и концентрации транзитной микрофлоры (до 1000 раз) со сдвигом влагалищного pH в щелочную сторону, которая в процессе своей деятельности выделяет вещества, которые еще более увеличивают сдвиг среды влагалища в щелочную сторону. Это приводит к стимуляции продукции ИЛ-12 и реализует Th-1- зависимый ответ [22].

К экзогенным факторам можно отнести применение антибактериальных препаратов, что приводит к уничтожению лактобацилл. Прием антибиотиков по поводу различных заболеваний, местное применение антисептиков для профилактики венерических болезней - мирамистина, хлоргексидина, цидипола, применение местных противозачаточных препаратов, содержащих 9-нонксинол, частое спринцевание и использование интим-душа, что ведет к снижению количества нормальных лактобацилл [3].

Как результат таких взаимодействий развивается бактериальный вагиноз или

аэробный вагинит. В одном случае в присутствии анаэробов (*Gardnerella vaginalis*) происходит подавление активности лейкоцитов – развивается бактериальный вагиноз (воспаления нет). В другом случае происходит размножение аэробной микрофлоры. Эти микроорганизмы способствуют развитию воспалительного процесса во влагалище - бактериальный вагинит и проникают в вышележащие отделы половой системы, вызывая развитие воспалительных заболеваний малого таза.

Бактериальный вагиноз, по последним данным, является одной из причин раннего прерывания беременности, преждевременных родов, хориоамнионита, послеродового эндометрита [29], а также внутриутробного инфицирования и низкой массы тела плода [23], послеоперационных осложнений в гинекологии [34], воспалительных заболеваний малого таза [25].

Одним из микроорганизмов, который участвует в формировании бактериального вагиноза у женщин является *Gardnerella vaginalis*. При бактериальном вагинозе ее количество увеличивается в сотни и тысячи раз [36]. Многие клиничко-лабораторные симптомы при бактериальном вагинозе связаны с наличием гарднереллы во влагалище. Неприятный специфический запах «тухлой рыбы» связан с продукцией вагинальной гарднереллой протеолитических ферментов, которые взаимодействуя с вагинальными белками и белками спермы, высвобождают полиамины, которые, в свою очередь, распадаются и создают этот специфический симптом. С распадом протеолитических ферментов, под воздействием щелочи, также связан положительный тест с 10 % КОН [1]. С высокой адгезивной способностью вагинальных гарднерелл, связаны ключевые клетки в результате чего отмечается их «налипание» на влагалищный эпителий. Никакого отношения к ключам название симптома не имеет. В англоязычной литературе «clue» - ключ - обозначает важный специфический симптом (вроде русского выражения ключ к разгадке).

Типичным и часто единственным симптомом бактериального вагиноза являются обильные выделения из влагалища белого или серого цвета со специфическим неприятным запахом (тухлой рыбы), особенно после полового акта или перед, во время, после менструации. Реже отмечается жжение и зуд в области вульвы и влагалища. Иногда отмечается болезненность во время полового акта (диспареуния) [16]. Однако, более чем в 50 % случаев, у женщин не отмечается столь специфический симптом, как выделения с неприятным запахом, а лабораторные исследования выявляют бактериальный вагиноз. Такое состояние в современной медицине получило название бессимптомный бактериальный вагиноз. Несмотря на то, что женщину ничего не беспокоит, наличие бактериального вагиноза у нее дает такие же осложнения. Поэтому во многих странах разрабатываются программы, рекомендуемые скрининг на бактериальный вагиноз молодых женщин и женщин с повышенным риском.

При определенных условиях мужчины - половые партнеры женщин больных бактериальным вагинозом могут инфицироваться от них транзитной микрофлорой с развитием у них заболеваний. В отличие от женщин для мужчин характерно временное носительство гарднерелл (от нескольких часов до недель) при этом они являются источниками для половых партнеров. Мужская уретра, в отличие от здорового женского влагалища, имеет более щелочную среду, что является благоприятным фактором для размножения транзитной влагалищной микрофлоры. Однако не все мужчины подвержены заражению. Среди инфицированных можно четко выделить три основные группы:

- Мужчины перенесшие в прошлом ИППП
- Больные хроническим простатитом
- Лица, злоупотребляющие применением местных антисептиков для профилактики венерических болезней (мирамистин, хлоргексидин).

При этих состояниях происходит снижение антибактериальной защиты (снижение содержания цинка в секрете простаты у больных хроническим простатитом), повреждением слизистой уретры, нарушением микроциркуляции крови, с изменением состава нормальной микрофлоры уретры. Инфицирование уретры транзитной микрофлорой влагалища протекает по следующим вариантам: стойкое носительство (позитивность) наблюдается реже и чаще всего свидетельствует о неблагополучии в мочеполовых органах мужчины (хронический уретрит, хронический простатит). Среди заболеваний, ассоциированных с вагинальной гарднереллой у мужчин наиболее описаны гарднерелла-ассоциированный баланопостит, уретрит, простатит [38].

Британская ассоциация по борьбе с половыми инфекциями официально считает, что *Gardnerella vaginalis* является одним из инфекционных этиологических факторов в развитии гарднерелла-ассоциированного баланопостита. Данное состояние характеризуется резким неприятным запахом, скользким и липким налетом в области венечной борозды головки полового члена и невыраженной эритемой головки полового члена и крайней плоти. В большинстве случаев имеет склонность к самоизлечению. Имеются наблюдения о возникновении гарднерелла - ассоциированного баланопостита у мальчиков. Есть данные о роли вагинальной гарднереллы в развитии анаэробного баланопостита у мужчин [20, 40].

Гарднерелла-ассоциированный уретрит редко встречающееся заболевание, часто протекает совместно с баланопоститом. Возникает у мужчин с нарушением защитным факторов мочеполовой системы. Характеризуется скудными слизистыми выделениями и дискомфортом в области наружного отверстия уретры. Австралийские ученые Iser P, Read TH (2005) считают причиной 14 % негонококковых уретритов *Gardnerella vaginalis* [26].

Диагноз бактериального вагиноза ставится при определении клинико-лабораторных критериев Амсея либо при определении баллов Нугента, либо при обнаружении так называемых высокоспецифичных маркеров бактериального вагиноза. Обнаружение только *G.vaginalis* и (или) *Mobiluncus sp.* методом ПЦР не дает оснований для под-

тверждения диагноза бактериального вагиноза. В мировой медицинской практике пользуются клинико-лабораторными критериями, предложенными Amsel R. (1983 г.) [18]. Диагноз бактериального вагиноза считается подтвержденным при наличии трех или четырех признаков из предложенных критериев, указанных в таблице 2.

Таблица 2

Клинико-лабораторные критерии Амсея

Критерии	№	Определение	Признак БВ
Клинический	I	Осмотр влагалища зеркалом, кольпоскопия	Обильные гомогенные, бело-серые с неприятным запахом выделения
Клинико-лабораторный	II	Определение pH влагалища индикаторной полоской	pH >4,5
	III	Тест КОН (whiff test) -добавление к выделениям из влагалища в пробирке 10 % КОН	Появление специфического запаха
Лабораторный	IV	Микроскопия мазка из выделений из влагалища как нативного препарата или окрашенного пр Граму	Обнаружение "ключевых клеток"

Невысокая чувствительность критериев Амсея и наличие бессимптомных форм бактериального вагиноза заставило искать другие методы и критерии подтверждения диагноза. В конце 80-х годов Spiegel предложил использовать балльную систему для диагностики бактериального вагиноза с учетом соотношения морфотипов лактобацилл и вагинальной гарднереллы при микроскопии окрашенного по Граму мазка из влагалища. Однако система не прижилась и только в 1991 году Nugent RP и соавторы предложили свои лабораторные критерии диагностики бактериального вагиноза (Nugent's Diagnostic Criteria for Bacterial Vaginosis), которыми до сих пор широко пользуются в мировой медицине [35]. В основе лежит

система баллов (очков) от 0 до 7 и их комбинация для диагностики и оценки степени бактериального вагиноза по оценке трех бактериальных морфотипов влагалища: А - Лактобациллы - большие грам-позитивные палочки (*Lactobacillus acidophilus*:large gram-positive rods); В - Вагинальная гарднерелла и бактероиды - мелкие грамвариабельные и грамотрицательные кокки (*Gardnerella vaginalis* and *Bacteroides* species: small gram-variable or gram-negative rods); С - Мобилункус - изогнутые грамвариабельные палочки (*Mobiluncus* species:curved gram-variable rods). Мазок из влагалища окрашивают по Граму и считают отдельно количество выявленных морфотипов под иммерсионной системой микроскопа.

Для полноценного и эффективного лечения необходимо определить состав микрофлоры, вызвавшей бактериальный вагиноз. Поэтому целесообразно назначать ПЦР для определения следующих микроорганизмов, участвующих в формировании вагиноза:

- *Mobiluncus spp.* - резистентен к метронидазолу и не всегда выявляется при бактериоскопии

- *Mycoplasma hominis* - резистентна к метронидазолу, к некоторым азалидам и макролидам

- *Mycoplasma fermentans* - резистентна к метронидазолу и кларитромицину

- *Mycoplasma genitalium* - резистентна к метронидазолу и слабочувствительна к клиндамицину

- *Atopobium vaginae* - резистентен к метронидазолу

- *Leptotrichia species* - резистентна к метронидазолу и клиндамицину

Очень часто бактериальный вагиноз сочетается с трихомонадной, хламидийной, уреоплазменной и гонококковой инфекцией - поэтому наличие его является показанием к назначению ПЦР на эти инфекции.

Лечение БВ необходимо проводить комплексно и поэтапно. На первом этапе на фоне снижения рН влагалища, проводится коррекция местного и общего иммунитета, а также нормализация эндокринного статуса пациенток. Назначают общую этиотропную терапию антибактериальными препаратами [7]. В настоящее время препаратами выбора для этиотропной терапии БВ являются метронидазол и клиндамицин, обладающие антианаэробным спектром действия.

Однако применение только антибактериальных препаратов не решает проблему лечения БВ, что связано с отрицательным воздействием антибиотиков на представителей нормальной микрофлоры влагалища. В связи с этим, в различные сроки после лечения возникают рецидивы заболевания, частота которых колеблется от 40 до 70 % [13].

С целью восстановления влагалищной микрофлоры необходимо использовать эубиотики. Терапевтический эффект этих препа-

ратов связан со снижением рН вагинальной среды, а также с антагонистической активностью в отношении условно-патогенной микрофлоры.

Особую сложность представляет лечение БВ при сочетании его с ИППП, требующими проведения антибактериальной терапии, еще более усиливающей процессы дисбиоза влагалища. Во время лечения и периода контрольного наблюдения рекомендуется использовать барьерные методы контрацепции. Терапия субъективно бессимптомного БВ не проводится, за исключением: беременности, если в анамнезе преждевременные роды. Лечение целесообразно проводить до введения ВМК, перед инвазивными гинекологическими лечебно-диагностическими манипуляциями, перед аборт, в том числе медикаментозным. Половые партнеры женщин с БВ должны быть обследованы и получить лечение [7]. Беременные женщины должны быть обследованы и, при необходимости, пролечены. Терапия проводится на сроке 12-16 недель при высоком риске осложнения беременности. Лечение БВ у женщин с преждевременными родами в анамнезе может способствовать снижению риска преждевременного излития околоплодных вод и рождения маловесного ребенка.

Эффективность лечения БВ оценивается на основании наличия клинических симптомов и нормализации лабораторных показателей. Однако, не разработана оптимальная терапия БВ, о чем свидетельствует высокая частота рецидивов этого клинического синдрома (40-70 %), возникающих в различные сроки после лечения [5, 6]. В связи с этим, важное значение приобретают поиск и оценка факторов, провоцирующих клинкомикробиологический рецидив БВ, а также устранение этих факторов.

Таким образом, бактериальный вагиноз является достаточно распространенным заболеванием, проявляющимся нарушением экосистемы влагалища, требующим своевременной диагностики, комплексной и адекватной терапии, а также проведения профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем / В.П. Адашкевич. – М.: Медицинская книга, 2006. – 425 с.
2. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение): автореф. дис. . д-ра мед. наук / Т.Э. Акопян.-М., 1996. – 17 с.
3. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика и лечение / А.С. Анкирская, В.Н. Прилепская, Г.Р. Байрамова и др. // РМЖ. – 1998. – Т. 6. – № 5. – С. 276-282.
4. Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз / Г.Р. Байрамова // Практическая гинекология: сб. науч. ст. – М., 2001. – С. 189-200.
5. Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз / Г.Р. Байрамова // Поликлиническая гинекология / под ред. В.Н. Прилепской. – М., 2004. – С.126-134.
6. Захарова Т.В. Современные подходы к лечению бактериального вагиноза / Т.В. Захарова, В.Г. Волков, Т.В. Лисицына // Акушерство и гинекология – 2005. – № 1. – С. 40-42.
7. Каминский В.В. Современный взгляд на проблему лечения бактериального вагиноза / В.В. Каминский, Т.А. Одинокоз, В.В. Суменко // Мистецтво лікування. – 2007. – №7. – С. 28-29.
8. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз / Е.Ф. Кира. – Санкт-Петербург, 2001. – 364с.
9. Кира Е.Ф. Клинические проявления инфекционных заболеваний влагалища / Е.Ф. Кира // Журнал акушерства и гинекологии – 1999. – №4. – С. 50-53.
10. Кисина В.И. Бактериальный вагиноз: современное состояние проблемы / В.И. Кисина, Н.А. Полищук, Е.Ю. Канищева // Вестник дерматологии и венерологии – 2003. – № 4. – С. 16–22.
11. Кисина В.И. Дифференциальные подходы к ведению пациенток с различными видами течения бактериального вагиноза / В.И. Кисина, Н.А. Полищук, В.М. Говорун // Вестник дерматолога – 2002. – №5. – С. 15-20.
12. Коршунов В.М. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при ваги-

REFERENCES

1. Adaskevich V.P. Infection, sexually transmitted diseases. – М.: Medical Book, 2006 – 425 p.
2. Akopyan T.E. Bacterial vaginosis and vaginal candidiasis in pregnant women (diagnosis and treatment): Author. dis... Dr. med. Science – М., 1996. –17 p.
3. Ancyrskaya A.S., Prilepskaya V.N., Bayramova G.R. et al. Bacterial vaginosis: clinical features, diagnosis and treatment // RMZH. – 1998. – V. 6, N 5. – P. 276-282.
4. Bayramova G.R. Bacterial vaginosis // Practical Gynecology: Sb. scientific. st. – М., 2001. – P. 189-200.
5. Bayramova G.R. Bacterial vaginosis: Outpatient Gynecology / red. V.N. Prilepskoy. – М. 2004. – P.126-134.
6. Zaharova T.V., Volkov V.G., Lisitsyna T.V. Current approaches to the treatment of bacterial vaginosis // Obstetrics and Gynecology – 2005. – N 1. – P. 40-42.
7. Kaminskiy V.V., Odinokoz T.A., Sumenko V.V. Modern approach to the problem of treatment of bacterial vaginosis // Mistetstvo likuvannya. – 2007. –N7 – P. 28-29.
8. Kira E.F. Bacterial vaginosis – Sankt. Peteburg, 2001. – 364 p.
9. Kira E.F. Clinical manifestations of infectious diseases of the vagina // Journal of Obstetrics and Gynecology – 1999. – N4. – P. 50-53.
10. Kissina V.I., Polishchuk N.A., Kanishcheva E.V. Bacterial vaginosis: state of the art // Journal of Dermatology and Venereology – 2003. – N 4. – P. 16-22.
11. Kissina V.I., Polishchuk N.A., Govorun V.M. Differential approaches to the management of patients with various types of flow of bacterial vaginosis // Journal of Dermatology – 2002. – N5. – P. 15-20.
12. Korshunov V.M., Volodin N.N., Efimov B.A. et al. Microecology vagina. Correction of vaginal microflora dysbacterioses // Textbook. – М. VUNMTS MoH, 1999. – 80p.
13. Kulakov V.I., Bayramova G.R. Bacterial vaginosis // Venereologist – 2004. – N 3. – P.12-16.

нальных дисбактериозах / В.М. Коршунов, Н.Н. Володин, Б.А. Ефимов и др. // Учебное пособие.– М., ВУНМИЦ МЗ РФ, 1999.– 80с.

13. Кулаков В.И. Бактериальный вагиноз / В.И. Кулаков, Г.Р. Байрамова // Венеролог – 2004. – № 3. – С.12-16.

14. Ломоносов К.М. Проблема бактериального вагиноза в практике дерматовенеролога / К.М. Ломоносов // Российский Журнал кожных и венерических болезней. – 2004. – № 1. – С. 58–60.

15. Назарова Е.К. Микробиоценоз влагалища и его нарушения / Е.К. Назарова, Е.И. Гиммельфарб, Л.Г. Созаева // Клинико-лабораторная диагностика (Москва). – 2003. – №2. – С. 25-32.

16. Прилепская В.Н. Современные представления о бактериальном вагинозе / В.Н. Прилепская, Г.Р. Байрамова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1996. – №3. – С. 40–42.

17. Роговская С.Н. Бактериальный вагиноз и папилломавирусная инфекция / С.Н. Роговская, В.Н. Прилепская // Гинекология. – 2002. – №3. – С. 126-130.

18. Amsel R. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations / R. Amsel, P.A. Totten, C.A. Spiegel et al. // The Am. J. of Medic. – 1983. – Vol. 74, N 1 – P. 14-22.

19. Arroyo R. Two *Trichomonas vaginalis* surface proteinases bind to host epithelial cells and are related to levels of cytoadherence and cytotoxicity / R. Arroyo, J.F. Alderete // Arch. Med. Res. –1995. – Vol. 26, N 3. – P. 279–285.

20. Burdge D.R. Gardnerella vaginalis-associated balanoposthitis / D.R. Burdge, W.R. Bowie, A.W. Chow // Sex Transm Dis –1986 – Jul-Sep;13(3). – P.159 - 162.

21. Cribby S. Vaginal Microbiota and the Use of Probiotics / S. Cribby, M. Taylor, G. Reid // Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases. – 2008. – Vol. 256. – P. 490.

22. Giraldo P.S. Circulating heat shock proteins in women with a history of recurrent vulvovaginitis / P.S. Giraldo, A.D. Ribeiro-Filho,

14. Lomonosov K.M. The problem of bacterial vaginosis in practice dermatologist // Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. – 2004. – N1. – P. 58-60.

15. Nazarova E.K., Gimmelfarb E.I., Sozaveva L.G. Microbiocenosis vagina and its disorders // Clinical and laboratory diagnosis (Moscow). – 2003. – N2. – P. 25-32.

16. Prilepskaya V.N., Bayramova G.R. Modern ideas about bacterial vaginosis // Bulletin of the Russian Association of Obstetricians and Gynecologists. – 1996. – N3. – P. 40-42.

17. Rogovskaya S.N., Prilepskaya V.N. Bacterial vaginosis and human papillomavirus infection // Gynecology. – 2002. – N3. – P. 126-130.

18. Amsel R., Totten P.A., Spiegel C.A. et al. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations // The Am. J. of Medic. – 1983. – Vol. 74. N 1 – P. 14-22.

19. Arroyo R., Alderete J.F. Two *Trichomonas vaginalis* surface proteinases bind to host epithelial cells and are related to levels of cytoadherence and cytotoxicity // Arch. Med. Res. – 1995. – Vol. 26, N 3. – P. 279–285.

20. Burdge D.R., Bowie W.R., Chow A.W. Gardnerella vaginalis-associated balanoposthitis // Sex Transm Dis –1986 Jul-Sep;13(3). – P.159 - 162.

21. Cribby S., Taylor M., Reid G. Vaginal Microbiota and the Use of Probiotics // Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases. – 2008. – Vol. 256. – P. 490.

22. Giraldo P.S., A.D. Ribeiro-Filho A.D., Simoes J.A. et al. Circulating heat shock proteins in women with a history of recurrent vulvovaginitis // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 7. – P. 128-132.

23. Goffinet F., Maillard F., Mihoubi N. et al. Bacterial vaginosis: prevalence and predictive value for premature delivery and neonatal infection in women with preterm labour and intact membranes // Eur. J. Obs. Gynecol. Repro Biol. – 2003. – Vol. 108. – P. 146 - 151.

24. Hillier S.L., Critchlow C.W., Stevens C.E., Roberts M.C., Wolner-Hanssen P., Eschenbach D.A., Holmes K.K. Microbiological,

J.A. Simoes et al. // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.* – 1999. – Vol. 7. – P. 128-132.

23. Goffinet F. Bacterial vaginosis: prevalence and predictive value for premature delivery and neonatal infection in women with preterm labour and intact membranes / F. Goffinet, F. Maillard, N. Mihoubi et al. // *Eur. J. Obs. Gynecol. Repro Biol.* – 2003. – Vol. 108. – P. 146 - 151.

24. Hillier S.L. Microbiological, epidemiological and clinical correlates of vaginal colonisation by *Mobiluncus* species / S.L. Hillier, C.W. Critchlow, C.E. Stevens, M.C. Roberts, P. Wolner-Hanssen, D.A. Eschenbach, K.K. Holmes // *Genitourin Med.* – 1991 February; 67(1). – P. 26–31.

25. Hillier S.L. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group / S.L. Hillier, R.P. Nugent, D.A. Eschenbach et al. // *N. Engl. J. Med.* – 1995. – Vol. 333. – P. 737-1742.

26. Iser P. Symptoms of non-gonococcal urethritis in heterosexual men: a case control study / P. Iser, T.H. Read, S. Tabrizi, C. Bradshaw, D. Lee, L. Horvarth, S. Garland, I. Denham, C.K. Fairley // *Sex Transm Infect.* – 2005. – Apr;81(2) . – P.163-165.

27. Khosravi A.R. Zataria multiflora cream for the treatment of acute vaginal candidiasis / A.R. Khosravi, A.R. Eslami, H. Shokri, M. Kashanian // *Int J Gynaecol Obstet.* – 2008. – N 7(5). – P. 75–80.

28. Malazy O.T. Vulvovaginal candidiasis and its related factors in diabetic women / O.T. Malazy, M. Shariat, R. Heshmat, F. Majlesi et al. // *Taiwan J Obstet Gynecol.* – 2007. – N 46(4). – P. 399–404.

29. Mania-Pramanik J. Bacterial vaginosis: a cause of infertility? / J. Mania-Pramanik, S.C. Kerkar, V.S. Salvi // *Int. J. STD AIDS.* – 2009. – N 20 (11). – P. 778-781.

30. Mardh P.A. Vaginal flora changes associated with *Mycoplasma hominis* / P.A. Mardh, S. Elshibly, I. Rallings et al. // *J. Obstet. Gynecol.* –1997. – P. 173–178.

31. Marrazzo J.M. et al. Extravaginal reservoirs of vaginal bacterial as risk factors for

epidemiological and clinical correlates of vaginal colonisation by *Mobiluncus* species // *Genitourin Med.* – 1991 February; 67(1). – P. 26–31.

25. Hillier S.L. Nugent R.P., Eschenbach D.A. et al. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group // *N. Engl. J. Med.* – 1995. – Vol. 333. – P. 737-1742.

26. Iser P., Read T.N., Tabrizi S., Bradshaw C., Lee D., Horvarth L., Garland S., Denham I., Fairle C.K. Symptoms of non-gonococcal urethritis in heterosexual men: a case control study // *Sex Transm Infect.* – 2005 Apr;81(2) . – P.163-165.

27. Khosravi A.R., Eslami A.R., Shokri H., Kashanian M. Zataria multiflora cream for the treatment of acute vaginal candidiasis // *Int J Gynaecol Obstet.* – 2008. – N 7(5). – P. 75–80.

28. Malazy O.T., Shariat M., Heshmat R., Majlesi F. et al. Vulvovaginal candidiasis and its related factors in diabetic women // *Taiwan J Obstet Gynecol.* – 2007. – N 46(4). – P. 399–404.

29. Mania-Pramanik J., Kerkar S.C., Salvi V.S. Bacterial vaginosis: a cause of infertility? // *Int. J. STD AIDS.* – 2009. – N 20 (11). – P. 778-781.

30. Mardh P.A., Elshibly S., Rallings I. et al. Vaginal flora changes associated with *Mycoplasma hominis* // *J. Obstet. Gynecol.* –1997. – P. 173 - 178.

31. Marrazzo J.M., Fidler T.L., Srinivasan S. et al. Extravaginal reservoirs of vaginal bacterial as risk factors for incident bacterial vaginosis // *J. Inf. Dis.* – 2012. – Vol. 15, N 205 (10). – P. 1580-1588.

32. Martius J., Krohn M.A., Hillier S.L. et al. Relationships of vaginal *Lactobacillus* species, cervical *Chlamydia trachomatis* and bacterial vaginosis to preterm birth // *Obstet. Gynecol.* –1988. – Vol. 71. – P. 89–95.

33. Mbizvo E.M., Msuya S.E., Stray-Pedersen B. et al. HIV seroprevalence and its associations with the other reproductive tract infections in asymptomatic women in Harare, Zimbabwe // *Int. J. STD AIDS.* – 2001. – N 12. – P. 524-531.

incident bacterial vaginosis / J.M. Marrazzo, T.L. Fidler, S. Srinivasan et al. // *J. Inf. Dis* – 2012. – Vol. 15, N 205 (10). – P. 1580-1588.

32. Martius J. Relationships of vaginal *Lactobacillus* species, cervical *Chlamydia trachomatis* and bacterial vaginosis to preterm birth / J. Martius, M.A. Krohn, S.L. Hillier et al. // *Obstet. Gynecol.* – 1988. – Vol. 71. – P. 89–95.

33. Mbizvo E.M. HIV seroprevalence and its associations with the other reproductive tract infections in asymptomatic women in Harare, Zimbabwe / E.M. Mbizvo, S.E. Msuya, B. Stray-Pedersen et al. // *Int. J. STD AIDS.* – 2001. – N 12. – P. 524-531.

34. McGregor J.A. Premature rupture of membranes and bacterial vaginosis / J.A. McGregor, J.I. French, K. Seo // *Am. J. Obs. Gynecol.* – 1993. – Vol. 169. – P. 463 - 466.

35. Nugent R.P. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation / R.P. Nugent, M.A. Krohn, S.L. Hillier // *J. Clin. Microbiol.* – 1991. – N 29 (2). – P. 297 - 301.

36. Patterson J.L. Analysis of adherence, biofilm formation and cytotoxicity suggests a greater virulence potential of *Gardnerella vaginalis* relative to other bacterial vaginosis-associated anaerobes / J.L. Patterson, A. Stull-Lane, P.H. Girerd, K. Jefferson Kimberly // *Microbiology.* – 2010. – Vol. 156. – P. 392-399.

37. Smith H.J. Isolation of *Mobiluncus* species from clinical specimens by using cold enrichment and selective media / H.J. Smith, H.B. Moore // *J. Clin Microbiol.* – 1988. – June. – N 26(6). – P. 1134 –1137.

38. Smith S.M. Involvement of *Gardnerella vaginalis* in urinary tract infections in men / S.M. Smith, T. Ogbara, R.H. Eng // *J. Clin. Microbiol.* – 1992 – N 30(6). – P. 1575–1577.

39. Srinivasan S. The Human Vaginal Bacterial Biota and Bacterial Vaginosis / S. Srinivasan, D.N. Fredricks // *Interdiscip Perspect Infect Dis.* – 2008. – Vol.75. – P. 479.

40. Tavakoli-Tabasi S. Anaerobic Balanoposthitis: Two Cases and Review of the Literature / S. Tavakoli-Tabasi, R.J. Hamill,

34. McGregor J.A., French J.I., Seo K. Premature rupture of membranes and bacterial vaginosis // *Am. J. Obs. Gynecol.* – 1993. – Vol. 169. – P. 463 - 466.

35. Nugent R.P., Krohn M.A., Hillier S.L. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation // *J. Clin. Microbiol.* – 1991. – N 29 (2). – P. 297–301.

36. Patterson J.L., Stull-Lane A., Girerd P.H., Jefferson Kimberly K. Analysis of adherence, biofilm formation and cytotoxicity suggests a greater virulence potential of *Gardnerella vaginalis* relative to other bacterial vaginosis-associated anaerobes // *Microbiology.* – 2010. – Vol. 156. – P. 392-399.

37. Smith H.J., Moore H.B. Isolation of *Mobiluncus* species from clinical specimens by using cold enrichment and selective media // *J. Clin Microbiol.* – 1988 . – N 26(6). – P. 1134–1137.

38. Smith S.M., Ogbara T, Eng R.H. Involvement of *Gardnerella vaginalis* in urinary tract infections in men // *J. Clin. Microbiol.* – 1992 – N 30(6). – P. 1575 - 1577.

39. Srinivasan S., Fredricks D.N. The Human Vaginal Bacterial Biota and Bacterial Vaginosis // *Interdiscip Perspect Infect Dis.* – 2008. – Vol.75. – P.479.

40. Tavakoli-Tabasi S., Hamill R.J., Greenberg S.B. Anaerobic Balanoposthitis: Two Cases and Review of the Literature // *Anaerobe.* – 2000, – Vol. 6. N1. – P. 11-14.

41. Thomason J.L., Gelbard S.M., Scaglione N.J. Bacterial vaginosis: current review with indications for asymptomatic therapy // *Amer J Obstet Gynecol.* – 2001. – N 165(4). – P. 1210–1217.

42. Tohill B.C., Heilig C.M., Klein R.S., Anne Rompalo Vaginal flora morphotypic and assessment of bacterial vaginosis in women at risk for HIV infection // *Inf. Dis. in Obst. and Gynecol.* – 2004. – N 12. – P. 121.

43. Turovskij Y., Sutyak N.K., Chikindas M.L. The etiology of bacterial vaginosis // *J. Appl. Microbiol.* – 2011. – Vol. 110 (5). – P. 1105-1128.

S.B. Greenberg // *Anaerobe.* – 2000. – Vol. 6. N1. – P. 11-14.

41. Thomason J.L. Bacterial vaginosis: current review with indications for asymptomatic therapy / J.L. Thomason, S.M. Gelbard, N.J. Scaglione // *Amer J Obstet Gynecol.* – 2001. – N 165(4). – P. 1210 - 1217.

42. Tohill B.C. Vaginal flora morphotypic and assessment of bacterial vaginosis in women at risk for HIV infection / B.C. Tohill, C.M. Heilig, R.S. Klein, Anne Rompalo // *Inf. Dis. in Obst. and Gynecol.* – 2004. – N 12. – P. 121.

43. Turovskij Y. The etiology of bacterial vaginosis / Y. Turovskij, N.K. Sutyak, M.L. Chikindas // *J. Appl. Microbiol.* – 2011. – Vol. 110 (5). – P. 1105-1128.

**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД
НА ПРОБЛЕМУ
БАКТЕРІАЛЬНОГО
ВАГІНОЗУ**

Нікітенко І.М.

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

Резюме. У статті описані сучасні погляди на проблему бактеріального вагінозу. Обробка різних літературних даних вказує, що бактеріальний вагіноз є досить поширеним захворюванням екосистеми піхви, що вимагає своєчасної діагностики, комплексної та адекватної терапії, а також проведення профілактичних заходів.

Ключові слова: бактеріальний вагіноз, діагностика, лікування, мікробіоценоз.

Об авторе:

Нікітенко Інна Николаевна – кандидат мед. наук, старший научный сотрудник отдела инфекций, передающихся половым путем ГУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». К.тел. – 050-605-1886

**MODERN LOOK
AT THE PROBLEM
BACTERIAL
VAGINOSIS**

Nikitenko I.N.

*SE “Institute of Dermatology and
Venereology of NAMS of Ukraine”*

Abstract. This article describes the modern approaches to the problem of bacterial vaginosis. The processing of various literature datas indicates that bacterial vaginosis is a common disease of the vaginal ecosystem that requires timely diagnosis, comprehensive and adequate therapy, as well as preventive measures.

Keywords: bacterial vaginosis, diagnosis, treatment, microbiocenosis.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЦР ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДНК ГРИБОВ В ОБРАЗЦАХ НОГТЕЙ У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ

Я.Ф. Кутасевич, А.П. Белозоров, А.С. Чеховская,
И.А. Олейник, Т.В. Частий

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме. В работе приводятся результаты применения полимеразной цепной реакции для диагностики онихомикозов. Показано, что этот метод обладает большей чувствительностью по сравнению с микроскопическим или культуральным исследованием и дает возможность идентифицировать видовую принадлежность возбудителей. Полученные результаты указывают на необходимость внедрения разработанного метода диагностики в клиническую практику.

Ключевые слова: ПЦР, молекулярно-генетические методы, культуральное исследование, онихомикоз, дерматофитии, амплификация, олигонуклеотидные праймеры.

ВСТУПЛЕНИЕ

Диагностика онихомикоза в настоящее время основывается, преимущественно, на микроскопических и культуральных методах исследования. В работе А.А. Кубанова и Н.В. Фриго (n=330) дерматофиты от больных из разных регионов России были выделены в 91,1 % случаев, *Candida spp.* - 15,4 %, а плесневые грибы - в 13,5%, при этом отмечалось значительное число смешанных инфекций/посевов. Доля *T. rubrum* в структуре дерматофитии ногтей составляла 70,5 %, *T. mentagrophytes var. interdigitale* - 15,25 % [2]. В работе польских исследователей частота выделения *T. rubrum* при онихомикозе составила 46 % [10]. В Турции для обследования 1146 больных онихомикозом использовали повторное культивирование с целью уточнения этиологии. Дерматофиты были выделены в 48 % случаев, *Candida spp.* - в 41 %, плесневые грибы в 9 % [12]. Культуральное исследование, произведенное нами на базе ГУ «Институт дерматологии и венерологии

НАМН Украины», среди 350 больных с клиническим диагнозом онихомикоза дало рост культур дерматофитов в 68,1 % случаев, при этом доля *T. rubrum* составляла 84,3 %, а *T. mentagrophytes* – 15,7 %. *Candida spp.* составила- 21,3 %, плесневые грибы в 10,6 %.

Необходимо отметить, что в значительной части случаев поражений ногтевых пластинок, сходных по клиническим проявлениям с онихомикозом, при использовании традиционных методов выявить грибы не удастся. Это свидетельствует о важности поиска новых, более эффективных и, вместе с тем, пригодных для повседневного использования методов лабораторного подтверждения диагноза, наряду с установлением этиологии инфекции, в качестве которых могут быть методы молекулярной диагностики, основанные на полимеразной цепной реакции. Это подтверждается опытом использования генодиагностики в венерологии и диагностикой ряда контагиозных инфекций человека, вызванных облигатно-патогенными возбудителями [5,9]. Вместе

с тем, в клинической микологии использование молекулярных методов диагностики все еще находится в фазе становления и развития. Имеются лишь отдельные данные литературы по этому вопросу [11,13]. Все это свидетельствует о необходимости изучения возможности применения современных молекулярных методов диагностики, для этиологической диагностики поражений ногтевых пластинок.

Целью данного исследования является изучение эффективности применения молекулярных методов диагностики, основанных на ПЦР, для подтверждения диагноза онихомикоза и идентификация наиболее часто встречающихся возбудителей, поражающих ногтевые пластинки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего в исследовании приняли участие 196 пациента в возрасте от 23 до 79 лет. Из них 166 пациентов, которые обращались по поводу поражения ногтевых пластин пальцев кистей и стоп и 30 пациентов, у которых ногтевые пластины без клинических изменений и с негативным результатом микроскопии, культурального исследования. Всем было выполнено микроскопическое и культуральное исследование ногтей. Микологическое исследование ногтевых пластин у пациентов проводили методом микроскопии неокрашенных препаратов с предшествующей обработкой (просветлением) исследуемого материала [1]. Молекулярно-генетическое исследование проводилось в лаборатории иммунологии, патоморфологии и молекулярной генетики ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины». Праймеры были синтезированы в НПФ «ЛИТЕХ» (Россия), использована смесь для ПЦР и Taq- полимеразы производства фирмы «Сибэнзим» (РФ).

С целью качественного выделения культуры и исключения ложноотрицательных результатов из образцов ногтей от больных онихомикозом, необходимо придерживаться общего принципа забора материала - брать

материал из тех частей ногтя, где наиболее вероятно существование активной (жизнеспособной и дающей рост в культуре) колонии грибов. Используя при этом наиболее доступный набор оборудования (скальпель, ножницы - кусачки, кюретка, лезвие). Методика сбора материала для ПЦР и регламентированных методов была стандартной. Конкретный участок ногтя, из которого брали материал, определялся типом поражения и клинической формой онихомикоза. Перед взятием материала удалялось загрязнение с поверхности ногтя путем распаривания в мыльно-содовой ванночке и обработкой ногтя тампоном, смоченным 70 % раствором медицинского спирта. Материал забирали скальпелем, или лезвием бритвы. Фрагменты ногтя (срезы) удаляли маникюрными ножницами или кусачками. При поверхностной форме онихомикоза скальпелем или лезвием бритвы выполняли соскобы с поверхности ногтевой пластинки в пораженной области. Соскабливали до появления слоев, не пораженных грибом. При дистально-латеральной подногтевой форме онихомикоза брали фрагменты ногтевой пластинки, а при наличии гиперкератоза роговые массы собирали путем соскоба острым концом скальпеля из-под ногтевой пластины, при этом первые порции соскоба также не употребляли для анализа, поскольку они в наибольшей степени подвержены бактериальной, грибковой и прочей контаминации. При проксимальной подногтевой форме материал собирали при удалении всей ногтевой пластинки, или ее проксимальной части с помощью скальпеля [4].

Выделение ДНК проводили из фрагментов ногтевых пластин фенольным методом [3].

Исследование проводили с пангрибковыми праймерами и праймерами, специфичными для *T. rubrum*. После отрицательного результата микроскопического исследования больным с клиническими проявлениями онихомикоза проводили пангрибковую ПЦР в качестве скринингового метода с целью обнаружения ампликонов патологического грибка. Если же пангрибковая полимеразная

реакция и микроскопическое исследование у больных оказывались положительными, нами проводилась полимеразная цепная реакция специфичная для *T. rubrum* с целью выявления наиболее часто встречающегося возбудителя онихомикозов из дерматофитов - *T. rubrum*.

В качестве пангрибковых праймеров использовали ITS4 5'-TCCTCCGCTTATGATATGC и ITS5 5'-GGAAGTAAAAGTCGTAACAAGG-3' [8]. Для выявления ДНК *T. rubrum* использовали праймеры Uni, 5'-TCTTTGAACGCACATTGCGCC-3' и Trubrum-rev, 5'CGGTCCTGAGGGCGCTGAA3' [8]. Амплификацию проводили в объеме 25 мкл смеси с добавлением 4 мкл ДНК в термоциклере (Терцик), она включала один начальный цикл денатурации в течение 5 мин при температуре 94°C и 45 циклов со следующим режимом: 30 секунд при температуре 94°C, 30 секунд при температуре 60°C и 30 с расширения при темпера-

туре 72 °С (режим для проведения реакции специфичной для *T. rubrum*). [6].

Амплификацию с пангрибковыми праймерами проводили в объеме 25 мкл смеси с добавлением 4 мкл ДНК в термоциклере (Терцик), она включала один начальный цикл денатурации в течение 5 мин при температуре 94 °С и 25 – 30 циклов со следующим режимом: 15 секунд при температуре 95 °С, 50 °С - 10 секунд, 60 °С - 4 мин [7,8].

Продукты амплификации разделяли электрофорезом в 1,5 % геле агарозы с 0,5 мМ этидиум бромид в течение 15 минут, после чего анализировали на трансиллюминаторе при длине волны возбуждающего света 310 нм. В качестве стандарта маркера молекулярной массы использовали маркер молекулярной массы SM 1191 "Fermentas" Литва. Ампликоны, полученные при использовании пангрибковых праймеров имели длину от 600 до 700 п.н., для *T. rubrum* размер ампликона составлял 366 п. н.. Результаты проведенного исследования представлены на рис. 1, рис. 2.

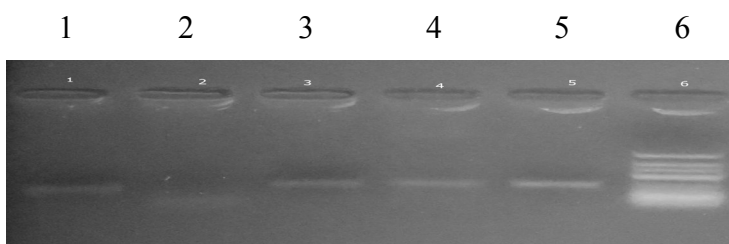


Рисунок 1. Пример проведения анализа ампликонов ПЦР, специфичной для *T. rubrum*

Примечания.

1-5 - клинические образцы, из них 1, 3, 4, 5 положительные,

2 - отрицательный

6 - маркер молекулярной массы – 700, 500, 400, 300, 200, 150, 100 п.н. (сверху вниз).

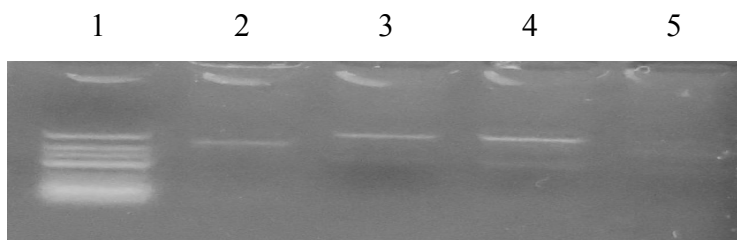


Рисунок 2. Пример проведения анализа ампликонов ПЦР, с панфунгальными праймерами

Примечания.

1 - маркер молекулярной массы – 700, 500, 400, 300, 200, 150, 100 п.н. (сверху вниз)

2 - 5 - клинические образцы, из них 2, 3, 4 положительные результаты,

5 - отрицательный результат.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 166 образцов от больных с клинической картиной онихомикоза методом ПЦР -81 показали положительный результат, 85 - отрицательный результат. При микроскопии-этих же образцов обнаружен патологический мицелий был только в 59 образцах, а 107 показали отрицательный результат. Культурально было высеяно патологического мицелия в 51 образцах из 115.

При исследовании 30 образцов ногтевых пластин здоровых лиц стандартными методами исследования - все показали отрицательные результаты, а методом ПЦР - 29 образцов данной группы были отрицательными и один образец № 7 показал положительный результат на наличие ампликонов *T. rubrum*. Результаты ПЦР, микроскопии и культивирования распределены по соответствующим таблицам. Результаты проведения ПЦР-анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты ПЦР у пациентов с патологией ногтей

Результат ПЦР	Пациенты			
	Количество пациентов с клиническими признаками патологии ногтей (n=166)		Количество пациентов без клинических признаков патологии ногтей (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Положительный	81	48,8%	1	3,3%
Отрицательный	85	51,2%	29	96,7%
Всего	166	100%	30	100,0%

Представляет интерес анализ возможных причин одного положительного результата исследования на *T. rubrum* в группе контроля, к ним можно отнести:

1) Это ложноположительный результат, связанный с контаминацией ампликонами. Для исключения этого необходимо проведение повторного исследования с включением серии контролей, позволяющих исключить контаминацию.

2) Положительный результат мог быть следствием случайного попадания возбудителя в исследуемый материал (ноготь) вне лаборатории. Данное предположение достаточно вероятно в связи тем, что близким родственником исследуемой является больной онихомикозом. Совпадают ли вид возбудителя в этих двух случаях? Промывался ли ноготь перед взятием материала? Необходимо было бы повторно взять материал у этой больной с нескольких ногтей.

3) Возможно, полученный положительный результат отражает начальную стадию инфекции, кода возбудитель уже внедрился в ткань, но изменение структуры его еще трудно обнаружить. Необходимо повторное наблюдение за клиникой.

Для уточнения диагноза были проведены повторная микроскопия, ПЦР специфичная для *T. rubrum* и проведено дерматоскопическое исследование (как дополнение к визуальной оценке). Микроскопия ногтевых пластин повторно оказалась отрицательной, а ПЦР снова положительной. При дерматоскопическом исследовании были выявлены первые признаки начинающегося онихомикоза: онихолизис ногтевой пластины от свободного края, желто-серая окраска в дистальном отделе, помутнение пластинки, расслоение свободного края. На основании проведенных обследований пациентке был поставлен диагноз: онихомикоз и назначена

соответствующая терапия. Таким образом, использование ПЦР-диагностики позволило выявить онихомикоз на ранней стадии заболевания и вовремя предупредить дальнейшее распространение инфекции. После проведенного лечения образцы, полученные у больной, давали стабильно отрицательные результаты.

Из 81 положительных образцов, полученных методом полимеразной цепной реакции - положительная микроскопия оказалась только у 59 пациентов,

что составляет 72,8%, культурально диагноз онихомикоза был подтвержден только у 51 больных - 62,7%. Из проведенных исследований видно, что большой процент пациентов с подозрением на онихомикоз при микроскопии (27,2%) и еще больший (37,3%) при культуральном посеве остаются недиагностированными, и представляют собой длительный источник распространения микотической инфекции с большой вероятностью хронизации процесса и развитием осложнений (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительные результаты диагностических методов у пациентов с патологией ногтей

Методы диагностики	Количество пациентов с положительными результатами (n=81)	
	Абс.	%
ПЦР	81	48,8%
Микроскопия	59	35,5%
Культуральное исследование	51	30,7%

Информативность полимеразной цепной реакции в диагностике онихомикозов превышает стандартные методы исследования: микроскопию на 13,3% и культуральное исследование на 18,1%. До сих пор возникают вопросы и сомнения по поводу объективности ПЦР, наличием ложноположительных результатов. В связи с этим хотелось бы остановиться на тех пациентах, которым диагноз онихомикоза был подтвержден только

методом полимеразной цепной реакции. Им также как и другим пациентам, нами соответственно клинической форме и объему поражения было проведено противогрибковое лечение. Отрастание здоровых ногтей пластинок, положительная клиническая динамика свидетельствовали о правильности поставленного диагноза. Среди 81 положительных результатов ПЦР была проведена идентификация патогенных грибов (таб. 3):

Таблица 3

Результаты идентификации патогенных грибов у пациентов с патологией ногтей

Виды	Количество пациентов (n=81)	
	Абс.	%
Trichophytonrubrum	61	75,3%
Pan-Fungalis(положительный при отрицательном результате T.rubrum)	20	24,7%

Сравнивая полученные результаты можно отметить, что лидирующее место среди дерматофитов, как возбудителей онихомикоза занимает *Trichophyton rubrum* – выделен у 61 (75,3%) пациента. Обнаружение у 20 больных нескольких видов патогенных грибов *Pan-Fungalis* в 24,7% случаев, позволяет расценивать их заболевание как микст-инфекцию и предопределяет особенности назначения этиотропной терапии. Появление эффективного метода генодиагностики онихомикозов ногтей открывает перед клиницистами новые перспективы: прежде всего, высокочувствительной экспресс-диагностики онихомикозов с видовым определением возбудителя. Использование же пангрибковых праймеров позволяет однозначно установить присутствие грибов в исследуемом материале, однако установление видовой характеристики возбудителя требует дополнительного исследования с использованием специфических праймеров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аравийский Р. А. Практикум по медицинской микологии / Р. А. Аравийский, Г. И. Горшкова. – СПб.: Изд-во СПбМАПО, 1995. – 40с.
2. Кубанов А.А. Результаты многоцентрового скринингового исследования этиологической структуры возбудителя онихомикоза в Российской Федерации/ А.А. Кубанов, Н.В. Фриго // Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. – № 4. – С. 6-11.
3. Северин С.Е. Практикум по биохимии / С.Е. Северин, Г.А. Соловьева. – М.: Изд. МГУ, 1989. – 509.
4. Сергеев А. Ю. Руководство по лабораторной диагностике онихомикозов / А. Ю. Сергеев – М.: Гэотар медицина, 2000. – 154 с.
5. Сергеев В.Ю. Молекулярная диагностика онихомикозов: опыт внедрения

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование подтвердило высокую чувствительность нового метода, позволяющего всего за сутки подтверждать диагноз онихомикоза (с определением вида патогенного гриба) и позволило выявить большее количество пациентов с онихомикозом. Анализ результатов молекулярно-генетических исследований указывает на необходимость пересмотра существующих подходов к диагностике и оценке этиологии онихомикоза. Внедрение ПЦР-системы позволит сформировать новые алгоритмы лабораторной диагностики онихомикоза, повысить общую эффективность и существенно сократить сроки ее проведения.

Таким образом, применение метода ПЦР для ранней диагностики онихомикозов позволит усовершенствовать процесс выявления возбудителя у пациентов с предыдущими негативными стандартными микологическими результатами исследования и своевременно назначить адекватную терапию, снизить вероятность развития осложнений и ускорить процесс выздоровления.

REFERENCES

1. Arabian R.A., Gorshkova G.I. Workshop on Medical Mycology – St. Petersburg. Univ MAPS, 1995. – 40 p.
2. Kubanov A.A. Frigo N.V. Results of a multicenter screening study of etiological structure of the pathogen of onychomycosis in the Russian Federation // Journal of Dermatology and Venereology. – 2007. – № 4. – P. 6-11.
3. Severin S.E., Solovyova G.A. Practical work on biochemistry. – M.: Publ. of MSU, 1989. – 509 p..
4. Sergeev Y.U. Manual for the laboratory diagnosis of onychomycosis. – M. GEOTAR Medicine, 2000. – 154 p.
5. Sergeev V.Y. Molecular diagnosis of onychomycosis: implementation of national PCR detection of pathogens tinea nail /

отечественной ПЦР-системы обнаружения возбудителей дерматофитии ногтей / В.Ю. Сергеев // Иммунопатология, аллергология, инфектология. –2007. – № 3. – С. 17-24.

6. Brillowska-Dabrowska A. Five-Hour Diagnosis of Dermatophyte Nail Infections with Specific Detection of *Trichophyton rubrum* / A. Brillowska-Dabrowska, D. M.Saunte, M.C. Arendrup // *Journal of Clinical Microbiology*. – 2007. –Vol. 45. – N 4. – P. 1200-1204.

7. Cost-effectiveness of diagnostic tests for toenail onychomycosis: a repeated-measure, single-blinded, cross-sectional evaluation of 7 diagnostic tests / K.K. Lilly, R.L. Koshnick, J.P. Grill // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2006. –Vol. 55. – N 4. – P. 620 -626.

8. Identification and typing of *Malassezia* species by amplified fragment length polymorphism and sequence analyses of the internal transcribed spacer and large-subunit regions of ribosomal DNA / A.K. Gupta, T. Boekhout, B. Theelen // *Journal of Clinical Microbiology*. – 2004. –Vol. 42. – N 9. – P. 4253 -4260.

9. Feuilhade de Chauvin M. New diagnostic techniques/ M. Feuilhade de Chauvin // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.* – 2005. – Vol. 19. – Suppl 1. – P. 20-24.

10. Maleszka R. The importance of mycological investigations in diagnostics of nail changes / R.Maleszka, V. Ratajczak-Stefanska, D. Mikulska // *Rocz. Akad. Med. Bialymst.* – 2005. – Vol.50. – Suppl. 1. – P. 36-38.

11. Mennink-Kersten M.A. Non-culture-based diagnostics for opportunistic fungi/ Mennink-Kersten, Verweij P.E.// *Infect. Dis. Clin. North. Am.* – 2006. – Vol. 20. – N 3. – P. 711 – 727.

12. Non-dermatophytic molds as agents of onychomycosis in Izmir, Turkey - a prospective study/ M.A. Hilmioglu-Polat S., D.Y. Metin, R. Inci, et al. // *Mycopathologia*. – 2005. – Vol. 160. – N 2. – P. 125 - 128.

13. Non-culture based diagnostic tests for mycotic infections/ E. Reiss, T. Obayashi, K. Orle et al. // *Med. Mycol.* – 2000. – Vol. 38. – Suppl 1. – P. 147-159.

Immunopathology, Allergology, infektologiya. –2007. – № 3. – P. 17-24.

6. Brillowska-Dabrowska A., Saunte D. M., Arendrup M.C. Five-Hour Diagnosis of Dermatophyte Nail Infections with Specific Detection of *Trichophyton rubrum* // *Journal of Clinical Microbiology*. – 2007. –Vol. 45, N 4. – P. 1200–1204.

7. Lilly K.K., Koshnick R.L., Grill J.P. Cost-effectiveness of diagnostic tests for toenail onychomycosis: a repeated-measure, single-blinded, cross-sectional evaluation of 7 diagnostic tests // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2006. –Vol. 55, N 4. – P. 620 -626.

8. Gupta A.K., Boekhout T., Theelen B. Identification and typing of *Malassezia* species by amplified fragment length polymorphism and sequence analyses of the internal transcribed spacer and large-subunit regions of ribosomal DNA // *Journal of Clinical Microbiology*. – 2004. –Vol. 42, N 9. – P. 4253 –4260.

9. Feuilhade de Chauvin M. New diagnostic techniques // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.* – 2005. – Vol. 19. – Suppl 1. – P. 20-24.

10. Maleszka R., Ratajczak-Stefanska V., Mikulska D. The importance of mycological investigations in diagnostics of nail changes // *Rocz. Akad. Med. Bialymst.* – 2005. – Vol.50. – Suppl. 1. – P. 36-38.

11. Mennink-Kersten M.A., Verweij P.E. Non-culture-based diagnostics for opportunistic fungi // *Infect. Dis. Clin. North. Am.* – 2006. – Vol. 20, N 3. – P. 711 - 727.

12. Hilmioglu-Polat S., Metin D.Y., Inci R., et al. Non-dermatophytic molds as agents of onychomycosis in Izmir, Turkey - a prospective study// *Mycopathologia*. – 2005. – Vol. 160, N 2. – P. 125 - 128.

13. Reiss E., Obayashi T., Orle K. et al. Non-culture based diagnostic tests for mycotic infections // *Med. Mycol.* – 2000. – Vol. 38. – Suppl 1. – P. 147-159.

**ЗАСТОСУВАННЯ ПЛР ДЛЯ
ВИЯВЛЕННЯ ДНК ГРИБІВ
У ЗРАЗКАХ НІГТІВ ХВОРИХ
НА ОНІХОМІКОЗ**

**Кутасевич Я.Ф.,
Белозоров О.П.,
Чеховська Г.С.,
Олійник І.О.,
Частій Т.В.**

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

Резюме: В роботі наводяться результати застосування полімеразної ланцюгової реакції для діагностики оніхомікозів. Показано, що цей метод має більшу чутливість в порівнянні з мікроскопічним або культуральним дослідженням і дає можливість ідентифікувати видову приналежність збудників. Отримані результати вказують на необхідність впровадження розробленого методу діагностики в клінічну практику.

Ключові слова: полімеразна ланцюгова реакція, ПЛР, молекулярно-генетичні методи, культуральне дослідження, оніхомікоз, дерматофітії, ампліфікація, олігонуклеотидні праймери.

Об авторах:

Кутасевич Янина Францевна – доктор мед. наук, профессор, директор ГУ «Інститут дерматологии и венерологии НАМН Украины»;

Белозоров Алексей Павлович – доктор мед. наук, зав. лаборатории иммунологии, патоморфологии и молекулярной генетики ГУ «Інститут дерматологии и венерологии НАМН Украины»;

Чеховская Анна Сергеевна – врач-дерматовенеролог высшей категории, КУОЗ «Харьковская городская поликлиника № 22», диспансерное кожно-венерологическое отделение; e-mail: anya.likar@gmail.com

Олейник Ирина Александровна – доктор мед. наук, главный научный сотрудник отдела дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи ГУ «Інститут дерматологии и венерологии НАМН Украины»;

Частий Татьяна Владимировна – младший научный сотрудник лаборатории иммунологии, патоморфологии и молекулярной генетики ГУ «Інститут дерматологии и венерологии НАМН Украины».

**APPLICATION OF PCR TO
DETECT FUNGAL DNA IN
SAMPLES FROM PATIENTS
WITH ONYCHOMYCOSIS NAIL**

**Kutasevych Y.F.,
Oleinik I.A.,
Belozorov A.P.,
Chehovskaya A.S.,
Chastiy T.V.**

*SE "Institute of Dermatology and
Venereology of the NAMS of Ukraine"*

Abstract. The paper presents results of the polymerase chain reaction for the diagnosis of onychomycosis. It is shown that this method is more sensitive compared with microscopic or culture and gives you the opportunity to identify the species of pathogens. The results indicate the need for implementation of this method of diagnosis in clinical practice.

Keywords: polymerase chain reaction, PCR, molecular genetic techniques, cultural studies, onychomycosis, tinea, amplification, oligonucleotide primers.

СИФИЛИС КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ

Баркалова Э.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье проанализирован случай летального исхода больного с нейросифилисом. Клиническая картина заболевания имитировала эпилепсию, острое нарушение мозгового кровообращения при отсутствии повышения уровня лейкоцитов и белка в ликворе, отрицательном комплексе серологических реакций.

Ключевые слова: *нейросифилис, причина смерти*

В настоящее время смертность от сифилиса во всем мире сведена до минимума, однако, несмотря на успехи достигнутые в диагностике и лечении, сифилис остается грозным заболеванием, одним из проявлением которого есть нейросифилис (НС) [1, 7].

Почему именно в начале 21 века возросла заболеваемость НС? Казалось бы, с началом эры пенициллина проблема сифилиса вообще и НС в частности кардинально изменилась. Успешное лечение ранних его форм сделало НС редким заболеванием и складывалось впечатление, что данная проблема исчерпана. Однако это суждение оказалось преждевременным.

Во-первых, резкий подъем заболеваемости сифилисом в 90-х годах прошлого столетия на фоне социально-экономического кризиса привел к поиску альтернативных схем терапии и использованию пролонгированных препаратов пенициллинового ряда, которые не проникают через гематоэнцефалический барьер, что привело к поражению нервной системы у части больных, получивших, как тогда казалось, полноценное специфическое лечение [3, 4].

Во-вторых, несмотря на ежегодное снижение заболеваемости сифилисом в настоящее время прослеживается рост скрытых его форм, число которых в Донецкой области с

2005 по 2013 гг. увеличилось с 30% до 70%. Данные формы выявляются при случайном серологическом исследовании, а это приводит к поздней диагностике и, как следствие, к росту висцеральных форм и НС, которые в свою очередь при отсутствии своевременного и адекватного лечения могут приводить к летальному исходу [2, 5, 6].

Приводим наше наблюдение, в котором инвазия бледной трепонемы в нервную систему послужила причиной смерти.

Больной Н., 60 лет поступил в неврологическое отделение городской больницы с жалобами на приступы сопровождающиеся судорогами, иногда с падением, без прикуса языка, которые появились год назад и возникали в любое время суток, им предшествовала сильная головная боль. В связи с учащением приступов с потерей сознания до ежедневных направлен на стационарное лечение. Ранее не лечился, к врачам не обращался.

Анамнез жизни. Туберкулез, ВИЧ-инфекцию, вен. болезни в прошлом отрицает. Разведен более 10 лет, имеет 2 детей, живет один. Работал автослесарем, в настоящее время пенсионер. Половые связи в течение последних 5 лет отрицает. Наркотики не употреблял. Отмечает злоупотребление алкоголем. Ранее у неврологов и психиатров на учете не находился.

Соматическое состояние. На коже задней поверхности шеи и верхней части спины единичные депигментированные пятна. Удовлетворительного питания. Деятельность сердца ритмичная, тоны чистые. АД 140/80 мм.рт.ст. Пульс 76 уд/мин. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус. Парезов и менингеальных знаков нет, эмоционально лабилен, слабость конвергенции с 2-х сторон. Глазные щели и зрачки Д=С, фото-реакции живые. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии. Положительные субкортикальные знаки. Сухожильные рефлексы с рук повышены, Д>С. Четких расстройств мышечно-суставной чувствительности не проявляет. Симптом Аргайла Робертсона отрицательный. Асимметрия н/г складок, язык по средней линии. В позе Ромберга пошатывание. Пальце-носовую пробу выполняет с промахиванием с двух сторон. Симптом Штрюмпеля с двух сторон положительный.

При обследовании. В общеклинических анализах патологии не выявлено. Реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном положительная 4+.

Заключение спиральной компьютерной томографии головного мозга. Объемных образований в веществе головного мозга не выявлено. В перивентрикулярных зонах определяются ликворные участки размером 0,4-0,5 см в диаметре. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки симметричны, на уровне тел – 1,9 см, передних рогов – 1,27 см, III желудочек – 0,9 см, IV – 1,7 x 0,7 см. Субарахноидальные пространства расширены. Отмечается расширение базальных цистерн, борозд гемисфер и червья мозжечка. Стволовые структуры и мостомозжечковые углы без особенностей. Костно-деструктивных и травматических изменений не определяется.

Имеющиеся изменения в перивентрикулярных зонах вероятнее всего сосудистого генеза (рис. 1).



Рисунок 1. Компьютерная томография головного мозга

Проводимое лечение сосудистыми и ноотропными препаратами не привело к существенной динамике. Заподозрен сифилитический менигоэнцефалит, выполнена диагностическая спинномозговая пункция.

Результаты анализ ликвора: цвет – серый, прозрачный; белок – 0,17 г/л; лейкоциты – 3 в мм³. КСР с ликвором – отрицательный, РИФ-ц 4+.

Больной направлен на лечение в кожно-венерологический диспансер, где назначена специфическая терапия пенициллином. В течение 7 дней терапии состояние несколько улучшилось. Далее впервые развился приступ с полной потерей сознания и больной доставлен в нейрохирургическую реанимацию областной клинической больницы. Несмотря на проводимое лечение, состояние больного оставалось крайне тяжелым в течение 7 дней, далее наступила остановка сердца, реанимационные мероприятия эффекта не дали и наступила смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основной: Ранний менингоvasкулярный сифилис, церебральный васкулит с эпилептиформным синдромом в виде частых генерализованных общесудорожных приступов, с психоорганическим синдромом. Состояние после эпилептического приступа. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в ВБС?

Осложнение: Отек-набухание головного мозга. Двусторонняя пневмония.

Сопутствующий: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз.

Результаты патологоанатомической экспертизы.

Внешний осмотр. Повышенного питания. Кожные покровы сероватые, на передней поверхности грудной клетки в верхней части, ближе к воротниковой зоне, небольшое количество бледных, округлых депигментированных пятен, диаметром до 0,8 см, кончики пальцев, ушные раковины, губы синюшные, мягкие ткани голени и стоп пастозные. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

При осмотре полости черепа: Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серовато-синюшная, гладкая, влажная, блестящая. В синусах гладкие эластичные свертки крови и жидкая кровь. Мягкие мозговые оболочки полнокровные, серо-синюшные, влажные, блестящие. Ткань мозга дрябловатая, полнокровная, с четкой дифференцировкой белого и серого вещества, гладкой, влажной, блестящей поверхностью разреза с инъецированными сосудами. Желудочки несколько расширены, эпендима их сероватая, гладкая, блестящая, содержат прозрачную жидкость.

Результаты гистологического исследования

Головной мозг – резкое полнокровие сосудов, значительный отек, крупные поля спонгиоза нервной ткани, резкие дистрофические изменения нейронов, крупные поля скопления гематоксилиновых шаров, в других полях зрения практически диффузная умеренная лимфоидная инфильтрация ткани с единичными плазмócитами, в мелких капиллярах васкулит (рис. 2, 3, 4).

Сосудистые сплетения головного мозга – резкий отек, значительное полнокровие сосудов, резко выраженная пролиферация эндотелия с сужением просветов сосудов, специфический васкулит с наличием умеренной, местами выраженной лимфоидной инфильтрации с большим количеством плазматических клеток, преимущественно адвентиции сосудов, иногда всей стенки сосуда, а также выраженная периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация, тромбоз единичных артерий, множественные мелкие кальцификаты (рис. 5).

В мягкой мозговой оболочке – полнокровие, резкий отек, очаговый специфический васкулит, периваскулярная слабая лимфоцитарная инфильтрация (рис. 6).

Кожа – в эпидермисе незначительный акантоз, в дерме имеется очаговая периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация с примесью плазмócидов (рис. 7).

На вскрытии и при гистологическом исследовании секционного материала клинический

диагноз подтвержден - у больного ранний сифилис со специфическим васкулитом сосудов головного мозга, мягких мозговых оболочек, сосудистых сплетений желудочков. В ткани мозга макроскопически очагового пора-

жения не выявлено, однако микроскопически выявлены тяжелейшие дистрофические изменения с выраженным отеком-набуханием, что следует считать непосредственной причиной смерти больного.

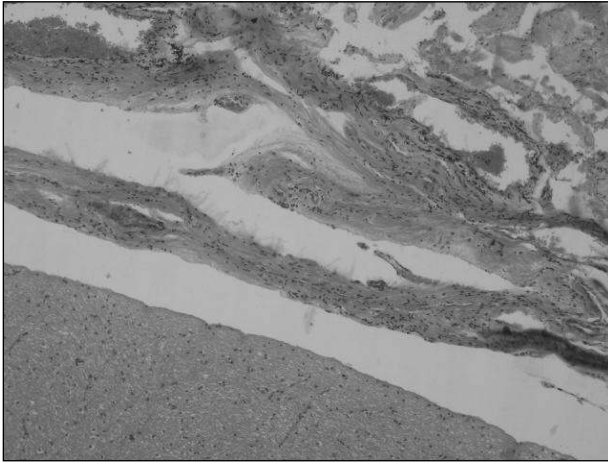


Рисунок 2. Резкое полнокровие сосудов, значительный отек мягкой мозговой оболочки. Окраска гематоксилин-эозином, х 100

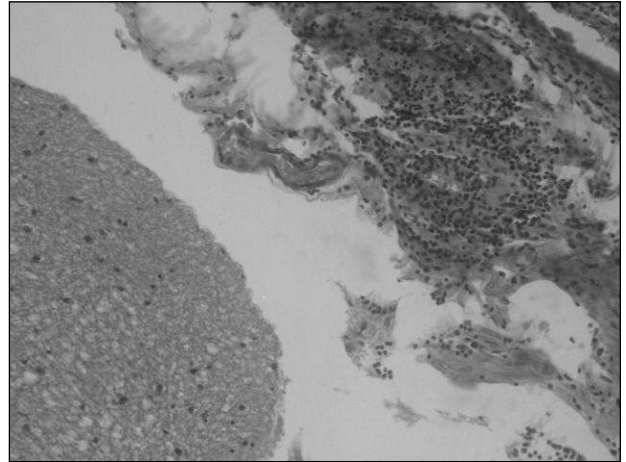


Рисунок 3. Крупные поля спонгиоза нервной ткани, резкие дистрофические изменения нейронов, лимфоидная инфильтрация ткани с единичными плазмоцитами в мягкой мозговой оболочке, васкулит. Окраска гематоксилин-эозином, х 200

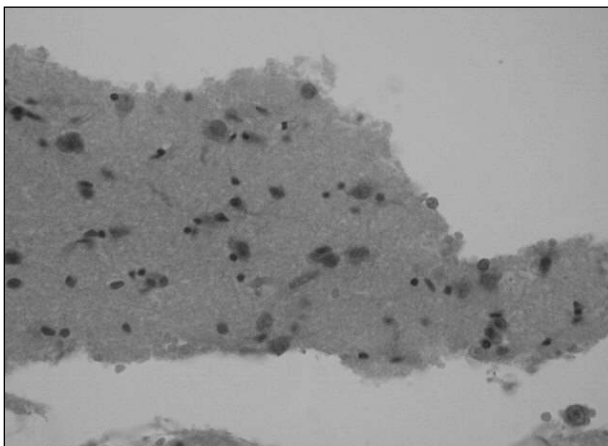


Рисунок 4. Крупные поля скопления гематоксилиновых шаров в ткани вещества головного мозга. Окраска гематоксилин-эозином, х 400

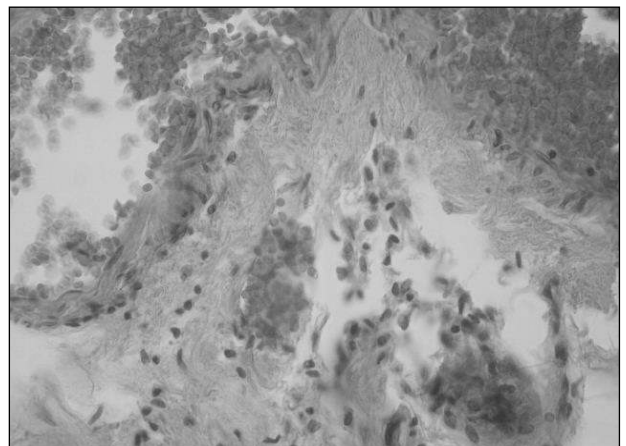


Рисунок 5. Резкий отек, значительное полнокровие сосудов, резко выраженная пролиферация эндотелия с сужением просветов сосудов, пролиферативный васкулит с выраженной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией, тромбоз единичных артерий сосудистого сплетения головного мозга. Окраска гематоксилин-эозином, х 400

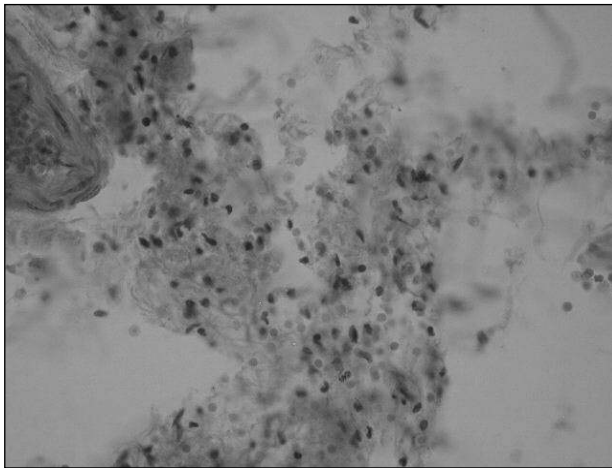


Рисунок 6. Полнокровие, резкий отек, очаговый специфический васкулит, периваскулярная лимфоплазмочитарная инфильтрация мягкой мозговой оболочки. Окраска гематоксилин-эозином, х 400

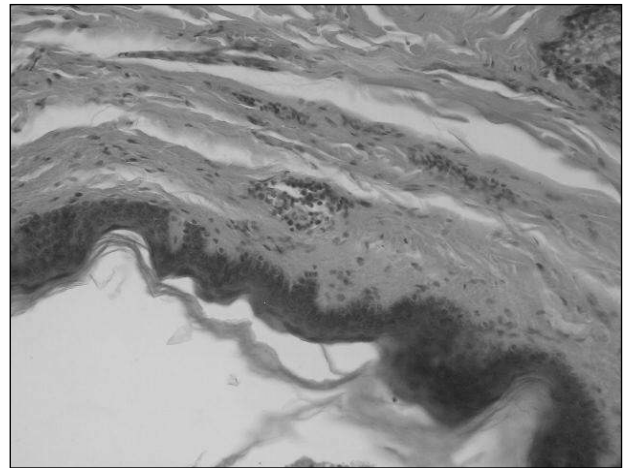


Рисунок 7. В дерме очаговая периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация с примесью плазмоцитов. Окраска гематоксилин-эозином, х 100

Патологоанатомический диагноз

Основной: Ранний вторичный менинговазкулярный сифилис: специфический васкулит сосудов головного мозга, мозговых оболочек, сосудистых сплетений желудочков мозга с эписиндромом (по данным клиники); специфический васкулит сосудов легких и кожи.

Осложнения: Тромбоз сосудов легких с мелкими геморрагическими инфарктами. Отек головного мозга с ущемлением ствола в большом затылочном отверстии.

Сопутствующий: Диффузный атеросклеротический кардиосклероз.

Особенности данного клинического случая:

1. Прогрессирующее злокачественное течение раннего менинговазкулярного сифилиса.

2. Клиническая картина современного нейросифилиса имитирует эпилепсию, острое нарушение мозгового кровообращения, которые не подтверждены патологоанатомическим исследованием.

3. Нормальное количество клеток и белка, отрицательный КСР при исследовании ликвора.

ВЫВОДЫ

Клиническая картина современного нейросифилиса имитирует эпилепсию, острое нарушение мозгового кровообращения при отсутствии повышения уровня лейкоцитов и белка в ликворе и отрицательном КСР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркалова Е.Л. Патогенетичні аспекти і сучасний перебіг патологічного процесу при нейросифілісі / Е.Л. Баркалова // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2011. – № 3 (42). – С.103–109.
2. Летальный случай цереброспинального менингита, вызванного бледной трепонемой / Г.Н. Маслякова, О.В. Колоколов, Е.В. Лукина

REFERENCES

1. Barkalova E.L. Patogenetichni aspekti i suchasnij perebig patologichnogo procesu pri nej-rosifilisi // Ukrain'skij zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii. – 2011. – № 3 (42). – S.103–109.
2. Masljakova G.N., Kolokolov O.V., Lukina E.V. [i dr.] Letal'nyj sluchaj cerebrospinal'nogo meningita, vyzvannogo blednoj treponemoj // Saratovkij nauchno-

[и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, №2. – С. 494-499.

3. Мавров И.И. Характер и медико-социальные проблемы скрытого сифилиса / И.И.Мавров, Ю.В.Щербакова, В.В.Процак // Дерматология та венерология. – 2009. – №1 (43). – С.47-51.

4. Свистунов И.В. Диагностично-лікувальна тактика ведення хворих на нейросифіліс: (методичні рекомендації) / І.В.Свистунов, Е.Л.Баркалова, І.В.Кученко – Донецьк, 2013. – 20 с.

5. Ранний манифестный нейросифилис как причина смерти / Н.Г. Комкина, Н.В. Назаренко, А.Ю. Прохожев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 10 – С. 86-90.

6. Meningovascular neurosyphilis as the cause of ischemic cerebrovascular disease in a young man / V. Tóth, C. Hornyák, T. Kovács [et al.] // Orv. Hetil. – 2011. – Vol. 152, № 19. – P. 763-767.

7. Sparling P.F. Diagnosis of neurosyphilis: New tools / P.F. Sparling // Sex. Transm. Dis. – 2010. –Vol. 37, № 5. – P. 288-289.

medicinskij zhurnal. – 2012. – Т. 8, №2. – С. 494-499.

3. Mavrov I.I., Shherbakova Ju.V, Procaк V.V. Harakter i mediko-social'nye problemy skrytogo sifilisa // Dermatologija ta venerologija. – 2009. – №1 (43). – S.47-51.

4. Svistunov I.V., Barkalova E.L., Kucenko I.V. Diagnostichno-likuval'na taktika vedennja hvorih na nejrosifilis: (metodichni rekomendacii) – Donec'k, 2013. – 20 s.

5. Komkina, N.G., Nazarenko N.V., Prohozhev A.Ju. [i dr.] Rannij manifestnyj nejrosifilis kak prichina smerti // Fundamental'nye issledovanija. – 2011. – № 10 – S. 86-90.

6. Tóth V., Hornyák C., Kovács T. [et al.] Meningovascular neurosyphilis as the cause of ischemic cerebrovascular disease in a young man // Orv. Hetil. – 2011. – Vol. 152, № 19. – R. 763-767.

7. Sparling P.F. Diagnosis of neurosyphilis: New tools // Sex. Transm. Dis. – 2010. –Vol. 37, № 5. – R. 288-289.

СИФІЛІС ЯК ПРИЧИНА СМЕРТІ

Баркалова Е.Л.

*Донецький національний медичний
університет ім. М. Горького*

Резюме. У статті проаналізовано летальний випадок хворого на нейросифіліс. Клінічна картина захворювання імітувала епілепсію, гостре порушення мозкового кровообігу при відсутності підвищення рівня лейкоцитів і білка у лікворі та негативному результаті комплексу серологічних реакцій.

Ключові слова: нейросифіліс, причина смерті.

Об авторе:

Баркалова Элеонора Леонидовна – доктор мед.наук, профессор кафедры дерматовенерологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, barkalova.eleonora@yandex.ru

SYPHILIS AS A CAUSE OF DEATH

Barkalova E.L.

*Donetsk National Medical
University of M. Gorky*

Abstract. An article analyses a case of a neurosyphilis contracted patient's lethal outcome. Clinical finding of a disease was induced by an epilepsy, an acute disorder of cerebral circulation with a lack of leukocytes and proteins in liquor; seronegative test.

Keywords: neurosyphilis, the cause of death.

ДВА СЛУЧАЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В ХАРЬКОВЕ

Е.И. Бодня, В.А. Савоськина, Т.А. Велиева

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

Резюме. Лейшманиоз является клинически гетерогенным синдромом, вызванный внутриклеточными простейшими паразитами рода *Leishmania*. Клинически лейшманиоз может проявляться в виде субклинических (с незначительными проявлениями), локализованных (кожных поражений) и диссеминированных (кожных, кожно-слизистых и висцеральных) форм заболевания. Этот спектр проявлений зависит от иммунного статуса хозяина и иммуновоспалительного ответа на паразита. В настоящем докладе представлены два интересных случая кожного лейшманиоза. В первом случае представлен 18-летний мужчина из Туркменистана с тяжелыми язвенными поражениями на коже левого предплечья и стопы, существующие в течение 3 месяцев. Во втором случае представлен 54-летний мужчина из Вьетнама с тяжелым язвенным поражением на левом предплечье в течение 1 года.

Ключевые слова: лейшмании, кожный лейшманиоз, зоонозный случай.

Лейшманиоз является клинически гетерогенным синдромом, вызванный внутриклеточными простейшими паразитами рода *Leishmania*. Группа трансмиссивных протозойных болезней, вызываемых жгутиковыми простейшими рода *Leishmania*, переносчиками которых служат москиты, относятся к роду *Phlebotomus*. Вне зависимости от вида лейшмании в своем жизненном цикле проходят две стадии развития: безжгутиковую (амастиготную) внутриклеточную (в организме человека и других позвоночных — в селезенке, печени, костном мозге, лимфатических узлах, макрофагах кожи) и жгутиконосную (промастиготную) подвижную (в просвете кишечника переносчика-москита). Лейшмании — внутриклеточные паразиты, размножающиеся в организме позвоночных в свободных макрофагах или клетках системы мононуклеарных фагоцитов. Различают висцеральный и кожный лейшманиоз.

Лейшманиоз является эндемическим заболеванием в 88-ми странах мира, и риску

подвергаются предположительно 350 миллионов человек. По оценкам ВОЗ инфицировано 14 миллионов человек, и ежегодно возникает около двух миллионов новых случаев заболевания.

Данной болезнью в значительной степени вызывается распространение нищеты в связи с тем, что лечение является дорогостоящим, и, следовательно, оно является или недоступным, или налагает значительное экономическое бремя, включая потерю заработка.

Лейшманиоз с ко-инфекцией ВИЧ встречается все чаще, что требует неотложного внимания. Даже в тех случаях, когда ко-инфицированные больные проходят надлежащий курс лечения, они заболевают повторно и часто с летальным исходом. В резолюции ВОЗ по научным исследованиям в области тропических болезней Ассамблея здравоохранения признала, что лейшманиоз продолжает оставаться основной проблемой общественного здравоохранения. В 2006 г. случаи ко-инфекции

были зарегистрированы в 34 из 88 стран, эндемичных по лейшманиозу. Поскольку никогда не проводились перспективные и широкие исследования по лейшманиозу и общая картина всегда представлялась на основе существующих фрагментарных данных, то оценка фактической распространенности и заболеваемости может быть лишь приблизительной.

Клинически лейшманиоз может проявляться в виде субклинических (с незначительными проявлениями), локализованных (кожных поражений) и диссеминированных (кожных, кожно-слизистых и висцеральных) форм заболевания. Этот спектр проявлений зависит от иммунного статуса хозяина и иммуновоспалительного ответа на паразита [2].

Кожный лейшманиозы – трансмиссивные протозоозы тропического и субтропического климата, характеризующиеся органическими поражениями кожи с последующим изъязвлением и рубцеванием. Дерматотропные виды лейшманий (*L. tropica*, *L. major*, *L. minor*, *L. aethiopica* и др.) вызывают кожные формы лейшманиоза. Различают кожные лейшманиозы Старого Света (антропонозный, зоонозный, суданский) и Нового Света (бразильский, мексиканский, гвианский, перуанский и др.) [3-6].

Случай 1. Больной С., 18 лет, житель Туркменистана (студент Харьковской Национальной Академии Городского Хозяйства), студент 1 курса был направлен на консультацию на кафедру дерматовенерологии и ВИЧ/СПИДа ХПАМО для уточнения диагноза. При обращении предъявлял жалобы на дефект кожи в области левого плеча и левой стопы, периодическую боль и зуд вокруг дефекта. 3 месяца назад, после приезда в Украину, появился 1-й очаг в виде бугорка на коже левой верхней конечности. Очаг поражения быстро увеличился в размерах, и превратился в болезненную язву с неровным дном, подрытыми и приподнятыми краями и с серозно-гнойным отделяемым, ссыхающимися корками. Через 2-3 недели такой же очаг появились

на коже тыльной поверхности левой стопы. Обратился к дерматологу. Был поставлен диагноз: Язвенная пиодермия. Данные лабораторного обследования: клинический анализ крови при обращении: гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,6 \cdot 10^{12}/л$, цветной показатель 0,9, лейкоциты $8,9 \cdot 10^9/л$, СОЭ 9 мм/час, палочкоядерные- 6%, сегментоядерные -67%, эозинофилы -1%, лимфоциты -21%, базофилы- 1%, моноциты -4%; МРП-отрицательная; В соскобе с очага: патогенные грибы не обнаружены, слизь в большом количестве, лейкоциты 10-15 в поле зрения, эпителий – единичный в поле зрения. Пациент получил лечение: левофлоксацин 500 мг 1 раз в сутки – 7суток, итраконазол 100 мг 1 раз в сутки-10 суток, протеклазид 10 капель 3 раза в сутки-10 суток - без эффекта. Был направлен на консультацию для уточнения диагноза. При повторном обследовании, в гнойном отделяемом с очагов поражения грибы не обнаружены. Посев гнойного отделяемого с очагов поражения роста культуры грибов не дал. В бактериологическом посеве с очагов поражения выделена культура *E. Coli* 4+ (чувствительная к доксициклину, цефазолину, цефтриаксону, амикацину, левомицетину, цефепиму, нитрофурантоину, цефатокситину, имипенему, устойчивая к ампициллину). Данные гистологического исследования: определяются мощные инфильтраты состоящие из макрофагов, в цитоплазме которых определяются базофильные включения, также из лимфоцитов, плазмочитов, нейтрофилов. При окраске по Романовскому-Гимзе в небольшом количестве определяются мелкие образования с синими контурами цитоплазмы и красным ядрышком, которые можно интерпретировать, как лейшмании [1].

Был направлен на кафедру медицинской паразитологии и тропических болезней Харьковской медицинской академии последипломного образования обратился, где диагноз кожный лейшманиоз был подтвержден. В соскобе, взятом из краевого инфильтрата язвы были обнаружены лейшмании – *Leishmania tropica*. Был госпита-

лизирован в 22 инфекционную больницу г. Харькова. При объективном обследовании: общее состояние больного средней тяжести. Кожный покров обычной окраски, на коже в области левого плеча имеется образование округлой формы с плотным валиком вокруг. В центре образования плотная корка. На тыльной стороне левой стопы аналогичное образование, размером 5-6 см в диаметре с гнойным налетом на дне. Вокруг элемента плотный краевой инфильтрат. Отделяемое из язвы серозно-гнойного характера (фото 1-2). Видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык влажный,

обложен беловатым налетом. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени безболезненный. Со стороны других органов и систем – без видимой патологии. Клинический анализ крови на момент поступления в стационар: Нв 135 г/л, Эр $4,36 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,9%, тромб 205×10^9 /л, лейкоц $5,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 2 мм /ч, Э-2%, П-1%, С-36%, Л-59%, М-2%. Биохимический анамнез крови: тимоловая проба – 3,5ед; АлТ – 3,5ммоль/ч.л; общий билирубин – 15 мкмоль/л; прямой – 5 мкмоль/л.



Фото 1. Язва на коже левой верхней конечности и левой стопы

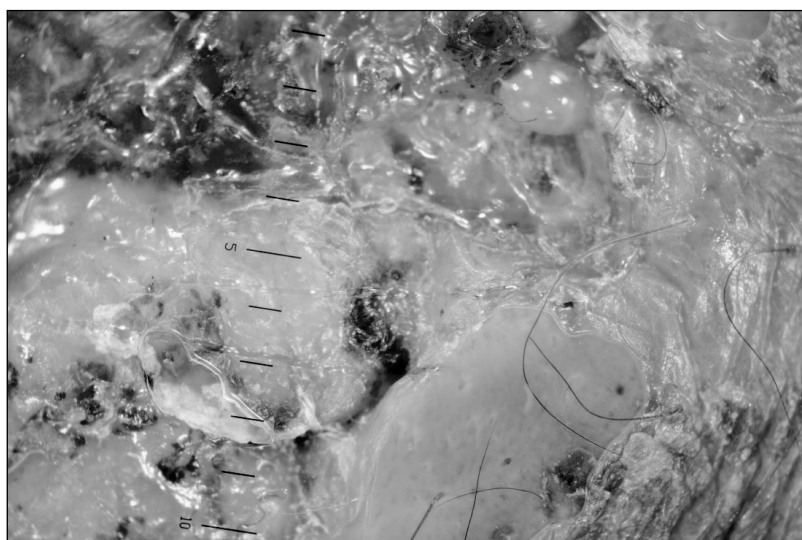


Фото 2. Дерматоскопия очага на коже левой верхней конечности

После проведенной специфической и патогенетической терапии наблюдалась грануляция язв, уменьшение размеров в диаметре. В области плеча в центре язвы плотная корка. На тыльной стороне левой стопы язва сухая, значительно сужен краевой инфильтрат.

Случай 2. Больной Н., 54 лет, житель Вьетнама, обратился с жалобами на дефект кожи в области левого предплечья, в течение 1 года, сопровождающийся умеренной болезненностью зудом. Год назад, когда появился первый очаг, больной обратился к хирургу по месту жительства, было проведено вскрытие очага и назначена антибактериальная терапия, с временным улучшением. Очаг медленно увеличился в размерах и представлял собой инфильтрат с серозно-гнойным отделяемым, ссыхающимися корками (фото 3-4). Обратился к дерматологу. Был поставлен диагноз: Язвенная пиодермия. Данные лабораторного обследования: клинический анализ крови при обращении: гемоглобин 136 г/л, эритроциты $4,4 \cdot 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,9, лейкоциты $5,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 6 мм/час, палочкоядерные- 4%, сегментоядерные -52%, эозинофилы -3%, лимфоциты -38%, базофилы- 0%, моноциты -5%; МРП- отрицательная; Клинический анализ мочи: количество - 55мл, цвет - св.желтый, прозрачная, плотность - 1,010, реакция - 6,0; белок- не обнаружен, глюкоза- не обнаружена, уробили-

линоген -13,4 мкмоль/л, лейкоциты 1-4 экз. в поле зрения, эпителий переходный 1-2 экз. в поле зрения, слизи умеренное количество. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 10,6 мкмоль /л, билирубин прямой -2,8 мкмоль /л, билирубин непрямой -2,5 мкмоль /л, щелочная фосфатаза – 62 ЕД/л, 76 ЕД/л АлАт- 29 ЕД/л, АсАТ- 32 ЕД/л, гаммаглутаминтрансфераза- 76 ЕД/л. В соскобе с очага: патогенные грибы не обнаружены. Был направлен на консультацию на кафедру дерматовенерологии и ВИЧ/СПИДа ХМАПО для уточнения диагноза. При повторном обследовании: в гнойном отделяемом с очагов поражения грибы не обнаружены. Посев гнойного отделяемого с очагов поражения роста культуры грибов не дал. В бактериологическом посеве из очага поражения выделена культура *Staphilococcus aureus*. Данные гистологического исследования: определяются акантоз, в дерме - густой инфильтрат из крупных макрофагов и лимфоидных элементов, плазмоцитов. Как в цитоплазме макрофагов, так и внеклеточно определяются мелкие базофильные тельца. Морфологические изменения биоптата могут соответствовать диагнозу: лейшманиоз. Был направлен на кафедру медицинской паразитологии и тропических болезней Харьковской медицинской академии последипломного образования, где был подтвержден диагноз: кожный лейшманиоз.



Фото 3. Язва на коже левого предплечья

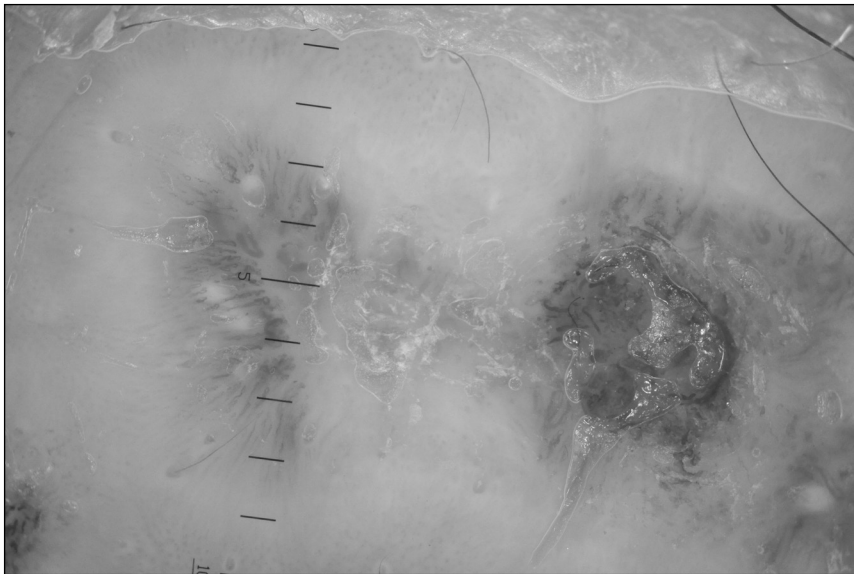


Фото 4. Дерматоскопия очага на коже левого предплечья.

Диагноз кожного лейшманиоза в эндемичных районах не представляет трудности. В районах свободных от лейшманиоза существует проблема для установления диагноза, и только тщательно собранный эпидемио-

логический анамнез вместе с клинико-лабораторными данными дает возможность заподозрить лейшманиоз и поставить правильный диагноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савоськина В.А. Язвы на коже верхних и нижних конечностях./ В.А. Савоськина // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. Спецвипуск. – 2013.– №1. – С. 37-38
2. Diagnosis of leishmaniasis. / E.K. Elmahallawy, A. Sampedro Martinez, J. Rodriguez-Granger, Y. Hoyos-Mallecot, A. Agil, J.M. Navarro Mari, J.J. Gutierrez Fernandez. // Infect Dev Ctries. – 2014. – Vol. 8. – №8. – P.961-972
3. Cutaneous leishmaniasis “chiclero’s ulcer” in subtropical Ecuador/ M. Calvopiña, L. Martinez, Y. Hashiguchi // Am. J. Trop. Med. Hyg. – 2013.– Aug;89(2). – P.195-6.
4. Cutaneous leishmaniasis with unusual clinical and histological presentation: report of four cases / H. Moravvej, M. Barzegar, S. Nasiri, E. Abolhasani, M. Mohebbali // Acta Med. Iran. – 2013— Vol. 51. – №4. – P.274-278.
5. Cluster of zoonotic cutaneous leishmaniasis (*Leishmania major*) in European travelers

REFERENCES

1. Savoskina V.A. Yazvi na kozhe verkhnikh i nizhnikh konechnostyakh // Klinichna imunologiya. Alergologiya. Infektologiya. Spetsvipusk. – 2013. – №1. – S. 37-38
2. Elmahallawy E.K., Sampedro Martinez A., Rodriguez-Granger J., Hoyos-Mallecot Y., Agil A., Navarro Mari J.M., Gutierrez Fernandez J.J. Diagnosis of leishmaniasis // Infect Dev Ctries. – 2014. – Vol. 8 , №8. – P.961-972.
3. Calvopiña M., Martinez L., Hashiguchi Y. Cutaneous leishmaniasis “chiclero’s ulcer” in subtropical Ecuador // Am J Trop Med Hyg. – 2013 – Aug; 89(2). – P.195-6.
4. Moravvej H., Barzegar M., Nasiri S., Abolhasani E., Mohebbali M. Cutaneous leishmaniasis with unusual clinical and histological presentation: report of four cases // Acta Med Iran. – 2013. – Vol. 51, №4. – P.274-278.
5. Larréché S., Launay G., Weibel Galluzzo C., Bousquet A., Eperon G., Pilo J.E., Ravel C., Chappuis F., Dupin M., Mérens A. Cluster

returning from Turkmenistan. / S. Larréché, G. Launay, C. Weibel Galluzzo, A. Bousquet, G. Eperon, J.E. Pilo, C. Ravel, F. Chappuis, M. Dupin, A. Mérens // J Travel Med. – 2013. – Vol. 20. – №6. – P. 400-402.

6. Recurrent cutaneous leishmaniasis. / C.M. Gomes, S. Damasco Fdos, O.O. Morais, C.D. Paula, R.N. Sampaio // An Bras Dermatol. – 2013. – Vol. 88. – № 3. – P.462-464.

**ДВА ВИПАДКИ
ШКІРНОГО
ЛЕЙШМАНІОЗУ
В ХАРКОВІ**

**Бодня К.І.,
Савоськіна В.О.,
Велієва Т.А.**

*Харківська медична академія
післядипломної освіти*

Резюме. Лейшманіоз є клінічно гетерогенним синдромом, який спричиняють внутрішньоклітинні паразити роду *Leishmania*. Клінічно лейшманіоз може проявлятися у вигляді субклінічних (з незначними проявами), локалізованих (шкірних поразок) і дисемінованих (шкірних, шкірно-слизових і вісцеральних) форм захворювання. Цей спектр проявів залежить від імунного статусу господаря і імуннозапальної відповіді на паразита. У статті представлені два цікавих випадки шкірного лейшманіозу. У першому випадку представлений 18-річний чоловік з Туркменістану з важкими виразковими ураженнями на шкірі лівого передпліччя і стопи, які виникли 3 місяці тому. У другому випадку представлений 54-річний чоловік з В'єтнаму з важким виразковим ураженням на лівому передпліччі протягом 1 року.

Ключові слова: лейшманії, шкірний лейшманіоз, зоонозний випадок.

of zoonotic cutaneous leishmaniasis (*Leishmania major*) in European travelers returning from Turkmenistan // J Travel Med. – 2013. – Vol. 20, №6 – P. 400-402.

6. Gomes C.M., Damasco Fdos S., Morais O.O., Paula C.D., Sampaio R.N. Recurrent cutaneous leishmaniasis // An Bras Dermatol. – 2013. – Vol. 88, № 3. – P.462-464

**TWO CASES
OF CUTANEUS
LEISHMANIASIS
IN KHARKIOV**

**Bodnya E.I.,
Savoskina V.A.,
Velieva T.A.**

*Khakov Medical Academy
of Postgraduate Education*

Abstract. *Leishmaniasis is a clinically heterogeneous syndrome caused by intracellular protozoan parasites of the genus Leishmania. The clinical spectrum of leishmaniasis encompasses sub-clinical (not apparent), localized (skin lesion), and disseminated (cutaneous, mucocutaneous, and visceral) infection. This spectrum of manifestations depends on the immune status of the host, on the parasite, and on immunoinflammatory responses. This report presents two interesting cases of cutaneous leishmaniasis. Case 1: an 18-year-old male from Turkmenistan presented with a severe ulcerative lesion on his left forearm and foot of 3 months duration. Case 2: an 54-year-old male from Vietnam presented with a severe ulcerative lesion on his left forearm of 1 year duration.*

Keywords: *Leishmaniasis, Cutaneous leishmaniasis, Zoonotic Cutaneous Leishmaniasis*

Об авторах:

Бодня Екатерина Игоревна – профессор, доктор мед. наук, зав кафедрой медицинской паразитологии и тропических болезней ХМАПО; E-mail: bodnyamed@mail.ru

Савоськина Виктория Александровна – доцент, кандидат мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии и ВИЧ/СПИДА ХМАПО E-mail: savoskina@inbox.ru

Велиева Танзала Алиевна – доцент, кандидат мед. наук, доцент кафедры медицинской паразитологии и тропических болезней ХМАПО

СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА

И.А. Маштакова

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме. В работе представлен случай генерализованного пустулезного псориаза.

Ключевые слова: генерализованный пустулезный псориаз, терапия, течение.

В последнее десятилетие отмечается увеличение числа тяжелых осложненных форм хронических дерматозов, резистентных к проводимой терапии, что создает значительные трудности в лечении и зачастую обосновывает применение системных как глюкокортикостероидных, так и цитостатических препаратов в терапии хронических распространенных дерматозов, в частности речь идет о генерализованном пустулезном псориазе. Так, впервые в 1909 г. гнойный чешуйчатый лишай (*psoriasis suppurativa*) описал мюнхенский дерматолог Цумбуш, до него о похожих случаях сообщили Капоши (1893) под названием «тяжелого псориаза, осложненного экземой», и Крен (1907) [1, 2].

Под нашим наблюдением находилась пациент Т., 53 лет, жительница Днепропетровской области, которая поступила в клинику ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, выраженную болезненность кожи, боли во всех суставах, вынужденное ограничение подвижности за счет универсального поражения кожи, повышение температуры тела до 39,8 °С, общую слабость, выраженную тахикардию.

Из анамнеза известно, что болеет псориазом свыше 20 лет, лечилась по месту жительства и неоднократно проходила лечение в клинике ГУ «ИДВ НАМНУ» с положительным эффектом, последние три года находи-

лась на иммуносупрессивной терапии.

Объективно: общее состояние больной расценено как тяжелое. Дерматоз носил универсальный характер и был представлен: весь кожный покров был огненно-красным, отечным с множеством мелких сгруппированных пустул, особенно в области лица, шеи, верхней половины туловища, плеч.

При обследовании: в клиническом анализе крови отмечалось ускорение СОЭ до 68 мм/ч, лейкоцитоз – $20,3 \cdot 10^9/\text{л}$; в биохимическом анализе крови было выраженное снижение общего белка до 51 г/л, со стороны соединительнотканного и кальций-фосфорного обменов отклонений не выявлено. Больной была назначена комплексная терапия, включающая: массивную инфузионную терапию, кортикостероидную, антибактериальную терапию, а также сердечные гликозиды для предотвращения развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Несмотря на проводимую терапию, патологический кожный процесс продолжал распространяться на конечности, нижнюю часть туловища, конечностей: на фоне «обожженной кожи» пустулы слились в огромные очаги с образованием «гнойных озер», температурная кривая имела тенденцию к снижению, однако сохранялась на достаточно больших цифрах, в связи с чем было принято решение присоединить цитостатическую терапию (рис. 1).



Рис. 1. Больная Т., 35 лет, диагноз: генерализованный пустулезный псориаз

Таким образом, следует отметить, что генерализованный пустулезный псориаз – это тяжелая, нередко угрожающая жизни форма псориаза. Часто выяснить причину возникновения данной патологии не представляется возможным. У пациентки Т. генерализованный пустулезный псориаз на фоне проводимого лечения отмечалось две

волны обострения. Следует отметить, что вторая волна протекала несколько мягче и была быстрее купирована. В настоящее время пациентка находится на поддерживающей дозе кортикостероидных и цитостатических препаратов, планируется дальнейшее снижение дозы данных препаратов (рис. 2).



Рис. 2. Больная Т., 35 лет, диагноз: генерализованный пустулезный псориаз. После лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Дерматология. Атлас-справочник / Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф и др. – М. : Мак-Гроу-Хилл – „Практика”, 1998. – 1088 с.
2. Довжанский С.И. Псориаз или псориазная болезнь: В 2 ч. / С.И. Довжанский, С.Р. Утц. – Саратов: Изд-во ун-та, 1992; Ч. I. – 1992. – 175 с.

ВИПАДОК ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПУСТУЛЬОЗНОГО ПСОРИАЗУ

Маштакова І.О.

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

Резюме. У роботі представлено випадок генералізованого пустульозного псориазу.

Ключові слова: генералізований пустульозний псориаз, терапія, перебіг.

Об авторах:

Маштакова Ирина Алексеевна – кандидат мед. наук, старший научный сотрудник отдела дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи ГУ „Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины”, E-mail: otdderm@mail.ru.

REFERENCES

1. Dermatologiya. Atlas-spravochnik / T. Fitzpatrick, R. Dzhonson, K. Vulf i dr. – M. : Mak-Grou-Hill – „Praktika”, 1998. – 1088 s.
2. Dovzhanskiy S.I. Psoriaz ili psoriaticheskaya bolezni: V 2 ch. / S.I. Dovzhanskiy, S.R. Utts. – Saratov: Izd-vo un-ta, 1992; Ch. I. – 1992. – 175 s.

CASE OF GENERALIZED PUSTULAR PSORIASIS

Mashtakova I.O.

*SE “Institute of Dermatology and
Venereology of the NAMS of Ukraine”*

Abstract. This paper presents the case of generalized pustular psoriasis.

Keywords: generalized pustular psoriasis, therapy, course.

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «МЕЖДУНАРОДНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ И НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ УКРАИНСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ» (г. Харьков)

Дерматология

УДК 616.5-002-056.43-07:616.3

КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Болотная Л.А.¹, Осипенко Т.С.²

*¹Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

*²КУ «Харьковский городской кожно-
венерологический диспансер № 4»*

Дисбактериоз кишечника («синдром избыточного бактериального роста») представляет собой патологический процесс, который является дополнительным звеном в патогенезе ряда дерматозов, в первую очередь аллергического генеза. Патологические процессы в пищеварительной системе приводят к образованию антигенных комплексов и аномальных продуктов расщепления пищи, содержащих микробные компоненты. Проникая через измененную слизистую оболочку кишечника в кровь, эти соединения взаимодействуют с иммунокомпетентными клетками. Воз-

никающая вследствие этого пищевая сенсибилизация организма является ведущим механизмом развития или триггерным фактором заболеваний.

Развитие атопического дерматита (АД) тесно связано с генетическими дефектами иммунного ответа и отрицательным влиянием неблагоприятных воздействий внешней среды. Установлено, что действие этих факторов определяет темпы развития АД, особенно у детей раннего возраста. Значимым фактором риска дерматоза является патология органов желудочно-кишечного тракта, особенно дисбиоз кишечника, который выявляется у 89,0–94,1% больных детей. Кишечная микрофлора, выполняя важную функциональную нагрузку, не может не участвовать в возникновении и поддержании патологических расстройств при АД. Свидетельством этому служат, во-первых, взаимосвязь степени выраженности дисбиоза с тяжестью клинических проявлений дерматоза, во-вторых, повышение эффективности лечения при целенаправленном воздействии на микрофлору кишечника. Кроме того, рост заболеваемости АД происходит параллельно с широким распространением кишечного дисбиоза в период новорожденности. Это

может быть связано с тем, что нарушению микроэкологии кишечника и возникновению аллергических реакций способствуют одни и те же факторы. При относительной ясности существующей закономерности «атопический дерматит и дисбактериоз кишечника», нет четкого объяснения причины формирования данного феномена и патогенетической взаимосвязи этих заболеваний. Вероятнее всего, связующим звеном патогенеза являются лактобациллы.

Цель работы – изучение клинической эффективности препарата ДермаПРО у больных АД с дисбиозом, установленным на основании симптомов и результатов проведения микробиологического анализа фекалий.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 25 больных АД в возрасте 3-7 лет с эритематозно-сквамозной и эритематозно-сквамозной с лихенификацией формой легкой и средней степени тяжести. Индекс SCORAD варьировал от 16 до 29 баллов.

Результаты и их обсуждение. Больные на фоне диеты и традиционной терапии принимали ДерматоПРО по 1 капсуле в сутки утром и/или вечером в течение 1 мес. ДермаПРО - симбиотик (пробиотик + пребиотик), используется в качестве диетической добавки к рациону питания как дополнительный источник жизнеспособных молочнокислых бактерий *Lactobacillus rhamnosus GG* и фруктоолигосахаридов для восстановления и нормализации микрофлоры кишечника, а также профилактики возникновения или обострения аллергических заболеваний.

По завершении курса лечения у большинства пациентов уменьшился зуд, выраженность эритемы, лихенификации, эксфолиаций, распространенности процесса, т.е. тяжесть дерматоза уменьшилась и оценивалась как легкая, индекс SCORAD снизился на 60-75% от исходного. Кроме позитивной динамики кожного процесса, у пациентов улучшился аппетит, исчезли боли в животе, нормализовался стул.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать включение в лечебный комплекс больным АД препаратов, способствующих восстановлению нарушенного микробиоценоза кишечника.

УДК 616.5-003.61-08-059

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВОГНИЩЕВОЇ АЛОПЕЦІЇ

Бондар С.А., Наліжитий А.А.

*Винницький національний медичний
університет ім. М.І. Пирогова*

Вогнищева алопеція (ВА) – хронічний дерматоз, що характеризується патологічним нерубцевим випадінням волосся в результаті впливу на волосяний фолікул різних факторів і проявляється формуванням вогнищ із повною відсутністю волосся на волосистій частині голови, у ділянці бороди, брів, вій і тулуба.

ВА – поширене захворювання волосся в дітей та дорослих. Серед хворих, що вперше звернулися до лікаря з дерматозами вона зустрічається від 2 до 5% випадків, частота ВА в популяції становить 0,2% (Задорожний Б.А. и соавт., 1996; Адаскевич В.П. и соавт., 2000; Скрипкин Ю.К., 2000; Tazi-Ahnini R. et al., 2002; Iringer K. et al., 2003).

Сьогодні нараховується від 2,2 до 4,5 млн. осіб, які страждають на ВА (Эрнандес Е., 2007). Останні дані свідчать про збільшення захворюваності на ВА, при цьому має місце тенденція до зростання частоти торпідних форм захворювання, резистентних до терапії. ВА є джерелом формування у хворих патологічної особливості (Короткий Н.Г. и соавт., 2002; Martinez-Miz A. et al., 2003).

Встановлено роль імунологічних, нейроендокринних, обмінних, судинних, коагуляційних, реологічних, гіпоксичних порушень у патогенезі ВА (Калужная Л.Д. и соавт., 1992; Суворова К.Н. и соавт., 1998; Федотов и соавт., 2011). Особлива роль у розвитку ВА належить імунним порушен-

ням. Трансформація імунної відповіді у хворих із різними формами алопеції, активна міграція цитотоксичних лімфоцитів у вогнище ураження, розвиток периваскулярної і перифолікулярної інфільтрації, відкладення IgE у сосочковому шарі дерми підтверджують участь імунної системи у розвитку ВА.

Вважають, що ВА можна розглядати як тканиноспецифічне аутоімунне захворювання, опосередковане аутоактивованими Т-лімфоцитами. Важливу роль у розвитку алопеції відіграє активність лімфоцитів, що формують інфільтрат навколо волосяного фолікула. ВА характеризується високою функціональною активністю лімфоцитів в інфільтраті навколо волосяного фолікула, при цьому спостерігається високий рівень ІЛ - 1, ІЛ - 10, низький – ФНП - α , ІФН - γ . Втрата волосся при ВА – результат як впливу на волосяні цибулини активованих Т - лімфоцитів, так і опосередкованого впливу різних цитокінів (Hoffmann R. Et al., 1996; Shapiro J. Et al., 2000; 2003).

Матеріали та методи. Було обстежено і проліковано 10 хворих на ВА у віці від 20 до 48 років. Виявлено зв'язок виникнення ВА з гострим або хронічним психоемоційним стресом – у 3 пацієнтів, з перенесеними гострими вірусними або бактеріальними інфекціями – у 5 пацієнтів, у 2 – причина не відома. Всі хворі на ВА мали клінічні прояви прогресуючої та стаціонарної стадії, яка характеризувалась наявністю поодиноких або численних ізольованих, з округлими обрисами осередків облісіння на голові. Площа випадіння волосся на голові до 25%, тривалість захворювання – 2 - 4 місяці. Дистрофічне ураження нігтьових пластинок виявлено у 7 хворих на ВА.

Хворим проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження: кров на RW, токсоплазмоз; консультації хірурга, стоматолога, ЛОР, невропатолога, гастроентеролога, ендокринолога. У 6 хворих була діагностована супутня патологія з боку органів травлення (гастрит, дуоденіт, коліт).

Результати дослідження. Після встановлення остаточного діагнозу було призначене комплексне лікування (2-3 курси):

дієта, деакура 1 табл. 1 р/д 1 місяць, аскоцин 1 табл. 1 р/д 1,5 місяця, кальцемін 1 табл. 2 р/д 1 місяць, епадол по 1 капс. 2 р/д 6 тижнів. Місцево – мазь протопік (такролімус) 0,1% за схемою 1 місяць 1 раз на день в другій половині дня, з 2 по 6 місяць – 2 рази на тиждень.

Після проведеного комплексного лікування через 4-6 місяців було відмічено значне покращання: густе заростання більше 50% площі осередків облісіння великою кількістю пушкового, пігментованого і депігментованого волосся, нових вогнищ немає. Зона розхитаного волосся і дистрофічні зміни нігтів відсутні. Рецидивів процесу не спостерігалось.

Висновки. Запропонований комплексний метод лікування хворих на вогнищеву алопецію може призначатись пацієнтам яв в стаціонарних, так і в амбулаторних умовах. Крім ефективності, перевагами запропонованого методу є відсутність непереносимості та ускладнень.

616.5:595.42]:616.5-002

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ І ПЕРЕБІГУ РОЗАЦЕА, ПОЄДНАНОЇ З МАЛАСЕЗІОЗОМ І ДЕМОДИКОЗОМ

Брібеш Мохамед Рідха

Запорізький державний медичний університет

Розацеа – хронічний часто зустрічається дерматоз. Звертає на себе увагу відсутність детальна описи клінічних особливості розацеа яка ускладнюється маласезіозом і демодекозом.

Мета роботи - визначити особливості клінічних проявів і перебігу розацеа, поєднаної з маласезіозом і демодекозом.

Матеріали та методи. Нами обстежено 84 хворих на розацеа – 53 чоловіки та 31 жінка, віком від 25 до 78 років (середній вік $41,7 \pm 16,3$). Були використані клінічні, мікроскопічні, бактеріологічні та мікологічні методи обстеження.

Результати. При аналізі клінічних проявів хворих на розацеа, поєднаної з маласезіозом і демодикозом, привернула на себе увагу відсутність хворих з першою стадією розацеа (еритематозно-телеангіектатичною). При цьому в групі порівняння з 20 пацієнтів перша стадія розацеа – у 4 (20%) хворих. Збір даних анамнезу про перші проявлення розацеа та їх розвитку у 84 досліджуваних, які могли точно їх описати, також показав відсутність у них в минулому проявів першої стадії і продромального періоду припливів. Прояви розацеа у них розвивалися на тлі папул, пустул і себореї, що існували раніше. Мономорфного еритематозного ураження шкіри у них ніколи в минулому не було. Збільшення в основній досліджуваній групі частки пацієнтів з фіматозною стадією розацеа - 6% проти відсутності таких пацієнтів у групі порівняння.

Висновки. Така особливість розвитку розацеа з фіматозною стадією та без продромальної стадії; її можна вважати особливістю, властивою розацеа, поєднаної з демодикозом і маласезіозом шкіри обличчя.

УДК 616.53-002.25.615.356

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМНИХ РЕТИНОЇДІВ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА АКНЕ

Бронова І.М.

*Харківська медична академія
післядипломної освіти*

Мета дослідження- вивчити динаміку саногенезу, дані анамнезу та ускладнення в процесі лікування у чоловіків молодого віку, хворих на акне.

Матеріали і методи. До групи увійшло 20 пацієнтів з акне II-III ступені тяжкості : 20 чоловіків 19-24 років. Особлива увага приділялась таким даним, як приймання спортивних БАДів та «спортивного харчування». За анамнестичними даними група пацієнтів

була поділена на тих, хто мав спортивний анамнез та приймав БАДи – 11 чоловіків та ті, хто займався спортом без прийому БАДів – 9 чоловіків. Всі пацієнти перебували на різних видах комплексної етіопатогенетичної терапії, кожна з яких обов'язково включала системні ретиноїди та виключала прийом БАДів. В процесі лікування оцінювалась вага до початку лікування та кожен місяць в процесі лікування, анамнез життя пацієнтів, а саме спортивна діяльність та скарги, які етіопатогенетично не пов'язані з основним захворюванням.

Результати дослідження. Одержані результати дозволили встановити, що пацієнти обох груп перші два місяці прийому системних ретиноїдів втрачали вагу. Відсоток втрати ваги коливався від 4% до 10%. Група пацієнтів, що приймали БАДи, мали більш тяжкий перебіг захворювання та більш уповільнений регрес клінічних проявів порівняно з іншою групою. При прийомі системних ретиноїдів у 11 чоловіків на другому місяці терапії мав місце свербіж передпліч, при незмінених показниках біохімічного аналізу крові пацієнтів.

Висновки. Одержані результати примушують звернути особливу увагу на хворих на акне, що займаються спортом і вживають БАДи та «спортивне харчування», в зв'язку з тим, що це поважає перебіг захворювання та ускладнює його лікування.

УДК 616.53-002:616-097-07]-08-035

ВИВЧЕННЯ ЗМІН ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАНУ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ РОЗАЦЕА ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ

Василенко А. В.

*Запорізький державний
медичний університет*

Мета роботи. Вдосконалення комплексної терапії хворих на різні клінічні форми розацеа з урахуванням вираженості змін в імунній системі.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 60 хворих на розацеа у яких до та після лікування проводили вивчення імунного статусу з виявленням основних показників клітинного та гуморального імунітету.

Результати. Нами було досліджено 60 хворих розацеа (із них з прерозацеа - 24 %, із судинною формою – 30 %, із запальною – 25 %, із пізньою – 21 % осіб) виявлено, що на це захворювання страждають переважно особи у віці від 36 до 65 років, як чоловіки (62,5 %), так і жінки (64,1 %): чоловіки - частіше на запальну форму розацеа (46 %), тоді як жінки – на прерозацеа (34 %); серед супутніх захворювань переважали хронічний холецистит (24 %), хронічний гастрит (25 %), гіпертонічна хвороба (54 %), гіперплазія щитоподібної залози (30%), неврози (57 %), депресивний стан (58 %); найбільш частим факторами загострення акне розацеа є харчова алергія (58 %) і контактний дерматит (51 %). До та після лікування у хворих на розацеа проводили вивчення імунного статусу з виявленням основних показників клітинного та гуморального імунітету. У якості контрольної групи було взято кров 20 здорових людей, порівнянних за віком та полом із досліджуваною групою.

По результатам дослідження усі пацієнти були розділені на 2 групи по 30 чоловік. Хворим першої групи проводилась стандартна терапія, яка включала в себе антибіотик тетрациклін 100мг 2р на добу, метронідазол курсами по 16-ти денній схемі з перервами у 10 днів в сумарній курсовій дозі 10 г, ангіо- та гепатопротектори, антигістамінні, десенсибілізуючі засоби та вітаміни. А 20-и хворим другої групи проводилась стандартна терапія та додатково призначався ангіопротектор «Аесцин» та анксиолітик «Мебікар», імуномодулятор «Лікопід» та додатково терапію, направлену на лікування супутньої патології.

При нашому дослідженні у пацієнтів із розацеа були виявлені зміни в імунному статусі, які вказують на гіперреактивність в імунній системі. Встановлено, що у хворих на розацеа імунозапальний процес, за раху-

нок активації показників клітинного імунітету - підвищення співвідношення CD4/CD8, підвищення рівня Т-хелперів, підвищення фагоцитарної активності нейтрофілів, активізація гуморальної ланки імунітету з проявами гіперімуноглобулінемії G, A, M та підвищення рівню прозапальних цитокинів ИЛ-10 та ИЛ-12.

У першій групі хворих, де була проведена стандартна терапія, клінічна ремісія та значне покращення стану спостерігалися у 56%, а після проведеного лікування по запропонованій нами схемі у другій групі – у 85%. Віддалене спостереження за хворими, отримавших лікування за нашою схемою, виявили відсутність рецидивів в послідуочі 6 місяців нагляду у всіх пацієнтів, загострення захворювання через рік у 7% хворих, головним чином у хворих, які отримували стандартну терапію.

При вивченні імунологічного статусу хворих після лікування, було виявлено, що після проведеної стандартної терапії основні показники почали мати тенденцію до поступового приближення до контрольних. Та спостерігалось збереження дисімуноглобулінемії. Показники фагоцитарної активності нейтрофілів (НСТ-тесту) та рівень цитокинів ИЛ-10 і ИЛ-12 не змінилися достовірно.

А у пацієнтів, отримавших лікування за нашою схемою, покращення клінічного стану підтверджується змінами імунологічного статусу. А саме, співвідношення CD4/CD8 приблизилось до норми, що пояснюється зниженням показників CD4+ та підвищенням кількості CD8+. Рівень CD16+ дещо підвищився, але в більшості випадків не дійшов до нормальних показників. Всі класи імуноглобулінів залишалися збільшеними. Починали покращуватися резервні можливості нейтрофілів у НСТ-тесті. Та рівень цитокинів нормалізувався або мав тенденцію до норми.

Висновки. На підставі одержаних результатів розроблено оригінальну комплексну методику лікування хворих на розацеа. Індивідуалізоване лікування залежно від вираженості імунопатологічних реакцій у різних

клінічних групах розацеа включало застосування «Аесцину», «Мебікару» та «Лікопіду» на базі стандартної терапії, що значно підвищує ефективність лікування розацеа призводить до змін суб'єктивного відношення пацієнтів до свого захворювання, корегує імунний статус, скорочує строки лікування пацієнтів, збільшує тривалість ремісій та зменшує кількість рецидивів захворювання.

УДК 616.517 – 06: 616.5 – 002.828] – 085

МЕТОДЫ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЁННОЙ МАЛАССЕЗИОЗОМ КОЖИ

Веретельник К. А.

*Запорожский государственный
медицинский университет*

Псориатическая болезнь – одна из наиболее актуальных проблем современной дерматологии, около 80 миллионов человек нашей планеты подвержены этому дерматозу. Малассезиоз кожи, являясь относительно новым микологическим понятием, на сегодняшний день доказал свою актуальность и занял полноправное место рядом с другими «болезнями цивилизации». Разнообразие клинических проявлений малассезиоза обратило наше внимание на усовершенствование терапии этого заболевания.

Цель исследования: повышение эффективности лечения пациентов с псориатической болезнью, осложнённой малассезиозом кожи.

Материалы и методы. Клинические – анализ субъективных и объективных данных обследования, постановка диагноза и контроль эффективности терапии; общелaborаторные – клинические анализы крови, мочи, кала, микроскопическое и культуральное исследование микробного пейзажа кожи. Всем пациентам определяли индекс PASI в динамике терапии.

Под нашим наблюдением находились 42 пациента псориатической болезнью, осложнённой малассезиозом кожи, которые были поделены на две группы по 21 человеку в каждой. Мужчины и женщины в обеих группах составляли 60% и 40% соответственно. Возраст пациентов варьировал от 18 до 62 лет. В стандартной комплексной терапии использовали иммуномодуляторы, гепатопротекторы, витамины группы В, различные топические стероидные и антимикотические средства в форме крема или мази.

Пациенты первой группы получали стандартную системную и топическую терапию. Пациенты второй группы получали тот же объём терапии, но с использованием препаратов итраконазола по 100 мг дважды в сутки перорально в течение двух недель.

Результаты исследования. В течение первой недели наблюдалась положительная динамика в обеих исследуемых группах: явления гиперемии и шелушения уменьшались на 70%, индекс PASI – на 30 %. Но у пациентов второй группы практически исчез кожный зуд и дискомфорт в очагах высыпаний. К окончанию курса лечения индекс PASI снижался в обеих группах на 70%. Явления незначительной гиперемии и шелушения удерживались в первой группе пациентов, во второй – полностью регрессировали.

Пациентов без изменений клинических проявлений или с ухудшением клинической симптоматики не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, вышеприведённые данные свидетельствуют, что общие методы терапии в сочетании с топическими стероидными и антимикотическими средствами и пероральным использованием препаратов итраконазола являются высокоэффективными средствами при лечении пациентов с псориатической болезнью, осложнённой малассезиозом кожи.

На наш взгляд, данный метод комплексного лечения псориатической болезни, осложнённой малассезиозом кожи, должен быть широко использован в дерматологической практике.

СПАДКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПСОРІАЗУ НА ПРИКАРПАТТІ

Вірстюк Н.Г.¹, Данчук У.І.², Цідило І.Г.²

¹ДВНЗ "Івано-Франківський
національний медичний університет"

²КЗ "Івано-Франківський обласний
клінічний шкірно-венерологічний
диспансер"

Псоріаз відноситься до багатофакторного захворювання. Важливу роль в розвитку псоріазу відіграє спадковий чинник. **Метою** роботи було вивчення ефекту антиципації при дослідженні хворих на псоріаз на Прикарпатті.

Матеріал і методи дослідження.

Була відібрана генеалогічна інформація про 201 хворого на псоріаз, серед них 74 особи жіночої статі у віці 15-81 рік та 127 – чоловічої статі у віці 9-84 років. Фенотипи пробандів та родичів оцінювали на основі медичної документації та зі слів пацієнтів. У 49 родах була наявна інформація про вік маніфестації захворювання у пробандів та у батьків. У всіх випадках спостерігався розповсюджений псоріаз, бляшковидна форма. При вивченні маніфестації псоріазу за однаковий вік маніфестації у батька і нащадка був прийнятий співпадаючий вік ($x \pm 1$) рік. Статистичне опрацювання отриманих результатів проводили з використанням програми "Statistica 10.0 for Windows" ("Stat Soft", США).

Результати дослідження. Порівняння віку маніфестації у пробандів та у їх хворих батьків показало, що в більшості випадків (87,76 %) захворювання у нащадків розпочалося у більш ранньому віці, тобто спостерігається ефект антиципації. У 8,16 % випадків захворювання у нащадка розпочиналося у тому ж віці, що і у батьків, а в 4,08 % нащадок захворів пізніше, ніж хтось із батьків.

Явище антиципації частіше спостерігалось у дочок (95,24 %), ніж у синів (82,14 %), ($p < 0,05$). Виявлена залежність антиципації у хворих на псоріаз від статі батьків: серед дочок антиципація відзначалася у 90,0%, якщо хвора мати, у 100,0% випадків – якщо хворий батько; серед синів антиципація відзначалася у 83,33%, якщо хвора мати, у 81,25 % випадків – якщо хворий батько. Середнє значення показника відносної антиципації складає ($20,40 \pm 1,12$)%. У різних випадках успадкування цей показник варіює від ($9,09 \pm 0,75$) % до ($32,14 \pm 2,07$) %.

Висновки. 1. Серед хворих на псоріаз у (87,76 %) випадків спостерігається ефект антиципації незалежно від типу успадкування.

2. Середнє значення показника відносної антиципації складає ($20,40 \pm 1,12$) %.

УДК 616.36-002+616.36-003.826:616.379-008.9-056.7

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛЕПТИНУ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Вірстюк Н.Г.¹, Никифоруk М.М.²

¹ДВНЗ "Івано-Франківський
національний медичний університет"

²КЗ "Івано-Франківський обласний
клінічний шкірно-венерологічний
диспансер"

Метою роботи було вивчення змін вмісту лептину в крові хворих на псоріаз на тлі метаболічного синдрому (МС).

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 74 хворих на неускладнений бляшковий псоріаз. Тривалість захворювання складала ($9,51 \pm 3,43$) років. Для оцінки важкості псоріазу використовували індекс PASI (Psoriatic Area and Severity

Index). МС діагностували згідно з рекомендаціями International Diabetes Federation (2005). Визначали антропометричні характеристики з розрахунком індексу маси тіла (ІМТ) за формулою Кетле. Всі пацієнти були розділені на 2 групи: I група включала 38 хворих на псоріаз без МС [вік $42,8 \pm 5,7$ років; ІМТ $21,3 \pm 2,6$ кг/м²; PASI $20,2 \pm 3,4$]; II група – 36 хворих на псоріаз з МС [вік $43,8 \pm 6,1$ років; ІМТ $33,4 \pm 4,8$ кг/м²; PASI $27,8 \pm 4,0$]. У групу контролю входили 20 здорових [вік $42,5 \pm 5,9$ років; ІМТ $22,0 \pm 2,4$ кг/м²]. Визначення вмісту лептину у крові проводилось за допомогою імуноферментного аналізу з використанням набору ELISA (DRG, Німеччина). Статистичне опрацювання отриманих результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері з використанням програми “Statistica 7,0 for Windows”.

Результати дослідження. За результатами дослідження у хворих на псоріаз II групи на тлі МС збільшення вмісту лептину у крові виявлено у 94,4 % випадків порівняно з 42,1% випадків у хворих I групи без МС ($p < 0,05$); його показник перевищував такий у хворих у хворих I групи у 3,23 разу ($p < 0,01$), у 5,07 разу такий у здорових ($p < 0,01$). Встановлено взаємозв'язок між лептинемією і важкістю перебігу псоріазу, показниками МС та інсулінорезистентності. Зокрема, кореляції між вмістом лептину у крові та ІМТ ($r = 0,32, p < 0,05$), вмістом тригліцеридів ($r = 0,57, p < 0,05$), показником PASI ($r = 0,24, p = p < 0,05$) були вірогідними і вказують на роль лептину в розвитку і більш важкому перебігу псоріазу на тлі МС.

Висновки. 1. У хворих на псоріаз за наявності МС відзначається більш часте і виражене збільшення вмісту лептину у крові.

2. Виявлений негативний вплив лептинемії на перебіг псоріазу за кореляцією між показниками вмісту у крові лептину та індексом PASI.

3. Встановлено взаємозв'язок між лептинемією і МС та інсулінорезистентністю, що вказує на його роль в патогенезі поєднаної патології – псоріазу та МС.

УДК 616.5-006.03-085.-832-035

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОЖИ

Головкин А. В.

*Запорожский государственный
медицинский университет*

Цель нашего исследования заключалась в проведении сравнительной характеристики эффективности диатермокоагуляции и криохирургии.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 38 человек в возрасте от 14 до 76 лет (мужчин – 7, женщин – 31) с разнообразной локализацией доброкачественных образований кожи.

У обследованных пациентов отмечались: мягкая фиброма – у 5 человек, старческая кератома – у 13, папилломы – у 10, вульгарные бородавки – у 5, остроконечные кондиломы – у 3, подошвенные бородавки – у 2.

Диагноз устанавливался на основании клинической картины патологического новообразования и тщательного сбора анамнеза. При необходимости удаленные участки отправлялись на гистологическое исследование.

Пациенты были безвыборочно распределены на две группы: первая группа – 23 человека, у которых деструкцию новообразований проводили путём диатермокоагуляции, вторая подгруппа – 15 человек, удаление новообразований у которых проводили путём криодеструкции.

Выводы: диатермокоагуляция доброкачественных образований кожи не вызывает выраженной воспалительной реакции и кровотечения, позволяет сократить сроки заживления, избежать осложнений и получить хорошие косметические результаты. Наличие рецидивов, осложнений в виде атрофических рубцов и депигментации кожи, болезненность во время проведения процедуры, огра-

ничають можливість використання криодеструкції. Метод криодеструкції не потребує обезболивання, може бути методом вибору при множественних образованиях на обширных участках тела больного, при наличии крупных образований, а также поверхностных образований большой площади.

Перспективы дальнейших исследований: полученные нами результаты позволяют рекомендовать проведение дальнейшего сравнительного исследования диатермокоагуляции с другими методами микрохирургии доброкачественных новообразований кожи.

УДК 616.2.575.204

ОСОБЛИВОСТІ ЧУТЛИВОСТІ MRSA ШТАМІВ, ВИДІЛЕНИХ ВІД ХВОРИХ НА ТЯЖКІ ПОШИРЕНІ ДЕРМАТОЗИ, ДО АНТИБІОТИКІВ РІЗНИХ ГРУП

**Джорасєва С.К., Гончаренко В.В.,
Васильєва О.С., Іванцова О.К.,
Щоголєва О.В., Ковалик А.І.**

*ДУ „Інститут дерматології
та венерології НАМН України”*

Шкіра людини являє собою унікальну екологічну систему, яка відіграє надзвичайно велику роль у забезпеченні різноманітних функцій організму та представлена чисельними мікробіоценозами, які створюються різновидами бактерій і грибів. Вплив несприятливої екологічної ситуації, загальне погіршення здоров'я населення, неконтрольоване вживання антибіотиків призводить до постійного зростання рівня захворюваності на поширені дерматози зі збільшенням кількості важких форм цих захворювань, які характеризуються безперервно рецидивуючим перебігом та вираженими мікробно-запальними проявами. Роль стафілококової компоненти екоотопу шкіри вельми важлива, оскільки мікробіологічні дослідження при цих захворюваннях упродовж останніх 20 років вказують, що ступінь колонізації шкіри

Staphylococcus aureus прямо корелює з тяжкістю перебігу дерматозів, а наявність стафілококової інфекції при атопічному дерматиті часто стає пусковим фактором загострення захворювання. Моніторингу за розповсюдженням *S.aureus* при різних нозологічних станах приділяють дуже велике значення. Це пов'язано з тим, що важливою клінічною проблемою є зростання генетично обумовленої резистентності патогенних мікроорганізмів до β-лактамних антибіотиків. До цієї групи збудників у тому числі належать оксацилінрезистентні штами *S.aureus* (за міжнародною класифікацією MRSA).

Метою дослідження стало визначення чутливості MRSA штамів до антибіотиків різних груп.

Матеріали та методи. об'єктом дослідження слугували 118 штамів *S.aureus*, вилучених з уражених ділянок шкіри хворих на тяжкі поширені дерматози. Чутливість вилучених культур до антибіотиків проводили диско-дифузійним методом з застосуванням стандартних дисків. За результатами визначення чутливості *S.aureus* до оксациліну штами було розподілено на метицилінрезистентні (MRSA) та метицилінчутливі (MSSA).

Результати дослідження. При дослідженні чутливості вилучених штамів *S.aureus* до антибактеріальних препаратів було встановлено, що дані мікроорганізми виявили високу чутливість до ванкоміцину (100%), гентаміцину, фузидіну (по 94,9%), ципрофлоксацину (88,9%), азитроміцину (68,6%); середню чутливість до доксицикліну, левоміцетину та лінкоміцину (38,1%, 47,4% та 50,0% штамів відповідно). Звертає на себе увагу висока резистентність ізольованих штамів до пеніциліну (87,2%). Питома вага MRSA за результатами визначення резистентності до оксациліну склала 34,7%. Порівнюючи отримані нами дані з результатами досліджень минулих років, виявлено, що у даній категорії хворих спостерігається тенденція до збільшення кількості MRSA штамів. Процент виявлення збільшився на 8,3% за 4 роки.

При аналізі чутливості MRSA штамів до антибактеріальних препаратів інших груп

було означено, що 32,0% збудників володіли полірезистентністю, тобто були резистентні до 3 і більше груп антибіотиків, у той час як для MSSA цей показник склав 12,0%. Факт збільшення кількості антибіотикорезистентних *S. aureus* набуває важливого клініко-епідеміологічного значення.

Висновки: Таким чином, моніторинг антибіотикорезистентності MRSA штамів виявив відносно високий відсоток полірезистентних штамів, що свідчить про необхідність раціонального підходу до призначення антибактеріальних препаратів. За результатами бактеріологічних досліджень встановлено, що найбільш перспективними для лікування мікробних ускладнень поширених дерматозів, спричинених MRSA штамми, можна вважати аміноглікозиди, фторхінолони та макроліди.

УДК 616.517.8

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Заблоцкая А.Г.

*Донецький національний медичний
університет ім.М.Горького*

Псориаз - это мультифакториальное заболевание, которое до настоящего времени остается актуальной проблемой в дерматологии из-за распространённости дерматоза, доказанного системного характера клинических проявлений и увеличения числа тяжелых форм заболевания, приводящих к утрате трудоспособности, иногда – к инвалидности.

Целью данной работы явилось определение возможных коморбидных заболеваний при псориазе.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное клиническое исследование с анализом медицинской документации 86 пациентов (основная группа), находившихся на лечении в областном кожно-венерологическом диспансере г.Донецк с диагнозом псо-

риаз. В качестве контрольной группы были взяты пациенты без псориаза (с другими дерматозами – 86 человек) в соотношении 1:1, того же пола и возраста. Для сравнения показателей коморбидности у данных групп были использованы методы условного логистического регрессионного анализа.

Результаты. Средний возраст пациентов составлял 48.3 ± 19.2 года, а также соотношение мужчин к женщинам 1.5:1. В сравнении с контрольной группой, больные псориазом чаще страдали ожирением (отношение шансов или odds ratios (OR) = 2,33), сахарным диабетом (OR = 2,76), заболеваниями щитовидной железы (OR = 1.34) и артериальной гипертензией (OR = 1.97). При этом была выявлена отрицательная связь с группой онкологических патологий (OR = 0.17).

Выводы: В ходе исследования выявлена связь псориаза с такими коморбидными патологиями как сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, ожирение и артериальная гипертензия, а также отрицательная связь с возникновением онкологических процессов.

УДК 616-022.7:579.861.1]-085.33-092.4

ІНГІБУВАННЯ ДІЇ ЗМІШАНИХ ІНФЕКЦІЙ ГРИБИ + БАКТЕРІЇ ЛІПОСОМАЛЬНИМИ АНТИМІКОТИКАМИ І АНТИБІОТИКАМИ

Іванова Н.М.

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

В більшості інфекції шкіри є змішаними і спричиняються асоціаціями гриби + бактерії, які часто створюють біоплівки. Частіше других це асоціації *Candida spp*+ *Staphylococcus spp*. Для змішаних інфекцій характерно більш тяжкий клінічний перебіг, що важко піддається до лікування, наявність ускладнень. Це пов'язано з тим, що змішані інфекції виникають у результаті зниження імунітету,

широкого поширення резистентних штамів, нездатності антимікробних препаратів проникати в біоплівки і впливати на формуючі їх бактерії. Стандартна терапія здатна справитися тільки з окремо існуючими планктонними клітинами, у той час як бактерії та гриби усередині біоплівки можуть розмножуватися після завершення курсу лікування, приводячи до формування хронічних процесів і рецидивів захворювання.

Відомо, що наночасткові та ліпосомальні форми лікарських засобів дозволяють значно підвищити ефективність, знизити токсичність та їхні терапевтичні дози і якісно змінити характер їх дії.

Мета дослідження є вивчення ефективності антимікробної та антифунгальної дії лікарських засобів у формі ліпосом по відношенню до мікст *Staphylococcus spp* + *Candida spp*.

Матеріали і методи. Формування біоплівок визначали за методом [1].

Розмір ліпосом визначали методом турбодиметрії по виміру оптичної щільності досліджуваної ліпідної суспензії в діапазоні хвиль 450 - 700 нм [2], розмір ліпосом склав 160-180 нм.

Визначення мінімально пригнічуючої концентрації (МПК) антимікробних препаратів та їх ліпосомальних форм проводили мікротитраційним способом та методами ПЛР. Продукти ПЛР аналізували електрофорезом в 1,0% агарозному гелі і досліджували на транслюмінаторі. Позитивна реакція визначалась появою ампліконів - фрагментів гену MET3 та гену MecA. МПК вважалася найменша концентрація, що затримувала ріст *Staphylococcus spp* + *Candida spp* протягом періоду інкубації.

Результати та їх обговорювання. Були одержані ліпосомальні форми антибіотиків та антимікотиків та вивчена їх антимікробна активність в дослідах *in vitro* на змішаних біоплівках бактерії + гриби. Розроблен молекулярно-генетичний метод визначення активності антимікробних засобів по наявності або відсутності генів mecA та гену Met3 щодо інгібування біоплівок *Staphylococcus aureus* + *Candida albicans*.

Було показано, що терапевтичні дози лінкоміцину та флуконазолу у відношенні збудників *Staphylococcus aureus* та *Candida albicans* зменшувались у 7-10 разів при використанні їх ліпосомальних форм в експериментах *in vitro*.

Ефективність дії комплексів ліпосом та бактеріофагів (піофагу та секстафагу) була вище дії комерційних бактеріофагів. МПК комплексу лецитинових ліпосом та бактеріофагів, при якій знищувались планктонні клітини *S. aureus*, була у 10 разів менше МПК комерційних бактеріофагів. Використання негативно заряджених ліпосом знижало МПК у 100 разів.

Висновки. Одержані дані свідчать про можливість використання молекулярно-генетичних засобів для визначення активності антимікробних засобів при грибкових, мікробних інфекціях та їх змішаних формах. Комплекси бактеріофагів та ліпосом є ефективними стосовно *S. aureus*. Використання міксту антимікотиків і антибіотиків у ліпосомальній формі може призвести до суттєвого підвищення їх терапевтичної ефективності щодо збудників захворювань шкіри та зниження розповсюдження цих захворювань.

УДК 616.5-002.828

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНЫХ И ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

Кадыгроб И. В.

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

*Харьковский городской кожно-
венерологический диспансер №1*

Дерматомикозы составляют значительную часть инфекционной патологии человека и представляют собой важную проблему клинической медицины. Возникновение

заболевания у взрослых может быть связано с дестабилизацией центральной и вегетативной нервной систем, гормональным дисбалансом, нарушением иммунитета, наличием фокальной инфекции и различной соматической патологией.

В последнее время отмечается рост заболеваний щитовидной железы, связанных как с понижением, так и с повышением ее функциональной активности. Являясь одним из важнейших звеньев нейроэндокринной системы, она оказывает существенное влияние на репродуктивную систему. Формирование репродуктивной системы возможно только при нормальной функции щитовидной железы. Известно, что прогестерон и тестостерон являются эффективными ингибиторами роста грибов и функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы может влиять на возникновение и течение заболевания.

Целью настоящего исследования явилось изучение в крови уровня гормонов гипофизарно-тиреоидной (тиреотропин, тироксин и трийодтиронин) и гипофизарно-гонадной систем (фолликулостимулирующий, лютеинизирующий гормоны и тестостерон у мужчин, прогестерон, эстрадиол, тестостерон, фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны у женщин).

Материалы и методы. Гормональное обследование проведено 33 больным микроспорией (15 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 15 до 59 лет. У женщин уровень гормонов определяли в лютеиновую фазу. В контрольную группу включено 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с основной группой. При изучении анамнеза какие-либо эндокринные заболевания у пациентов не выявлены.

Результаты и их обсуждение. При исследовании функциональной активности гипофизарно-тиреоидной системы выявлено снижение содержания тироксина в плазме крови у 20 (66,6%) больных (8 мужчин и 12 женщин), нормальное значение или тенденцию к снижению показателя (колебания в пределах от 60 до 69 нмоль/л) – у 13

(33,4%) пациентов (7 мужчин и 6 женщин). При этом уровень тироксина у лиц контрольной группы колебался от 60 до 160 нмоль/л. При определении концентрации трийодтиронина у больных не установлено отклонений от физиологических колебаний гормона (0,7-1,2 нмоль/л). Содержание тиретропина в плазме крови больных микозами оказалось повышенным у 16 (48,5%) больных (4 мужчин и 12 женщин), у остальных пациентов (11 мужчин и 6 женщин) не отличалось от физиологических колебаний у лиц контрольной группы – 0,4-4,0 мМЕ/л.

Анализ результатов исследования гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы у мужчин с микроспорией определил снижение уровня тестостерона, при этом у 2 пациентов (13,3%) показатель уменьшался незначительно и оставался на нижних границах нормальных значений (10,1 – 10,5 нмоль/л), у 13 человек (86,7%) достоверно снижался (2,9-3,1 нмоль/л) при физиологических колебаниях гормона от 12 до 38 нмоль/л. Выявлена тенденция к уменьшению содержания гонадотропных гормонов у больных по сравнению с контрольной группой. Уровень фолликулостимулирующего гормона у 14 (93,3%) мужчин колебался от 2,1 до 4,5 Ед/л и достоверно отличался от показателя в контрольной группе (до 12 Ед/л), лютеинизирующего гормона – у 12 (80%) пациентов варьировал от 4,0 до 5,5 Ед/л (в норме – до 10,5 Ед/л).

У 11 женщин (61,1%), больных микроспорией, выявлено достоверное снижение уровня прогестерона до 2,7 нмоль/л (у лиц контрольной группы 6-45 нмоль/л) на фоне менее значительного снижения эстрадиола до 0,11 нмоль/л (у практически здоровых женщин – 0,2-0,8 нмоль/л). Содержание гормонов гипофиза у женщин было в нижних пределах нормы (фолликулостимулирующий гормон – 1,7-6,5 МЕ/л, лютеинизирующий гормон – 1,8-22 МЕ/л). Уровень лютеинизирующего гормона у 18 (100%) женщин колебался от 4,2 до 7,4 МЕ/л, фолликулостимулирующего гормона – от 2,1 до 4,4 МЕ/л. Уровень тестостерона практически не изме-

нявся по сравнению с контрольной группой (до 5 нмоль/л).

Выводы. Таким образом, у мужчин и женщин, больных микроспорией, отмечается различной степени выраженности изменения содержания гормонов гипофизарно-тиреоидной и гипофизарно-гонадной системы. При изучении уровня гормонов гипофизарно-тиреоидной системы отмечено снижение тироксина и повышение тиреотропина в плазме крови соответственно у 48,5 и 66,6% обследованных. Исследование содержания гормонов гипофизарно-гонадной системы у больных микроспорией установило, что для мужчин, по видимому, значимым является снижение тестостерона (86,7%) и гонадотропинов (80,0-93,3%), а у женщин – изменения прогестерона и эстрадиола (61,1%), что влияет на распространенности процесса (преимущественно многоочаговые формы заболевания).

УДК 616.53-002-06-035-08:616.5-002.828

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПОКАЗАННЯ ТА МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ, УСКЛАДНЕНУ МАЛАСЕЗІОЗОМ ШКІРИ

Корецька О.Ю., Федотов В.П.

*Запорізький державний медичний
університет*

Мета роботи – підвищити ефективність лікування хворих на вугрову хворобу (ВХ), що ускладнена маласезіозом шкіри, шляхом розробки комплексної диференційованої терапії з урахуванням показників мікробіоценозу шкіри, себометрії та корнеометрії, імунологічних зсувів. В завдання роботи входило проведення зіставного аналізу клінічних особливостей, перебігу ВХ, результатів усіх додаткових методів дослідження з виділенням різних рівнів клініко – лабораторних порушень, розробка і оцінка розробленого

нами диференційованого комплексного лікування хворих.

Матеріали та методи. Досліджено 120 хворих на ВХ різними клінічними формами, переважно II і III ступеню важкості. Маласезіоз встановлений у 100 з 120 досліджених, обумовлених *M. furfur*, *M. pachidermatis*, *M. globosa*, *M. obtuses*, проявлявся у вигляді пітіаріаза в\ч голови, кероза Дар'є, камедонів, фолікуліта, різнокольорового лишая, себореюного дерматиту.

Проведений кластерний аналіз у досліджених 100 хворих на ВХ з супутнім маласезіозом виявив різні рівні клініко – лабораторних зрушень і дозволив об'єднати їх у дві клініко – терапевтичні групи. Першу групу склали 60 хворих на ВХ з II і III стадією без явищ проліферації і і значної пустулізації з простим пітіаріазом в\ч голови, фолікулітом, обумовлених *M. furfur*, *M. pachidermatis*. У цих хворих відмічено деякі збільшення РН шкіри обличчя, жирності та зменшення вологості.

Мікробіоциноз був представлений дріжджеподібними грибами, асоціацією маласезій і *Candida*, кокковою флорою і *P. acnes*, в імунному статусі відмічено зниження ФІ, ФЧ, НСТ – тести, а також числа лімфоцитів, CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, збільшення CD16⁺, CD22⁺, Ig I, IL 10 та IL 12 при низькому рівні індекса CD4⁺\ CD8⁺.

Друга група складалася з 40 хворих з III та IV стадіями ВХ з виразними запальними змінами, великими пустулами, кістами та індуративними проявами з маласезійним пустульозом, різнобарвного лишая, камедонів, екзематидів Дар'є, обумовлених *M. globosa*, *M. obtuses*. РН шкіри та жирність були значно підвищені при зниженій вологості. Мікробіоциноз представлений у вигляді комбінації *M. furfur*, *P. acnes*, *S. albicans*, грамнегативної палички, *S. aureus*. В імунному статусі були виявлені більш значні порушення, ніж у I групі.

Результати дослідження та їх обговорення. Ми розробили оригінальну методику комплексної терапії хворих на ВХ з супутнім маласезіозом. Препарати призначали дифе-

ренційовано, в залежності від виділених груп, використовуючи етіотропні і патогенетичні засоби (антимікотики, антибактеріальні, імуномодельючі, гепатопротектори, гіпосенсібілізуючі, вітаміни, мембраностабілізуючі і антиоксиданти.

40 хворим першої клініко – терапевтичної групи рекомендували прийом ітраконазолу на протязі 1,5 місяців, азитроміцину на протязі 6 – 8 діб, аскорбінової кислоти, алерона, цинарікса. З метою імуномодуляції рекомендували тіотриазолін та субалін. Зовнішня терапія полягала у втиранні 1% пасти «Сульсену», нанесення Азогелю, саліцилового та левоміцетинового спиртів.

30 хворим другої клініко – терапевтичної групи рекомендували прийом ітраконазолу, 3 курсу, азитроміцину 10 днів, тіогами, аскорбінової кислоти, алерона, цинарікса, імуномодуляторів – тіотриазаліна, аміксина ІС, по показанням - дексаметазону, зовнішньо – саліцилового та левоміцетинового спирту, пасти «Сульсена», УФО.

30 хворих з групи порівняння проліковано традиційно без урахування грибної інфекції, як і 20 хворих на ВХ без супутнього маласезіозу: дієта, вітаміни групи В, антибіотики, імунал, вітамін С, карсил, зовнішньо – скінорен.

У лікуванні за запропонованою нами методикою стабілізація і початок регресу проявів дерматозів наступали в середньому на 8 – 12-й (перша група) и 12 – 16 дні (друга група). Сприятливий косметичний ефект відзначався на 22 – 24-й день. Не відзначено негативного впливу препаратів на організм в цілому, а також на перебіг дерматозів. У той же час з 50 хворих, які лікувались традиційно у 11 відмічено загострення дерматозів, у 12 – торпідність до терапії. Стабілізація шкірного процесу була значно пізніше, ніж у хворих, які лікувались по запропонованій нами методиці, було необхідне додаткове лікування.

Після лікування, одночасно з клінічним покращенням стану хворих, відмічено зниження рН, жирності шкіри обличчя, збільшення вологості, зменшувалась інтенсивність мікробної колонізації шкіри, осо-

бливо грибів роду *Malassezia*. Статистично достовірно збільшувався ФІ, ФЧ, НСТ-тест, зменшувалась кількість нейтрофілів, рівень IgG, IgM, збільшувалась кількість лейкоцитів, лімфоцитів, CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, при зниженні CD22⁺, IL-10 і IL-12, нормалізації індексу CD4⁺/CD8⁺.

Спостереження. При спостереженні за хворими після лікування протягом 2,5 років, у 50 хворих пролікованих традиційно, тривалість ремісії була 2,5 місяця і у 12% - 6 місяців. У хворих на ВХ, які лікувались за запропонованою нами методикою, зазвичай тривалість ремісії була 8-14 місяців, у 19% - була більше 14 місяців. Були відсутні хворі з прогресуванням ВХ і маласезіозу шкіри, з ускладненнями після терапії.

УДК 616.517-036.17-008.9-092-085

ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЁЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

*Кутасевич Я. Ф., Олейник И. А.,
Гаврилюк А. А.*

*ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины»,*

Псориаз на современном этапе остаётся одним из наиболее часто встречающихся хронических дерматозов. Значительная распространённость, увеличение числа больных с тяжёлыми торпидно протекающими формами заболевания (псориатическая эритродермия, экссудативный, пустулёзный, артропатический псориаз), которые часто являются причиной инвалидизации больных, позволяют отнести этот дерматоз к наиболее значимым медико – социальным проблемам. В последнее время активно изучается и обсуждается роль оксида азота в воспалительном процессе.

Цель исследования: изучение показателей стабильных метаболитов оксида азота (нитраты, нитриты) в сыворотке крови боль-

них тяжёлыми формами псориаза в период обострения в зависимости от степени активности заболевания.

Материалы и методы: было обследовано 25 больных артропатическим псориазом (АП), среди которых 17 больных II степени активности и 8 пациентов с активностью III степени, группа контроля составила 10 человек.

Результаты исследования. Достоверно установлено повышение уровня содержания стабильных метаболитов оксида азота у больных АП по сравнению с контрольной группой, причём более высокие показатели наблюдались соответственно увеличению активности заболевания. У больных с III степенью активности АП показатели метаболитов оксида азота достоверно выше чем у пациентов со II степенью активности.

Вывод. При оценке степени активности исследование показателей стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови больных тяжёлыми формами псориаза имеет диагностическое значение.

УДК 616.53+616.596.615.3

ПОЛІМОРБІДНА ДЕРМАТОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ ТА ПЛЕЙОТРОПНИЙ ЕФЕКТ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІ

**Я.Ф.Кутасевич¹, І.О.Олійник¹,
І.О.Маштакова¹, В.Ю.Мангушева¹,
І.М.Бронова²**

¹ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

²Харківська медична академія післядипломної освіти

Однією з основних проблем сучасної дерматологічної практики є поліморбідність та поліпрагмазія. Все частіше до дерматолога звертаються пацієнти, що мають поєднану дерматологічну патологію, яка представлена

різними етіопатогенетичними чинниками.

У зв'язку з різноманітністю етіологічних факторів поліморбідної патології, стало питання застосування препарату, що об'єднав би більшість видів назначеної терапії, знизив би поліпрагмазію і мав плеiotропний ефект.

Мета дослідження: визначити поліморбідну патологію у хворих на стрептостафілодермію та в зв'язку з одержаними результатами оптимізувати терапію цієї групи пацієнтів.

Матеріали та методи. До групи увійшло 30 пацієнтів, хворих на стрептостафілодермію: у яких в процесі обстеження була виявлена поєднана дерматологічна патологія. Так виявлено, що 22(73,3%) пацієнта цієї групи страждали на мікоз стоп, 27(90%) мали стрептостафілодермію, поєднану з демодекозом, 22(73,3%) пацієнта мали стрептостафілодермію поєднану з мікотичним та паразитарним ураженням шкіри. Пацієнти, що мали поєднане бактеріальне, мікотичне та паразитарне ураження шкіри були поділені на групи: контрольну 11 пацієнтів та досліджувану 11 пацієнтів. Контрольна група отримувала традиційну етіопатогенетичну терапію, а досліджувана традиційну етіопатогенетичну терапію та неспецифічні імуномодулятори. Ефективність лікування оцінювали за строками регресу клінічних проявів та кількістю рецидивів після проведеної терапії строком до трьох місяців.

Результати дослідження та обговорювання. Строки регресу клінічних проявів не мали особливих відмінностей у пацієнтів обох груп.

Результати динамічного спостереження за пацієнтами обох груп показали, що рецидив стрептостафілодермії, демодекозу, мікозу мав місце у 9 пацієнтів з контрольної групи і констатувався лише у 4 пацієнтів в групі, яка отримувала неспецифічні імуномодулятори.

Висновки. При наявності поліморбідної дерматологічної патології доцільне застосування в комплексній терапії неспецифічних імуномодуляторів, що мають плеiotропний ефект, об'єднують всі ланки етіопатогенезу та сприяють підвищенню ефективності лікування.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ОНІХОМІКОЗИ

**Кутасевич Я. Ф.¹, Олійник І. О.¹,
Рижко П.П.², Чеховська Г. С.¹,
Маштакова І.О.¹, Зюбан І.В.¹**

¹ДУ «Інститут дерматології та
венерології НАМН України»

²Обласний шкірновенерологічний
диспансер №1, м. Харків

Терапія оніхомікозів відрізняється тривалим використанням системних антимікотиків, що часто ускладнюється побічними ефектами. Тому зменшення термінів використання цих препаратів та розробка комплексних методів лікування, що скорочують терміни застосування системних антимікотиків є важливим завданням сучасної мікології.

Мета дослідження: оптимізувати терапію оніхомікозів шляхом покращення периферичного кровообігу.

Матеріали і методи: під наглядом знаходилося 40 хворих на оніхомікози кистей і стоп, які були розподілені на дві групи (по 20 осіб у кожній). І група отримувала в комплексному лікуванні системний антимікотик і ультратон-терапію, на курс 10-20 процедур тривалістю пропорційно площі впливу. ІІ група – тільки системний антимікотик. У пацієнтів заміряли довжину уражених нігтів і проводили їх дерматоскопічне дослідження кожен місяць.

Результати та їх обговорення. При дерматоскопічному дослідженні було виявлено сіро-жовте, буре забарвлення частки або всією поверхні нігтів, відсутність прозорості нігтьових пластин, покресленість поверхні, поточеність, гіперкератоз вільного краю. Звертали увагу на наявність і товщину нігтів, у трьох пацієнтів виявлено повну атрофію нігтьових пластин стоп. Після місяця лікування дерматоскопічна картина у пацієнтів обох груп значно не змінилася. Після

другого – у дерматоскопічній картині пацієнтів І групи було відмічено появу прозорості нігтів, поверхня нігтів стала гладкішою, а самі нігті відросли на 1–2 мм більше, ніж у пацієнтів ІІ групи. На третьому місяці – сіро-жовтий колір змінився на світло-рожевий, поточеність і гіперкератоз вільного краю були практично відсутні, тунелі зникли та на місці повної атрофії частково відросли нігтьові пластини довжиною 4–5 мм. Клінічні позитивні зміни було виявлено у пацієнтів І групи на другому місяці лікування, у пацієнтів ІІ групи – пізніше. Мікологічна негативація в І групі наставала раніше, ніж у пацієнтів ІІ групи.

Висновки: використання ультратон-терапії у комплексному лікуванні хворих на оніхомікози сприяє швидшому росту нігтьових пластинок і настанню мікологічної негативації за рахунок підвищення судинної проникності, покращення крово- та лімфообігу. Це дає можливість скоротити термін використання системних антимікотиків.

УДК 616.521-06:616.137/.616.147.3-07-08-053.9

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ТЕЧЕНИЕ И ТЕРАПИЯ ПАРАТРАВМАТИЧЕСКОЙ (МИКРОБНОЙ) ЭКЗЕМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Луцан А. А.

*Запорожский государственный
медицинский университет.*

Частота паратравматической (микробной) экземы у лиц пожилого возраста с патологией сосудов нижних конечностей возрастает, поскольку удлиняется продолжительность жизни, наблюдаются частые поражения сосудов нижних конечностей, которые могут служить фоном для развития трофических язв и в последствии экземы. Хотя и име-

ется ряд исследований посвященных данной проблеме, однако некоторые аспекты этиологии, патогенеза этих процессов остаются не до конца изученными.

Мы однако считаем необходимым изучение вопросов обмена веществ, микроциркуляции, тонуса периферических сосудов и трофики кожи, а также методов клинико-лабораторной диагностики и терапии данных дерматозов, особенно проведение профилактических и реабилитационных мероприятий.

Среди многих факторов, влияющих на долгосрочные адаптационные механизмы и, как следствие, на течение патологических процессов, особое внимание необходимо уделять гипоксии, поскольку многие физиологических процессов в организме человека, возникновение и течение заболевания прямо или косвенно связаны с гипоксией, нарушением перекисного окисления липидов (ПОЛ), снижением антиоксидантного потенциала. В последние годы многие авторы уделяют большое внимание в развитии и течении заболеваний кожи состояния ПОЛ, с которым непосредственно связана скорость метаболических процессов: митотическая активность, состояние окислительного фосфорелирования, потенциал мембран, активность ферментативных систем и др.

Однако в доступной литературе изучение ПОЛ и функционального состояния сосудов носило отрывочный характер, не проводился анализ зависимости между ними, а полученные показатели были противоречивыми. Поэтому изучение ПОЛ и функционального состояния региональной сосудистой системы во взаимосвязи с особенностями клинических проявлений паратравматической экземы с преимущественной локализацией патологического процесса на коже нижних конечностей представляет особый интерес для выяснения отдельных звеньев развития патологического процесса и разработки патогенетических корректирующих методов лечения.

Использование известных в настоящее время методов лечения не всегда позволяет получить желаемые результаты и не гарантирует излечения или предупреждения реци-

дивов дерматозов, поэтому поиск новых методов терапии этих заболеваний является весьма актуальным.

Цель работы: изучить особенности клинических проявлений и течение паратравматической (микробной) экземы у пожилых людей с патологией сосудов нижних конечностей, некоторые механизмы развития дерматозов, разработать методы дифференцированной терапии и их профилактики.

Материалы и методы исследования.

Под наблюдением находилось 40 больных на паратравматическую экзему с преимущественным поражением кожи нижних конечностей. Из 40 больных микробной экземой женщин было 25(52,5%), мужчин - 15 (47,5%) в возрасте преимущественно 35-50 лет.

Паратравматическая экзема (варикозная) диагностирована у 20 пациентов, экзема, этиологически связана с атеросклерозом - у 17, микробная экзема, облитерирующим эндоартериитом - у 10. Микробная экзема была связана с развитием трофических язв по клиническим проявлениям и течению соответствовала общепринятым представлениям. Группа сравнения – 10 больных у лиц пожилого возраста без патологии сосудов нижних конечностей. Использовались следующие методы исследования.: функциональные – капилляроскопия, реовазографические исследования, доплерография, а также биохимические методы оценки состояния ПОЛ.

Результаты и их обсуждение. В отличие от здоровых людей, у 77,5 % больных на экзему при анализе реовазограм преобладали спастические явления в сосудах пальцев конечностей ($2 = 8,62$; $p < 0.01$). У больных экземой, особенно осложненной сосудистой патологией, реовазограмми отмечались более пологим подъемом анакроти, закруглением вершины и высоким состоянием инцизури, снижением реовазографического индекса, часто слабой выраженностью диастолических волн (реовазографический индекс $= 0,91 \pm 0,01$, время анакроти $= 0,129 \pm 0,04$; время катакроти $= 0,46 \pm 0,02$, индекс тонического напряжения $= 1,71 \pm 0,03$). Реакция на нитроглицериновую пробу была положительной у 85,4 % больных этой группы, что свиде-

тельствует о значительный удельный вес морфологических нарушений кровотока в магистральных сосудах конечностей. В группе сравнения: $1,36 \pm 0,003$; $0,12 \pm 0,002$; $0,66 \pm 0,002$; $2,4 \pm 0,004$. У этих больных отмечался преимущественно гипотонический тип реограмм с характерным морфофункциональным типом патологии. Капилляроскопическая картина на нижних конечностях характеризовалась спастическим и спастико-гипотоническим состоянием капилляров у больных на экзему и нейродермит, особенно при осложнении сопутствующей патологией, с преобладанием в последних спастико-гипотонического состояния капилляров. Артериальные отделы капиллярных дуг находились в состоянии спазма, были сокращены, иногда пунктирные. Поток крови был или стремительным, или часто прерывистым. Венозные ветви были спазмированные, набухшие, извилистые, с замедленным кровотоком, бледным цианотичным фоном. Количество капилляров в 1 мм^2 равнялась 6-9. У больных на экзему и нейродермит без сопутствующей патологии отмечался гипотонический состояние капилляров со сплошным потоком крови. Количество капилляров в 1 мм^2 достигала 9-15, отмечались удлиненные концы дуг, фон картины был розовым, были выразительные прекапиллярный отек и венозная сетка.

Установлены особенности ПОЛ у пациентов с экземой были увеличены, по сравнению со здоровыми, ДК плазмы в 1,62 раза, ДК эритроцитов в 1,7 раза, ТК плазмы в 2,19 раза, ТК эритроцитов в 3,5 раза, МДА плазмы в 2,28 раза, МДА эритроцитов в 2,8 раза, а активность СОД была снижена в 1,32 раза, и их взаимосвязь с нарушениями гемодинамики, микроциркуляции и оксигенации кожи у больных на экзему с преимущественным поражением кожи нижних конечностей.

Разработана методика и дифференцированные показания к комплексной патогенетической терапии больных на экзему с локализацией патологического процесса на коже нижних конечностей с использованием антиоксидантов и препаратов для коррекции

гемодинамики (Кокарбоксилаза, АТФ, Миасер, Пентоксифиллин, Рибоксин).

Получены благодаря результатам клиничко-лабораторным изменениям разработанные нами комплексной дифференцированной терапии больных паратравматической (микробной) экземой у пожилых людей с патологией сосудов нижних конечностей с последующей их реабилитацией и диспансеризацией.

Выводы: Разработана и внедрена в практическую медицину методика комплексной корректирующей и патогенетической терапии больных на экзему и нейродермит с преимущественным поражением кожи нижних конечностей.

Определены дифференцированные показания к применению антиоксидантных и ангиотропных препаратов в комплексной терапии больных на экзему и нейродермит, клиничко-лабораторные методы оценки эффективности предложенной терапии с последующей диспансеризацией, направленную на предупреждение рецидивов заболевания.

УДК 616.596+616.14-007.64-085

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЖІНОК СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ОНІХОМІКОЗ ПОЄДНАНИЙ З ВАРИКОЗНИМ УРАЖЕННЯМ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК

**Олійник І.О.¹, Маштакова І.О.¹,
Пятикоп І.О.¹, Бронзова І.М.²**

¹ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»

²Харківська медична академія
післядипломної освіти

Протягом багатьох років оніхомікози утримують лідерство за розповсюдженістю та захворюваністю серед дорослих, в багато

раз перевершуючи інші інфекційні ураження шкіри. Перше місце серед дерматомікозів займають мікози стоп з оніхомікозом, вони нараховують 77,75% всіх випадків дерматофітій. Останні дослідження виявили, що оніхомікози в структурі дерматологічної патології займають 24%. Кількість хворих на оніхомікози збільшується в середній та старших вікових групах: по деяким даним на цю патологію страждають більше 50% пацієнтів в віці від 46 до 75 років. В зв'язку з тим, що достатньо вивчені та досліджені групи захворюваності на цю патологію серед молодих чоловіків та воєннослужбовців, та, враховуючи особливості анамнезу та коморбідної патології наших пацієнтів, ми відокремили групу пацієнтів за такими критеріями: оніхомікоз, стать, вік, варикозний симптомокомплекс.

Мета дослідження: виявити наявність варикозного симптомокомплексу у жінок старшої вікової групи, хворих на оніхомікоз та в зв'язку з одержаними результатами оптимізувати терапію цієї групи пацієнтів.

Матеріали та методи. До групи увійшло 36 пацієток 55-68 років, хворих на оніхомікоз: у яких в процесі обстеження був виявлений варикозний симптомокомплекс. Всі пацієнтки отримували етіопатогенетичну терапію та були поділені на дві групи. Контрольна група нараховувала 18 пацієток, досліджувана – 18, які окрім традиційної терапії отримували рослинний пероральний венотонік. Ефективність лікування оцінювали за строками регресу клінічних проявів та кількістю рецидивів після проведеної терапії строком до трьох місяців.

Результати дослідження та обговорювання. Строки регресу клінічних проявів мали особливості в досліджуваній групі: майже в 1,5 рази зменшувались прояви мікотичної екзематизації і строки відновлення нігтьової пластини були більш скороченими ніж у контрольної групи.

Результати динамічного спостереження за пацієнтами обох груп показали, що рецидив оніхомікозу мав місце у 4 пацієток з контрольної групи і констатувався лише у 1

пацієнтки в групі, яка отримувала рослинний венотонік.

Висновки. При наявності оніхомікозу, поєданого з варикозним ураженням нижніх кінцівок жінок старшої вікової групи доцільне застосування в комплексній терапії рослинних пероральних венотоніків, які покращують трофіку тканин в осередку ураження та сприяють підвищенню ефективності лікування.

УДК [616.596-002.828:616.521]-07-08-053.88/9

МИКОЗЫ И ОНИХОМИКОЗЫ У ЛИЦ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

**И.А.Олейник, И.А.Маштакова,
И.А.Пятикоп, В.Ю.Мангушева,
А.С.Чеховская**

*ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины»*

Человек живет в мире грибов: микроскопические грибы являются частью среды обитания современного общества, и их общее число на планете приближается к 1,5 млн. В настоящее время изучено около 69 тыс. видов грибов, приблизительно 500 из них являются патогенными для человека и вызывают заболевания, объединенные термином «микозы». Длительно существующая в организме микотическая инфекция оказывает общетоксическое и сенсibiliзирующее действие на организм больных, способствуя развитию аллергической патологии и ухудшению течения имеющихся заболеваний кожи и внутренних органов и в значительной степени ухудшает качество жизни.

Цель – определение частоты микозов стоп и онихомикозов среди лиц среднего и пожилого возраста больных экземой.

Материалы и методы. Обследовано 35 больных (мужчин – 17, женщин – 18) в возрасте от 51 до 75 лет с различными кли-

ническими формами экземы. 19 пациентов были в возрасте 51- 60 лет, 11 – 61-70 лет и 5 – старше 70 лет. Давность заболевания до 5 лет установлена у 7 человек, от 5 до 10 лет – у 11, свыше 10 лет – у 17. Микотической экземой страдали 23 больных, истинной – 10, профессиональной – 2. Микоз стоп и онихомикоз подтверждали микроскопическим исследованием чешуек из очагов поражения.

Результаты и их обсуждение. Микозы стоп выявили у 21 (60%) больного экземой. Среди них определялось 11 (52,3%) мужчин и 10 (47,7%) женщин. В возрастной группе 51-60 лет микоз стоп обнаружили у 8 (42,1%) больных- 5 мужчин и 3 женщин, в группе от 61 до 70 лет – у 10 (90,9%) - 6 мужчин и 5 женщин, соответственно, старше 70 лет – у 3 (60%) обследуемых- 1 мужчины и 2 женщин.

Гиперкератотическую форму микоза стоп наблюдали у 8 (38,1%), сквамозную – у 13 (61,9%) обследуемых.

У 12 (57,1%) обследуемых - у 7 мужчин и 5 женщин с грибковой инфекцией был диагностирован онихомикоз. В возрастной группе от 51-60 лет поражение ногтевых пластин наблюдалось у 4 (50%) пациентов – 3 мужчин и 1 женщин, у пациентов в возрасте от 61 до 70 лет – у 5 (50%) - 3 мужчин и 2 женщин, соответственно, старше 70 лет – у 3 (100%) обследуемых- 1 мужчины и 2 женщин.

По формам онихомикоза дистально-латеральная определялась у 5 (41,6%) пациентов - 2 мужчины и 3 женщин, вовлечение всей ногтевой пластинки с ее частичным или полным разрушением, так называемая тотально-дистрофическая форма, определялась у 7 (58,3%) пациентов - 3 мужчин и 4 женщин.

Полученные результаты можно объяснить тем, что у пациентов среднего и пожилого возраста идет накопление полиморбидного фона, а также снижается скорость роста ногтевой пластины. Среди исследуемой группы больных онихомикозом тотально-дистрофическая форма с частичным либо полным разрушением ногтевой пластины доминировала. Это связано с тем, что эксцентрический рост мицелиальной колонии и деятельность про-

теолитических ферментов способствует продвижению гриба в направлении матрикса. В дальнейшем патогенез данной формы онихомикоза представляет собой антагонизм между растущей колонией гриба и структурами ногтя, противостоящими инвазивному росту статически за счет прочности своей структуры и динамически за счет постоянного обновления и смещения возбудителей к дистальному концу.

Выводы. Микозы стоп выявлены у 60% больных экземой, преимущественно в возрастной группе от 61 до 70 лет (90,9%). Среди клинических форм микозов стоп преобладала сквамозная форма, которая встречалась у 61,9% обследуемых.

Поражение ногтевых пластин наблюдалось у 57,1% пациентов, больных микозом. Онихомикоз преобладал в возрастной группе от 61 до 70 лет (100%), у 66,7 % пациентов определялась тотально-дистрофическая форма.

В ходе исследования была выявлена высокая частота инфицирования грибковой инфекцией среди лиц старших возрастных групп, что свидетельствует об актуальности проведения санитарно- профилактической работы, необходимости активного привлечения к обследованию контактных лиц и совершенствования методов лечения.

УДК 616-092.12

СТАН МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ ТА ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ ДЕРМАТОМІКОЗАХ

**Олійник І.О., П'ятикоп І.О.,
Кондакова Г.К., Семко Г.О.,
Земляна Т.В., Єрещенко О.О.**

*ДУ „Інститут дерматології
та венерології НАМН України”*

Відомо, що зміни метаболізму відбуваються не тільки на шкірі, але й на інших тканинах, де відбуваються процеси,

які пов'язані із запаленням, посиленням катаболізму чи гіпоксією. Вони можуть призвести організм до розвитку стану ендогенної інтоксикації. В формуванні дерматозів, в тому числі і дерматомікозів, значну роль відіграє як ендогенна інтоксикація, так і порушення, що відбуваються на рівні клітинних мембран.

Мета дослідження полягала у вивченні стану ендогенної інтоксикації та структурно-функціонального стану мембран еритроцитів у хворих на дерматомікози.

Матеріали і методи. Було обстежено 51 хворий на дерматомікози та 18 практично здорових донорів. Хворі були розподілені на дві групи: 1 група - хворі на дерматомікози (25 осіб) та 2 група - хворі на розповсюджені дерматози, ускладнені дерматомікозами (26 осіб).

Стан ендогенної інтоксикації визначали за загальним вмістом речовин низької та середньої молекулярної маси (РНСММ) в

сироватці крові та еритроцитах шляхом прямої спектрофотометрії в діапазоні довжини хвиль 242-282 нм (Малахова М.Я., 1998). Функціональний стан еритроцитарних мембран оцінювали за допомогою спонтанного гемолізу та резистентність еритроцитів до дії перекису водня за методом Михайлова С.С та співав.(1999). Вірогідність одержаних результатів оцінювали за допомогою критерію t Стьюдента Фішера.

Результати та їх обговорення. Проведене дослідження дозволило встановити збільшення вмісту РНСММ як в плазмі крові, так і еритроцитах в обох обстежених групах пацієнтів (табл. 1), але більш виражений характер цих змін було виявлено у 2 групі обстежених.

Розрахунок перерозподілу РНСММ між плазмою крові та еритроцитами показав, що у хворих 2 групи цей показник вище на 13 % по відношенню до цього коефіцієнту у 1 групі та групі контролю.

Таблиця 1

Вміст речовин низької та середньої молекулярної маси в плазмі крові та еритроцитах хворих на дерматомікози та практично здорових донорів (M ± m)

Обстежені групи		РНСММ, ум.од.	
		плазма	Еритроцити
Хворі на дерматомікози	І група, n = 25	1,76±0,04*	2,64±0,09*
	2 група, n = 26	1,82±0,04*	3,10±0,19*
Практично здорові донори, n=18		1,55±0,03	2,33±0,10

Примітка. * - відмінності достовірні ($p < 0,01$) порівняно зі здоровими особами

Порівняльний аналіз стану спонтанного та перекисного гемолізу виявив, що у хворих на дерматомікози спостерігається

порушення мікрров'язкості мембран еритроцитів та балансу про- та антиоксидантів в клітинах.

Таблиця 2

Показники спонтанного та перекисного гемолізу у хворих на дерматомікози та практично здорових донорів (M ± m)

Обстежені групи		Спонтанний гемоліз, %	Перекисний гемоліз, %
Хворі на дерматомікози	І група, n = 25	3,56 ± 0,12*	7,63 ± 0,22*
	2 група, n = 26	3,74 ± 0,13*	7,75 ± 0,24*
Практично здорові донори, n = 18		2,17 ± 0,24	4,94 ± 0,48

Примітка. * - відмінності достовірні ($p < 0,05$) порівняно зі здоровими донорами

Висновок. Виявлені у хворих на дерматомікози зміни спонтанного та перекисного гемолізу еритроцитів віддзеркалюють не тільки функціональні та структурні порушення мембран, які проявляються у підвищенні рівня обох видів гемолізу, але й є свідченням значних порушень механізмів детоксикації організму та високого рівня ендотоксикемії у хворих на дерматомікози.

УДК 616.53-002.25

ДЕЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТАНУ ШКІРИ У ХВОРИХ НА АКНЕ

Петренко А.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Акне – це хронічне мультифакторіальне захворювання апарату сальних залоз, що маніфестує переважно в пубертатному віці і характеризується гіперпродукцією шкірного сала, порушенням процесів фолікулярної кератинізації, колонізацією *Propionibacterium acnes* та запаленням. Передумовою для виникнення акне є жирна шкіра або надлишкова продукція шкірного сала. Продукція шкірного сала не пов'язана з гормональними порушеннями. Рівень тестостерону зазвичай нормальний. Порушення продукції шкірного сала пов'язані з гіперчутливістю до різноманітних рецепторів, надмірної реактивності ферментних систем, що втягнуті у внутрішньоклітинну продукцію андрогенів в межах сальних залоз та/або кератиноцитів, або прямого чи непрямого впливу *P.acnes*.

Матеріали та методи. На кафедрі дерматовенерології НМАПО ім. П.Л. Шупика на базі Київської міської клінічної шкірновенерологічної лікарні було досліджено 50 хворих на акне легкого та середнього ступенів тяжкості. У хворих був зібраний анамнез життя та анамнез хвороби, пацієнти досліджувалися на апараті для комплексної діагностики функцій шкіри Soft Plus, були проведені БАК-посіви методом відбитків

ураженої шкіри та було проведено анкетування хворих для оцінки впливу захворювання на якість життя за шкалами APSEA та CADL. У дослідженні приймали участь 22 чоловіків та 28 жінок, серед яких були чоловіки у віці від 14 до 28 років та жінки у віці від 14 до 33 років. 10 чоловіків було з легким перебігом акне, 12 чоловіків було з середнім ступенем тяжкості захворювання. Серед жінок було 12 з легким перебігом акне, 14 – з середнім.

Результати дослідження та їх обговорення. У більшості чоловіків початок захворювання приходить на 14-16 років, у жінок на 12-15 років, переважна більшість досліджених пов'язує дебют акне зі статевим дозріванням, у всіх досліджених жінок спостерігається зв'язок між погіршенням перебігу захворювання та фазою менструального циклу (погіршення наприкінці 2 фази циклу). Була помічена залежність наявності захворювання від сімейного анамнезу (у більшості хворих на акне хворів один з батьків або обидва, також захворювання відмічалось у рідних братів та сестер). Серед чоловіків досліджувався зв'язок між початком захворювання та прийомом анаболічних гормонів, але серед усіх досліджених тільки 1 підтвердив прийом цих препаратів та відмітив таку закономірність.

Всі хворі досліджувалися на апараті для комплексної діагностики функцій шкіри Soft Plus, на якому вимірювалися такі показники як: зволоженість шкіри, рН, еластичність, жирність, температура та меланін. У 100% хворих були максимальні показники жирності шкіри, у 80% хворих показники рН знаходилися у діапазоні 3,5-3,9, у решти – 4-6,9. Лише у 30% досліджуваних показники зволоження шкіри було у межах норми, у переважної більшості вони були значно знижені. У зв'язку з молодим віком всіх пацієнтів показники еластичності шкіри були високими. Температура поверхні шкіри уражених ділянок коливалася в межах 33,1-35,6°C в залежності від виразності запального процесу. Показники меланіну у всіх пацієнтів знаходилися у межах норми, за винятком деяких хворих з наявністю плям

вторинної гіперпигментації, де він був незначно підвищений.

Методом відбитків досліджувалася мікрофлора поверхні уражених ділянок шкіри, з визначенням чутливості до антибіотиків. У всіх досліджуваних був виявлений *St.aureus* > 10³, який показав чутливість до рифампіцину, цефазоліну, цефтриаксону, доксицикліну та левоміцетину. В свою чергу він був стійким або малочутливим до еритроміцину, кліндаміцину, цефуроксиму. У незначній кількості хворих були визначені *St.epidermidis* та *Micrococcus* у незначній кількості, чутливість яких не визначалася.

Всі пацієнти були анкетовані для визначення впливу захворювання на якість життя за шкалами APSEA та CAD1. Найбільш високий вплив захворювання на якість життя (79-94 бали, зі 144 за шкалою APSEA та 8-14 з 15 за шкалою CAD1) був серед пацієнтів жіночої статі у віці 14-17 років, що хворіли на середній та важкий ступінь акне. У пацієнок віком 18-30 років, були зафіксовані середні показники впливу захворювання на якість життя (42-69 бали та 2-14 бали відповідно), як у пацієнок з легким, так і з важким перебігом акне. Серед чоловіків спостерігалася пряма залежність між тяжкістю захворювання та впливом на якість життя, незалежно від віку пацієнтів, але абсолютні числа були меншими, ніж у жінок (15-73 бали та 3-10 відповідно).

УДК 616.5-002-056.7

СЛУЧАЙ ПИГМЕНТНОГО КСЕРОДЕРМОИДА ЮНГА В ТРЕХ ПОКОЛЕНИЯХ

**Радионов В.Г., Провизион Л.Н.,
Шварева Т.И., Гусак О.С.,
Высоцкая А.Л.**

**ГУ «Луганский государственный
медицинский университет»**

Пигментная ксеродерма (ПК) – редкое наследственное заболевание, впервые опи-

санное М. Каросі в 1870 году. Наследуется в основном по рецессивному типу реже по аутосомно-доминантному и является результатом аномальной чувствительности к ультрафиолетовым лучам или ионизирующей радиации. В основе патогенеза ПК лежит нарушение репарации ДНК, вызванное повреждающим действием ультрафиолетовых или X-лучей (Каламкарян А.А., 1989, Суворова К.Н., 2003, Беренбейн Б.А., 1989). В настоящее время выделяют два основных механизма нарушения синтеза ДНК: отсутствие или недостаток фермента УФ-эндонуклеазы, дефицит ДНК-полимеразы. Особенно патогенное влияние имеют В-лучи УФ-спектра. У больных выявляется повышенный уровень в крови а2-глобулинов и меди при сниженном количестве глутатиона. В зависимости от повреждения того или иного фермента выделяют пять видов заболевания: А, В, С, D, Е.

Клинические проявления характеризуются следующими симптомами: изменениями со стороны кожи, нервной системы и органов зрения (блефариты, кератиты, конъюнктивиты, светобоязнь, снижение остроты зрения). Поражение кожи имеет «пестрый» характер: веснушки, телеангиэктазии, пигментные пятна, трещины, пойкилодермия. Позднее на этом фоне возникают доброкачественные и злокачественные опухоли кожи (фибромы, ангиомы, кератомы, базально- и плоскоклеточный рак, меланомы).

Первые стигмы заболевания появляются в возрасте от 3 месяцев до 3 лет и позже, иногда в периоде новорожденности. Заболевание имеет неблагоприятное течение с летальным исходом, преимущественно при кровнородственных браках родителей. Выделяют несколько разновидностей пигментной ксеродермы: синдром де Санктиса-Какионе, вариант ПК, так называемая форма II, и пигментный ксеродермоид Юнга (Беренбейн Б.А. с соавт., 1983). У больных с синдромом де Санктиса-Какионе, описанного в 1932 году, доминирует умственная отсталость, микроцефалия, задержка роста и полового созревания, потеря слуха, атаксия, параличи. Форма ПК (вариант пигментной ксеродермы) харак-

теризуется клиникой классической пигментной ксеродермы без неврологических изменений. Форма II ПК - особая форма с повышенной чувствительностью к ионизирующей радиации и отсутствием злокачественных опухолей при тяжелом поражении кожи и длительном течении заболевания.

Е. G. Jung в 1970 г. наблюдал двух больных с клинической картиной пигментной ксеродермы, у которых внеплановый синтез ДНК при УФ-облучении кожи протекал в клетках эпидермиса нормально, в то время как репликантный синтез ДНК был резко замедлен. Эту форму заболевания автор назвал «пигментным ксеродермоидом». Для него характерно позднее начало (чаще после 30-40 лет), более легкое течение, а так же выраженные кожные проявления и благоприятный прогноз. В доступной нам литературе встретилось описание одного клинического случая пигментного ксеродермоида у двух родных братьев (Б.А. Беренбейн с соавт. 1983)

Приводим наше наблюдение.

Больная М. 65 лет обратилась в диспансер с жалобами на плохую переносимость солнца, высыпания на кожных покровах. Считает себя больной с 40-летнего возраста, когда впервые стали появляться пигментные пятна на открытых, а затем и закрытых участках кожного покрова. Постепенно пигментных пятен становилось больше, и к моменту обращения имелось обилие высыпаний по всему кожному покрову. Со слов больной у её матери также отмечалась повышенная чувствительность к солнечным лучам и обилие пигментных пятен на открытых и закрытых участках кожи. Умерла в преклонном возрасте. У дочери пациентки в возрасте примерно 35-37 лет также стали появляться пигментные пятна на открытых, а затем и на закрытых участках кожи; отмечается повышенная чувствительность к солнцу.

Из анамнеза: пациентка перенесла детские инфекции, часто болеет простудными заболеваниями. Сопутствующая патология: хронический холецистит, склонность к запорам. Общее состояние удовлетворительное.

Status localis: кожный процесс носит распространенный характер, поражена вся поверхность кожи. Кожа сухая, имеет «пестрый» вид из-за пигментированных пятен, которые представлены веснушками светло-коричневого цвета, различной формы и размером до 0.5 см., а так же плоскими папулами, бородавчатыми образованиями, мелкими атрофическими рубцами. Данные лабораторных методов обследования в пределах нормы. Консультирована смежными специалистами – патологии не выявлено. Пользуется самостоятельно фотозащитными средствами. На основании анамнестических данных, отягощенной наследственности, клинических проявлений заболевания выставлен диагноз: пигментный ксеродермоид Юнга.

Таким образом, данное клиническое наблюдение подтверждает доброкачественное течение пигментного ксеродермоида, а так же патогенетическую значимость при нем генетически обусловленной повышенной чувствительности к солнечным лучам, прослеженной в трех поколениях по женской линии.

УДК 615.356:616594.12-085

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДОБИОТИНА В ЛЕЧЕНИИ ДИФFUЗНОГО ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС

Радионо В.Г., Русина Е.Н.

*ГУ «Луганский государственный
медицинский университет»*

*Луганский областной
кожновенерологический диспансер*

Одной из самых распространенных форм алопеций является диффузное телогенное выпадение волос, для которого характерно распространенное диффузное поредение волос, связанное с нарушением физиологической смены их фаз роста (преждевременный конец фазы анагена и раннее начало фазы катагена) в результате воздействия на

волосяные фолликулы различных эндогенных и экзогенных факторов.

Цель работы – изучить характер и эффективность влияния препарата «Медобитин» у больных диффузной телогенной алопецией на динамику морфофункциональных изменений в коже волосистой части головы с помощью неинвазивных методов диагностики.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 пациента с жалобами на диффузное выпадение волос. Основная и контрольная группа состояли из 16 женщин в возрасте от 20 до 50 лет. Перед началом лечения всем пациентам проведены общеклинические и биохимические исследования, определен уровень половых гормонов, гормонов щитовидной железы, получены консультативные заключения врача-эндокринолога. Проведены трихологические методы исследования, которые включали: тест натяжения волос, тест мытья волос, трихоскопия, изучение трихограммы. После комплексного обследования пациентам были назначены сосудистые и седативные препараты, а пациентам основной группы дополнительно назначен препарат медобитин (содержащий 2,5 мг биотина в одной таблетке) по схеме: в течение первых 5 дней - по 5 мг 1 раз в сутки, а в дальнейшем – по 2,5 мг 1 раз в сутки на протяжении 3 месяцев. Наружно в контрольной и основной группах применялись шампуни и лосьоны, улучшающие рост волос. Эффективность терапии оценивали с помощью опроса больных (уменьшение интенсивности выпадения волос, их ломкости), а также по данным неинвазивных трихологических методов исследования (теста натяжения волос, теста мытья волос, трихоскопии, изучения трихограммы) до лечения и по окончании терапии.

Результаты и их обсуждение. Основным критерием эффективности терапии являлось уменьшение интенсивности выпадения волос: значительное улучшение на 80%, улучшение – на 50%, незначительное улучшение – 20%. У всех больных основной группы отмечался положительный терапевтический эффект. У 11 (68.75%) – достиг-

нуто значительное улучшение, у 3 (18,75%) – отмечалось улучшение, у 2 (12,5%) – незначительное улучшение. Положительный эффект в контрольной группе также наблюдался у всех пациентов: у 4 (25%) – достигнуто значительное улучшение, у 6 (37,5%) – отмечалось улучшение, у 6 (37,5%) – незначительное улучшение. Данные неинвазивных трихологических методов исследования до и после лечения также подтверждают сопоставимую эффективность терапии как в основной группе, так и в группе контроля.

Выводы. Таким образом, введение в комплекс традиционной терапии препарата медобитин существенно повысило эффективность лечения больных диффузной телогенной алопецией за счет стимуляции метаболической активности клеток волосистой луковицы.

УДК 616.517:612.616.31]-055/1-08

НОВИЙ ПОГЛЯД НА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ ЧОЛОВІКІВ СТАРШОГО ВІКУ

Резніченко Н. Ю.

Запорізький державний медичний університет

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної дерматології є лікування псоріазу як одного з найбільш поширених хронічних дерматозів. Не дивлячись на велику кількість досліджень на сьогоднішній день остаточно не встановлені всі фактори етіології та ланки патогенезу псоріазу, особливо у чоловіків старших вікових груп.

Мета дослідження: дослідження стану симпато-адреналової та ваго-інсулярної систем у хворих на псоріаз чоловіків старшого віку та розробка ефективних методів їх лікування.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилось 153 чоловіки: 15 здорових осіб віком 25-44 роки, 138 чоловіків віком 45-64 роки, в тому числі

37 здорових і 101 хворий на псоріаз. Ступінь тяжкості псоріазу у хворих оцінювалась за індексом Psoriasis Area Severity Index (PASI), оцінка якості життя проводилась за опитувальником DLQI (Dermatology Life Quality Index). Було проведено визначення добової екскреції адреналіну, норадреналіну, ДОФА, дофаміну з сечею; концентрації інсуліну та кортизолу в сироватці крові імуноферментним методом.

Результати дослідження та їх обговорення. У хворих на псоріаз чоловіків віком 45-64 роки екскреція адреналіну, ДОФА та дофаміну була достовірно нижчою у порівнянні зі здоровими чоловіками даної вікової категорії, що свідчить про зниження у хворих функціональної активності та резервних можливостей симпатoadреналової системи. При цьому мало місце прискорення синтезу катехоламінів на етапах ДОФА-дофамін і дофамін-норадреналін (коефіцієнти відносної активності синтезу норадреналін/дофамін були вищими, ніж у здорових). Активність ферментів ДОФА-декарбоксилази і дофамін-β-оксидази перевищувала активність у здорових. Знижений у порівнянні зі здоровими чоловіками 45-64 років коефіцієнт ДОФА/дофамін+норадреналін+адреналін свідчить про більш високу швидкість переходу ДОФА в катехоламіни. Відзначалась виражена дисоціація в активності ланок симпатoadреналової системи, про що свідчить превалювання тонусу нервової ланки над гормональною (коефіцієнт адреналін/норадреналін був значно вищим, ніж у здорових). Прискорення біосинтеза катехоламінів на етапах ДОФА-дофамін і дофамін-норадреналін в поєднанні зі зниженою активністю та резервними можливостями симпатoadреналової системи вірогідно є наслідком зменшення запасів катехоламінів в тканинах (дія механізму зворотного зв'язку). Отже, у хворих на псоріаз зворотна реакція симпатoadреналової системи на дію стресора носить незвичайний характер і проявляє себе зниженням активності симпатoadреналової системи з перевагою тонусу нервової ланки над гормональною. Концентрації кортизолу та інсу-

ліну в крові хворих на псоріаз достовірно перевищували рівні у здорових. Коефіцієнт норадреналін/інсулін був майже таким, як у здорових, а коефіцієнт кортизол/інсулін - підвищеним. Результати кількісного аналізу підтверджують високу напругу ендокринної ланки та вказують на дискоординований характер її взаємовідносин з елементами нейрогенної ланки адаптації (антагоністичний - з нервовою ланкою адренергічної системи та синергічний - з парасимпатичним відділом). Антагоністичні взаємовідносини мають місце і між елементами нейрогенної ланки адаптації (симпатичним і парасимпатичним відділами). Враховуючи виявлені зміни у хворих на псоріаз чоловіків віком 45-64 роки було запропоновано включити до комплексного лікування псоріазу ноотропний препарат. Додаткове використання ноотропного засобу у чоловіків 45-64 років чинило позитивний клінічний ефект, що проявлялось зниженням індексу PASI, індексу DLQI, а також дозволяло нормалізувати порушений гормональний статус. Отримана достовірна різниця за Δ PASI (%) і Δ DLQI (%) між групами пацієнтів, які отримували лише базову терапію псоріазу та її комбінацію з ноотропним препаратом. В групі хворих з додатковим використанням ноотропного препарату відзначався більший відсоток пацієнтів, які на фоні проведеної терапії досягли PASI 50 і PASI 75, а також у яких індекс DLQI був нижчим за 5 балів, у порівнянні з групою пацієнтів після базового лікування.

Висновки. У хворих на псоріаз чоловіків 45-64-річного віку визначається виражене порушення вегетативного гомеостазу, що проявляється пригніченням активності симпатичної нервової системи та підвищенням тонусу й реактивності парасимпатичної системи; зниження активності компенсаторних процесів. Включення до комплексної терапії псоріазу у чоловіків 45-64-річного віку ноотропного препарату чинить позитивний клінічний ефект, що проявляється зниженням індексу PASI, індексу DLQI, а також дозволяє нормалізувати порушений гормональний статус.

**ВПЛИВ МУТАЦІЇ RS7574865 ГЕНУ
STAT4 НА РОЗВИТОК ОСЕРЕДКОВОЇ
СКЛЕРОДЕРМІЇ ТА ХРОНІЧНОГО
ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКУ**

Реміз О.М., Іванова Н.М.

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

Осередкова склеродермія (ОСД) та хронічний червоний вовчак (ХЧВ) є одними із розповсюджених захворювань шкіри, що не мають достатньо ефективного методу лікування, та причини яких досліджені недостатньо. Однією з причин розвитку ОСД та ХЧВ є фактор спадковості – мутація rs7574865 гену STAT4.

Найбільш виражені асоціації з ОСД та ХЧВ було показано для поліморфізму rs7574865 гену STAT4 (signal transducer and activator of transcription 4). Порушення у структурі гену STAT4 можуть призводити до розвитку аутоімунних процесів. Багатьма дослідженнями показано роль різноманітних одонуклеотидних поліморфізмів гену STAT4 у розвитку таких патологій як системний склероз, ревматоїдний артрит, алергічні реакції, астма тощо.

Досліджувана мутація rs7574865 гену STAT4 полягає в одонуклеотидній заміні гуаніну (G) на тимін (T) у третьому інтроні гену. В нормі в інтроні знаходиться гуанін, але при мутації він замінюється на тимін, що може порушувати нормальну транскрипцію з гену.

Ген STAT4 можна розцінювати як один з важливих факторів у підтримці нормального імунного статусу організму, тому доцільно вивчити зв'язок одонуклеотидного поліморфізму зі склеродермією та червоним вовчаком.

Матеріали та методи. Було проаналізовано поліморфізм rs7574865 гену STAT4 у наступних груп хворих. Дослідна

група – 81 хворих віком від 21 до 73 років (60 жінок, 21 чоловіків). Контрольною групою слугували 43 практично здорових особи віком від 27 до 64 років (17 чоловіків і 26 жінок).

Виділення ДНК проводилося фенольним методом з лейкоцитів периферичної крові за стандартною методикою. Дослідження генотипів за геном STAT4 у хворих виконувалось методом сайт-специфічної полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Суть методу полягає у ПЛР на мутантні (TT – мутантна гомозигота, GT – мутантна гетерозигота) та нормальний (GG) генотипи за допомогою двох пар праймерів. Для нормального генотипу використовувалися праймери: FWrs757 (GAA AAG TTG GTG ACC AAA ATG CG) та Rrs757 (GAC ACT TTG AGA GTT GCT TCG T). Для мутантного генотипу використовувалися праймери: FMrs757 (GAA AAG TTG GTG ACC AAA ATG GT) та Rrs757 (GAC ACT TTG AGA GTT GCT TCG T). Після проведення ПЛР проводилося визначення генотипів за допомогою електрофорезу в 1,5% агарозному гелі. Розмір утворених фрагментів ДНК гену STAT4 – 366 п.н. для обох (мутантних та нормального) фрагментів ДНК.

Статистичний аналіз проводили із використанням критерію Фішера F для оцінки різниці між частками з нерівновеликих вибірок, критерію χ^2 .

Результати та їх обговорення. Спостерігається тенденція превалювання мутантного алелю G у хворих обох статей. Також було проаналізовано частоту генотипів rs7574865 STAT4 у контрольній групі.

У результаті досліджень було виявлено тенденцію до превалювання дикого гену (G) у контрольній групі – серед практично здорових людей (90,00±8,3%) у порівнянні з групою хворих на ОСД (10,00±1,7%). У групі хворих чоловіків було знайдено превалювання генотипу GT (гетерозигота) (71,43±6,4%) над генотипом GG (гомозигота) (28,57±4,2%). Серед хворих на ОСД жінок достовірного превалювання мутант-

ної гомозиготи (ТТ) чи гетерозиготи (GT) над гомозиготою за диким геном (GG) не спостерігалось. Хоча жінки, хворі на склеродермію, мали частоту гетерозиготи вищу ($38,89 \pm 5,3\%$), аніж здорові жінки ($16,67 \pm 2,8\%$).

Наявність мутантного гену в алелі збільшує ризик захворювання на системну склеродермію. Особливо яскраво ця залежність проявляється в чоловіків. У жінок ця залежність менш очевидна, тобто роль спадковості є меншою, натомість більш значущою є роль факторів середовища.

У чоловіків, хворих на хронічний червоний вовчак, нормальний генотип GG спостерігався лише у $42,86 \pm 5,7\%$. Генотип GT (мутантна гетерозигота), який був повністю відсутній у контролі, у хворих чоловіків спостерігався у $57,11 \pm 6,9\%$. У жінок різниці між хворими та контрольною групою виявлено не було.

При порівнюванні відсотка хворих на хронічний червоний вовчак з нормальним генотипом (GG) та мутантним генотипом (мутантна гетерозигота GT), виявили статистично достовірну різницю між частотою захворювання на хронічний червоний вовчак та поліморфізмом rs7574865 гену STAT4. Наявність даної мутації збільшувала ризик захворювання на хронічний червоний вовчак.

Хоча ОСД та ХЧВ є мультифакторними захворюваннями, у ході дослідження було показано залежність їх розвитку від мутації rs7574865 гену STAT4, що підтверджено знайденою кореляцією між досліджуваним однонуклеотидним поліморфізмом та розвитком склеродермії та червоного вовчаку. Отже, наявність однонуклеотидної заміни гуаніну на тимін у третьому інтроні є фактором ризику для розвитку цих захворювань.

Висновки. Розробка сучасних, доступних у використанні генетичних методів дозволить рекомендувати тактику ведення і методи донозологічної терапії у пацієнтів з групи ризику розвитку аутоімунних захворювань.

УДК 616.995.42

ДО ПИТАННЯ ПРЕВЕНТИВНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ (АНТИБІОТИКАТЕРАПІЇ) ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ

**Рощенюк Л.В.¹, Владика А.С.²,
Воронцов В.М.¹**

¹Обласний шкірновенерологічний
диспансер №1, м. Харків

²Одеський державний медичний
університет

Заходи неспецифічної профілактики Лайм-бореліозу (хвороби Лайма, шифр А 69.2, МКХ-10) включають організацію і проведення колективних протикліщових заходів, індивідуальний захист від кліщів, а також санітарно-просвітню роботу.

В Харківській області за останні два роки зареєстровано 179 випадків хвороби Лайма (2012р. – 81; 2013р. – 98, з них - 69 в м. Харкові).

Згідно з наказу МОЗ України від 13.05.2013 № 369 «Про затвердження Методичних рекомендацій «Неспецифічна профілактика трансмісивних природно-вогнищевих інфекцій, що передаються іксодовими кліщами» превентивна профілактика (антибіотикотерапія) рекомендована пацієнтам у разі виявлення збудника ЛБ в кліщах, що присмоктались, або у випадку множинних укусів кліщів на ендемічній за ЛБ території. Слід пам'ятати: якщо кліщ знаходився в тілі людини протягом 72 годин і більше від моменту укусу, то превентивно можна одноразово призначити 200 мг доксицикліну (дітям старше 8 років) або амоксицилін / клавуланат у вікових дозах протягом перших 5 днів. Превентивне лікування постраждалих від укусу інфікованої бореліями кліща проводять тетрацикліном по 0,5 г 4 рази на добу протягом 5 днів. Також з цією метою з хорошим результатом використовують ретарпен (екстенсілін) в дозі 2,4 млн ОД

внутрішньому'язово одноразово, доксициклін по 0,1 г 2 рази на добу протягом 10 днів, амок-сиклав по 0,375 г 4 рази на добу протягом 5 днів. Лікування проводять не пізніше 5-го дня від моменту укусу. Ризик виникнення захворювання зменшується до 80 %. Через 5 днів після укусу кліща антибіотикопротілактика недоцільна.

Дерматовенерологами області вже впро-ваджена ця методика профілактики хвороби Лайма, яка з'явилась доцільною.

Також кожній людині з укусом кліща рекомендується консультація лікаря-інфекці-оніста.

УДК 575.616.224.2

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИЙ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА С ОНКОПАТОЛОГИЯМИ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

**Рощенюк Л.В.¹, Воронцов В.М.¹,
Федота А.М.², Беляева Л.В.²,
Адмакина А.В.²**

¹Областной клинический
кожновенерологический диспансер №

²Харьковский национальный
университет имени В.Н.Каразина

Полиморфные варианты генов одноугле-родного метаболизма, особенно МТНFR, могут быть ассоциированы с различными формами онкопатологий в отдельных попу-ляциях. Отечественными авторами не пока-зано различия между частотами генотипа ТТ или аллеля Т гена МТНFR у больных раков и среди населения. Ряд исследовате-лей связывают возникновение и развитие онкопатологий не только со снижением активности метилентетрагидрофолат редук-тазы, обуславливающей гипометилирова-ние и индукцию хромосомных aberrаций в клетках, но и с сопутствующим вкладом сре-довых факторов (табакокурение, употребле-

ние алкоголя, низкофолатная диета) на фоне предикторного генотипа. Известны данные об отрицательной ассоциации онкопатоло-гий с отдельными мультифакториальными генодерматозами. В связи с неоднозначно-стью проблематики актуально проведение исследований ассоциаций полиморфных вариантов генов фолатного обмена с онкопа-тологиями в каждой популяции, что и стало *целью данной работы*.

Материалы и методы. Сбор первич-ной информации и биологических образцов проводился на базе ОККВД №1. Проана-лизирована генеалогическая информация о 68 больных псориазом и их 440 родствен-никах I и II степеней родства. Контроль-ную группу для расчета популяционных частот онкопатологий в харьковской попу-ляции составили 273 человека. Материалом для молекулярно-генетического анализа, выполненного по описанным авторами ранее методикам, послужили образцы пери-ферической крови 68 пробандов. От всех участников исследования или их родствен-ников было получено письменное согласие на участие в данной работе. Статистические гипотезы проверены с помощью критерия *t* на уровнях значимости $p < 0,05, 0,01$. Базы данных созданы в программе Microsoft Excel. Расчёты выполнены в программах Microsoft Excel и Statistica-6.

Результаты исследований и их обсуж-дение. Проведено исследование ассоциаций между наследственной отягощенностью онкопатологиями родственников больных псориазом с полиморфными вариантами С677Т и А1298С по гену МТНFR в вос-точно-украинской популяции. Проведенный ранее анализ взаимосвязи псориаза с онко-патологиями – раком желудочно-кишечного тракта и легкого, показал отрицательную ассоциацию между этими распространен-ными тяжелыми мультифакториальными заболеваниями. Наблюдаемая частота раз-личных форм рака среди больных псориазом в возрасте от 50 лет (0%) была статистиче-ски значимо ниже теоретически ожидаемой (2,47%), что свидетельствует в пользу пред-

положения о метаболических различиях данных патологических процессов. Известно, что мультифакториальные заболевания являются возрастзависимыми. Средний возраст начала онкопатологий в целом в харьковской популяции составляет 57,1 года, для мужчин 58,7 года, для женщин — 55,0 лет. Средний возраст начала рака легкого для мужчин — 55,5 года, рака желудка — 61,9 года, для женщин — 50,5 года и 59,6 года, соответственно. Поскольку данная возрастная группа характеризуется стадией поздней зрелости, выборка больных псориазом для регистрации среди них и их родственников больных с онкопатологиями включала 68 пробандов и из родственников I степени родства - только родителей, из родственников II степени родства - только прауродителей, в возрасте от 50 лет, так как более молодые родственники, вероятно, еще не дожили до возраста манифестации рака. Изучение фактической частоты злокачественных новообразований среди больных псориазом показало, что среди них лиц с онкозаболеваниями не обнаружено. Популяционная частота онкопатологий для населения харьковского региона составила 6,95%.

Обнаружена более высокая отягощенность онкопатологиями родственников I степени родства пробандов с генотипами СС-АА и ТТ-АА по сравнению с популяционной частотой ($t_{st} = 2,07$, $t_f = 3,0$, $p < 0,01$).

Наименее отягощенными больными онкопатологиями родственниками I степени родства оказались пробанды с генотипом СТ-АС относительно пробандов с другими генотипами. Пробанды с генотипом СТ-АС наименее отягощены по сравнению с пробандами генотипа СТ-СС ($t_{st} = 2,07$, $t_f = 3,5$, $p < 0,01$), наименее отягощены больными родственниками женского пола по сравнению с пробандами генотипа СС-АА ($t_{st} = 2,09$, $t_f = 2,3$, $p < 0,05$), наименее отягощены родственниками женского ($t_{st} = 2,09$, $t_f = 2,3$, $p < 0,05$) и мужского ($t_{st} = 2,04$, $t_f = 2,2$, $p < 0,05$) пола по сравнению с пробандами генотипа ТТ-АА. Отягощенность пробандов с различными генотипами больными онкопатологиями родственниками II степени родства по

материнской линии - 3,6%-8,3%, по отцовской линии - 4,2%-50%.

Известно, что носительство аллеля Т в позиции 677 и аллеля С в позиции 1298 гена *MTHFR* в гомозиготном состоянии показано как существенный компонент высокого риска развития сосудистых и репродуктивных нарушений, предраковых и раковых состояний. По данным ряда авторов, у больных псориазом отмечается гипергомоцистеинемия. Наши исследования показали, что среди больных псориазом выше доля гетерозигот С677Т, чем среди населения (СТ — 50,6 % проти СТ — 33,7 %, $t_{st} = 2,58$, $t_f = 2,93$, $p < 0,01$). Отечественные авторы отмечают, что в украинских популяциях у гетерозигот С677Т, дигетерозигот С677Т/А1298С отмечаются наиболее высокие значения уровня гомоцистеина в плазме крови. Избыток гомоцистеина в организме корректируется путем его превращения в метионин или цистеин. Известно также, что цистеин является мощным антиоксидантом, что, вероятно, является одним из онкопротекторных факторов не только для больных псориазом, но и для их родственников I степени родства, носителей исследуемых аллелей гена *MTHFR* в гетерозиготном состоянии.

Выводы. При генетическом анализе мультифакториальных заболеваний актуально исследование генетической компоненты, взаимодействия генов генных сетей патологий, и средовой компоненты, что будет продолжено в последующих работах.

УДК 616.517-07-092-616-06

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Сариан Е.И.

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

Псориаз является клинически гетерогенным заболеванием, характеризующимся различной степенью тяжести и широким

спектром проявлений у пациентов. Несмотря на высокий уровень заболеваемости, имеется тенденция к ее росту, увеличивается количество тяжелых форм псориаза, резистентных к различным методам лечения, отмечается снижение качества жизни пациентов, уровня социальной адаптации и профессиональной активности. Дерматоз нередко сопровождается различной соматической патологией. Допускают, что развитие коморбидностей скорее всего обусловлено общностью патогенетических звеньев сочетанных заболеваний и обычно имеет тенденцию к учащению с возрастом. Почти половина больных псориазом старше 60 лет имеет 2-3 коморбидных состояния. Кроме сходных иммунологических механизмов выявлены гены, общие для псориаза и наиболее частых коморбидностей. Системное воспаление низкой интенсивности, присутствующее при псориазе, и преобладание факторов нездорового образа жизни независимо друг от друга связаны с ожирением, инсулинорезистентностью и неблагоприятным профилем риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Одним из множества биохимических маркеров, направленных на выявление системного воспалительного ответа, является С-реактивный белок (С-РБ). С-РБ – неспецифический маркер воспаления, белок острой фазы, синтезируемый в печени в ответ на интерлейкины 1, 6, фактор некроза опухоли α . С введением в лабораторную практику высокочувствительных методов выявления С-РБ с нижней границей определения 0,5 мг/л, его концентрации ранее считавшиеся «следовыми» или фоновыми стали называть «базовыми» и использовать в ревматологии в качестве прогностических критериев течения заболеваний.

Целью исследования явилось выявление частоты коморбидных заболеваний и определение в крови уровня С-РБ у пациентов с псориазом.

Материалы и методы. Нами обследовано 60 больных псориазом в возрасте лет 27-65 лет (35 мужчин и 25 женщин), длительность заболевания - 2-18 лет, PASI колебался от 7 до 31 балла. Высокочувствительный

С-РБ определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов «Вектор-Бест» (Россия). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц соответствующего пола и возраста.

Результаты и их обсуждение. Сопутствующая патология выявлена у 38 (63,3 %) больных, чаще других диагностированы ССЗ (31,7 %) – артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма, малые аномалии сердца и болезни желудочно-кишечного тракта (16,6 %) – хронический гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, хронический панкреатит. Реже установлены заболевания эндокринной системы (8,3 %) – сахарный диабет II типа, аутоиммунный тиреоидит и мочеполовой системы (6,7 %) – мочекаменная болезнь, поликистоз почек, хронический пиелонефрит. С наибольшей частотой у пациентов определяли артериальную гипертензию (21,7 %).

У пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией выявлена более высокая частота стрессовых ситуаций, приема медикаментов, вредных привычек в качестве пусковых факторов, субъективных ощущений в участках поражений кожи, распространенных форм, среднетяжелого и тяжелого течения с выраженной инфильтрацией, внесезонного типа, торпидности к терапии, чем у пациентов с псориазом без ССЗ. PASI у пациентов с сопутствующими заболеваниями ($25,2 \pm 1,5$ балла) превышал таковой у больных, не имевших соматической патологии ($12,4 \pm 0,8$ балла, $p < 0,01$).

Анализ результатов определения уровня С-РБ выявил повышение показателя в целом у больных обычным псориазом ($7,94 \pm 0,61$ мг/л) по сравнению с аналогичным показателем в контрольной группе ($0,72 \pm 0,06$ мг/л, $p < 0,01$). При наличии сопутствующих ССЗ (в основном артериальной гипертонии) значение С-РБ ($12,14 \pm 0,93$ мг/л) более чем в 2 раза превышало уровень у пациентов с псориазом, не имеющих кардиальной патологии ($5,67 \pm 0,39$ мг/л, $p < 0,01$). Выявлена прямая корреляционная связь уровня С-РБ и PASI.

Выводы. На основании полученных результатов можно сделать вывод о необ-

ходимости уточнения наличия связей псориаза с увеличением распространенности и заболеваемости ССЗ. Наличие артериальной гипертензии, по-видимому, может влиять на клиническое течение псориаза, учитывая регистрацию нами больных с вариантами тяжелого течения псориазической болезни. На наш взгляд, определение С-РБ с помощью высокочувствительного метода может рассматриваться как информативный лабораторный тест для выявления дисфункции эндотелия и оценки тяжести течения псориаза, а также риска развития осложнений ССЗ. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости пролонгирования диагностического маршрута больных псориазом и целесообразности их обследования врачами терапевтами, что позволит изменить и дополнить терапевтические рекомендации.

Представленные данные должны настоятельно призывать практиков дерматовенерологов на более тщательное диагностирование коморбидных сердечно-сосудистых и других заболеваний при псориазе, определения и модификацию факторов риска атеросклероза, своевременную и адекватную терапию.

УДК 616.53 – 002 – 036 – 08 – 055.1

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АМИЛОИДОЗА КОЖИ: СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

**Святенко Т.В.¹, Прохач А.В.²,
Куник А.В.¹, Опыхайло М.С.³,
Москаленко И.С.³**

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Клинический онкологический диспансер» ДООС

³ КУ «Днепропетровское областное патологоанатомическое бюро» ДООС

Как известно, амилоидоз (амилоидная дистрофия) представляет собой наруше-

ние белкового обмена, сопровождающееся образованием и отложением в тканях специфического белково-полисахаридного комплекса — амилоида. Различают системный и локальный амилоидоз кожи. Системный амилоидоз кожи представляет собой самый распространенный тип системного амилоидоза, составляя более 60% всех случаев. Данные биопсий и вскрытий позволяют предположить, что частота амилоидозных отложений у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями составляет 3,6-5,8%, хотя клинически выраженный амилоидоз отмечается у меньшего числа пациентов. Локализованный амилоидоз составляет менее 10% всех случаев.

Целью нашей работы стало изучение клинического течения амилоидоза кожи.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилась пациентка 20 лет, которая обратилась в клинику с жалобами на зуд и высыпания на коже туловища и конечностей. Из анамнеза: считает себя больной в течение 1 года, когда, впервые, появилась сыпь в области разгибательной поверхности обеих голеней. Самостоятельно применяла топические кортикостероиды, антигистаминные средства. Отмечала умеренное снижение клинических проявлений. В течение последних 1,5 месяцев, сыпь приобрела распространенный характер, усилился зуд кожи.

Результаты исследования. При осмотре: на коже туловища и конечностей — множественные ярко-красные папулезно-везикулезные элементы с участками лихенизации, приобретающие сливной характер, кожа, в местах высыпаний, уплотнена. Выполнена панч-биопсия из сливного участка на задне-боковой поверхности плеча. Гистологически: в доставленном препарате фрагмент кожи с дистрофическими изменениями базального слоя эпидермиса с отложениями амилоида. В толще дермы, в ее глубоких слоях, определяются разрастания соединительной ткани с многочисленными крупноочаговыми участками скопления амилоида. В строме ткани — многочисленные периваскулярные лимфоцитарно-плазмочитарные инфильтраты.

Учитывая данные гистологического исследования, пациентке назначено дообследование в объеме: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, анализ на ревмокомплекс, компьютерная томография органов грудной полости, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза. В ходе обследования, в результатах лабораторных и дополнительных методов исследования, данных, которые говорили бы о системном амилоидозе, получено не было.

На основании анамнеза заболевания, физикального обследования, результатов дополнительных методов исследования, был установлен диагноз: амилоидоз кожи, узелковая форма.

Вывод. Данные приведенного наблюдения подчеркивают важность использования дополнительных методов обследования и гистологической верификации патологического процесса. В связи с разнообразием клинических форм, данных дополнительных методов исследований, дифференциальная диагностика амилоидоза затруднительна. Схожесть клинических проявлений амилоидоза кожи с различными нозологиями подчеркивает актуальность проблемы для дерматологов.

УДК 616.53 – 002 – 036 – 08 – 055.1 : 576.31 : 159.97

АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗАЦЕА У ЧОЛОВІКІВ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВЛАСНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ)

Святенко Т.В.¹, Харитоновна О.Г.²

¹Дніпропетровська державна
медична академія

²Дніпропетровська державна
косметологічна лікарня

Як відомо, інтерес до вивчення розацеа залишається високим завдяки розповсю-

дженості дерматозу, схильності до хронічного прогресивного перебігу та виразного впливу на якість життя. Тому аналіз клініко-анамнестичних особливостей захворювання є вкрай актуальним.

Матеріали та методи. Під нашим наглядом знаходилося 110 хворих на розацеа чоловіків.

Результати та їх обговорення. При з'ясуванні сімейного анамнезу встановлено наявність подібних проявів дерматозу на обличчі (почервоніння та дрібні висипання) у членів родини 28 з 110 наших пацієнтів (25,5%). Анамнестично нами було відмічено, що у 24 з 110 хворих (21,8%) за декілька років (5-7 років) до появи перших висипань відмічалось почервоніння під впливом різних провокуючих чинників: емоційних потрясінь, зміни температурного режиму середовища, прийнятті алкоголю, гарячої або гострої їжі. Крім того, з часом такі почервоніння ставали більш тривалими, виникали при більш слабких провокуючих чинниках, наприклад при короткочасному перебуванні на вулиці, застосуванні косметичних засобів, які раніше добре переносилися хворими. Але треба відзначити, що у 54 з 110 хворих (49,1%) прояви розацеа виникли раптово, та їм не передували ніякі інші прояви або суб'єктивні відчуття. Частіше за все (38 хворих – 34,5%) тригерним фактором виступило різке емоційне перенавантаження та стреси, у 16 (14,5%) хворих – сонячний опік, у 14 (12,7%) хворих – переохолодження, 3 (2,7%) хворих зв'язали виникнення розацеа із початком гіпертонічної хвороби, 19 (17,3%) – із гіпертермічними впливами (відвідування бані або сауни). 78 з 110 (70,9%) обстежених хворих свідчили про загострення захворювання після прийому гарячої або гострої їжі. Важливим причинно значимим фактором було також вживання алкоголю (в першу чергу червоного вина) у будь-якій мінімальній дозі. На це вказали 89 (80,9%) хворих. Біля третини хворих (36 чоловіків – 32,7%) відмічали погіршення перебігу хвороби від використання косметичних засобів, впливу косметичних процедур (гоління, масаж, особливо

із застосуванням масел; механічні чистки, хімічні пілінги). 64 (58,2%) пацієнти відмітили виразний вплив на виникнення або загострення розацеа роботу за комп'ютером протягом 3 та більше годин. Зіставляючи отримані нами дані, ми звернули увагу на суттєву різницю в спектрі тригерних факторів залежно від віку хворих. Наприклад, емоційні перевантаження та стреси, гіпертермічні впливи, вживання червоного вина достовірно не корелювали з віком ($p > 0,05$). Водночас провокування загострення хвороби сонячними опіками та використанням косметичних засобів, впливу косметичних процедур та загострення розацеа після роботи за комп'ютером було більш притаманно чоловікам у молодому віці.

Враховуючи той факт, що декілька причин може впливати на загострення/виникнення розацеа, було проаналізовано розподіл хворих в залежності від кількості тригерних факторів. В цілому на загострення процесу при розацеа мали вплив у середньому $5,45 \pm 0,19$ факторів. На вплив 4-9 факторів вказали 88 пацієнтів, що складає 80,0% від загальної кількості хворих. І тільки 2 хворих (група до 40 років) вказали на вплив 1-2 факторів. При цьому існує пряма кореляція кількості факторів ризику з віком пацієнтів – коефіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,42$ ($p < 0,001$). Середня кількість тригерних факторів дорівнює $4,53 \pm 0,22$ серед чоловіків у віці до 40 років проти $6,09 \pm 0,25$ серед пацієнтів у віці старше 40 років ($t = 4,47$; $p < 0,001$). Таким чином, виникнення чи загострення розацеа провокується комбінованою дією різних, але односпрямованих за дією провокуючих чинників, кількість яких зростає з віком пацієнтів.

Слід відзначити, що спектр тригерних факторів залежав також від фототипу шкіри пацієнтів. Сонячне опромінення частіше провокувало загострення розацеа у осіб із I та II фототипом шкіри (за Фітцпатриком).

Висновки. Таким чином, при обстеженні 110 чоловіків, хворих на розацеа, встановлено, що найбільш значимими клініко-

анамнестичними особливостями перебігу дерматозу є обтяжливий сімейний анамнез (25,5%), раптові прояви захворювання (49,1%), сезонність загострення (восени та навесні – 60,9%), II фототип шкіри (79,1%), стадійність перебігу: стадія I – еритематозна (45,5%), стадія II – папуло-пустульозна (43,6%), стадія III – ринофіми (10,9% хворих), зниження якості життя. Серед тригерних факторів домінують прийом гарячої або гострої їжі (70,9%), вживання алкоголю (80,9%), робота за комп'ютером протягом 3 та більше годин (58,2%), різке емоційне перенавантаження та стреси (34,5%), використання косметичних засобів або процедур (32,7%), гіпертермічні впливи (17,3%) або сонячний опік (14,5%), та їх комбінації (4-9 факторів мають 80,0% пацієнтів).

УДК 616.5-004.1:616.5-002.525.2-036.1:612.017.1]-018.7-008.9-091.8-092-08

ОСОБЛИВОСТІ КАТАБОЛІЗМУ ПУРИНІВ У ХВОРИХ НА ОБМЕЖЕНІ ФОРМИ СКЛЕРОДЕРМІЇ І ХРОНІЧНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

Семко Г.О., Цимбал В.М., Стулій О.М.

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

Незважаючи на інтенсивні дослідження останніх десятиліть обмежені форми склеродермії (ОСД) і хронічний червоний вовчак (ХЧВ) залишаються актуальними проблемами сучасної медицини. У патогенезі ОСД і ХЧВ провідна роль відводиться імунологічним порушенням. Відомо, що пуриновий обмін, який грає важливу роль у підтримці багатьох функцій організму (участь у метаболізмі нуклеїнових кислот, регуляції судинного тону, згортання крові і т.д.), бере участь у розвитку хронічного запалення, причому неминучим наслідком тривалої тканинної гіпоксії є перебудова метаболізму пуринів по катаболічному шляху.

Метою дослідження було вивчення показників обміну пуринів в сироватці крові хворих на ОСД і ХЧВ до та після лікування.

Матеріали та методи. Було обстежено 24 хворих на ОСД і 18 хворих на ХЧВ до та після лікування. Контрольна група включала 20 практично здорових донорів. Вивчали рівень гуаніну, гіпоксантину, аденіну, ксантину і сечової кислоти методом прямої спектрофотометрії у водному екстракті термокоагулянта сироватки венозної крові за методом Е.В. Орешнікова та співавторів. До складу комплексної терапії лікування хворих на обмежену склеродермію включали протизапальний антифіброзний препарат пеніцилін G та метаболічні засоби глутаргін і магнерот. До складу комплексної терапії лікування хворих на хронічний червоний вовчак включали протизапальний імуномодулюючий препарат дапсон, глутаргін і магнерот.

Результати та їх обговорення. Результати дослідження вмісту інтермедіатів

пуринового обміну в сироватці хворих на ОСД та ХЧВ у період загострення захворювань та після лікування наведені в таблиці 1. В сироватці крові хворих спостерігалися зміни вмісту пуринових метаболітів. Було відмічено зменшення рівня гуаніну, гіпоксантину, аденіну, ксантину відносно фізіологічної норми. Ці зміни в обміні пуринів у хворих на ОСД та ХЧВ мають вірогідний характер ($p < 0,05$). Слід зауважити, що у хворих не було відмічено значних змін у рівні кінцевого продукту катаболізму пуринів – сечової кислоти.

Відомо, що індекс співвідношення ксантин/гіпоксантин відображає активність першої фази впливу ксантиноксидази. Проведений розрахунок цього коефіцієнту показав, що в групі хворих на як на ОСД, так і на ХЧВ до лікування він вірогідно зменшено відносно контрольних значень, тому можна припустити, що процес депресії катаболізму пуринів при патології пов'язаний із змінами активності ферменту пуринового каскаду ксантиноксидази.

Таблиця 1

Рівень інтермедіатів пуринового обміну в сироватці крові хворих на ОСД та ХЧВ до та після лікування (M±m)

Показники	Хворі на ОСД, n=24		Хворі на ХЧВ, n=18		Контроль, n = 20
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
Гуанін	188,6±6,5*	231,5± 10,6	189,3±12,9*	222,6± 26,2	244,3±14,9
Гіпоксантин	174,5±8,3*	211,5±11,5	169,1±11,3*	190,1±23,3	194,5±10,8
Аденін	121,9±4,3*	152,9±8,1	125,9±13,8*	146,6±18,7	150,2±7,5
Ксантин	174,6±6,8*	202,5±12,1	174,9±12,8*	196,7±21,6	218,4±12,4
Сечова кислота	232,6±10,8*	233,1±18,4	227,6±21,1*	233,1±28,3	258,1±18,0

Примітка: * вірогідність відносно контрольної групи $p < 0,05$

Висновки. Таким чином, у сироватці крові всіх хворих на ОСД та ХЧВ встановлено зниження рівня гуаніну, гіпоксантину, аденіну, ксантину, тоді як рівень кінцевого продукту катаболізму пуринів – сечової кислоти залишався на рівні контрольних

значень. Індекс співвідношення ксантин/гіпоксантин в групі хворих на ОСД та ХЧВ до лікування вірогідно зменшено. Після проведеної терапії спостерігалася нормалізація рівня інтермедіатів пуринового обміну в групах хворих на ОСД та ХЧВ.

АПОПТОЗ У ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ПСОРИАЗ

**Солошенко Е. М., Жукова Н. В.,
Стулій О. М., Шевченко З. М.,
Ярмак Т. П.**

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

Апоптоз є механізмом, за допомогою якого відбувається елімінація пошкоджених та чужерідних клітин, а також клітин з генетично дефектним апаратом. Якщо стан епідермісу при псоріазі є відображенням трьох фундаментальних процесів, що протікають в клітинах шкіри–кератиноцитах: проліферації, диференційовки та апоптозу, то можна припустити, що здійснення запуску апоптозу в кератиноцитах відбувається за допомогою активованих Т-клітин, на яких експресується FAS-ліганд, з'єднаний с FAS-рецептором, експресія яких, в свою чергу, відбувається на кератиноцитах пошкодженого епідермісу. При порушенні взаємодії Т-клітин та кератиноцитів, коли, з одного боку, зменшується кількість ствольних кератиноцитів, які не приймають участь в активному життєвому циклі, а, з другого боку, збільшується кількість активно проліферуючих кератиноцитів, апоптична загибель котрих дуже знижена, в кінці кінців розвивається гіперпроліферація кератиноцитів, що і обумовлює появу на шкірі хворих папул та бляшок.

Мета роботи – дослідження інтенсивності апоптозу у хворих на розповсюджений псоріаз в залежності від стадії процесу, клінічних його проявів та сезонності перебігу.

Матеріали та методи досліджень. Під наглядом знаходилось 137 хворих на псоріаз, з яких у 16 – була стаціонарна стадія, а у 121 –прогресуюча стадія псоріазу. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб.

Інтенсивність фактору апоптозу досліджували за допомогою тест-системи ІФА

(Австрія). З метою вивчення механізмів індукції апоптозу досліджували також в сироватці крові вміст Ендотелеїну -1 та вітаміну Е (α -токоферолу), відповідно імуноферментним та спектрофотометричним методом.

Статистична обробка результатів дослідження виконана за допомогою пакетів прикладних програм STATISTIKA 6.0.

Результати та їх обговорення. При дослідженні інтенсивності апоптозу в залежності від стадії перебігу захворювання виявлено вигогідне його підвищення у порівнянні з практично здоровими особами у хворих лише на прогресуючу стадію. У хворих на стаціонарну стадію цей показник мав тільки тенденцію до підвищення і вигогідно не відрізнявся від показників осіб контрольної групи. Ці дані дали підставу розглядати високий рівень інтенсивності апоптозу при прогресуючій стадії перебігу псоріазу не тільки в якості одного з важливих механізмів його патогенезу, але й в якості критерія гостроти процесу.

Аналіз результатів досліджень в залежності від клінічних варіантів перебігу свідчив, що інтенсивність апоптозу вигогідно підвищеної реєструвалася у хворих на великобляшковий, ексудативний та бляшковий псоріаз, що асоційований з псоріатичною артропатією, у порівнянні з хворими на краплевидний псоріаз.

В залежності від сезонності перебігу результати досліджень вказували на вигогідне зниження інтенсивності апоптозу у хворих на літній тип перебігу у порівнянні з відповідними показниками у хворих на зимовий тип та у хворих з перебігом процесу, при якому відмічалася втрата сезонності.

Дослідження в залежності від типу вищої нервової діяльності дозволило виявити різницю показників інтенсивності апоптозу у меланхоліків і флегматиків, які були вигогідно вищими у меланхоліків.

В залежності від соматотипів встановлена відмінність інтенсивності процесів апоптозу у нормостеників і астеників, а також гіперстеників і астеників, при цьому у астени-

ків показники інтенсивності апоптозу були вирогідно знижені у порівнянні з нормостениками і гіперстениками.

Щодо вивчення механізмів індукції апоптозу, то з цією метою досліджували вміст вітаміну Е, оскільки відомо, що цей показник впливає на функції передавання апоптичного сигналу. Результатами цих досліджень встановлено, що у хворих, незалежно від стадії перебігу псоріазу, виявляється значне підвищення вмісту вітаміну Е, що дозволяє припустити, що вітамін Е при псоріазі, поряд з антиоксидантною дією, може мати вплив на функції передачі апоптичного сигналу, а саме - на активацію каспаз і FAS-рецепторів, а також на процеси, які відбуваються в мітохондріях і ядрах.

Серед інших індукторів апоптозу відома роль поліпептиду Ендотелеїну -1 (ЕТ-1), що складається з 21 амінокислотного залишка. Аналіз цих досліджень дозволив виявити вирогідне підвищення вмісту ЕТ-1 у хворих як на прогресуючу, так і стаціонарну стадії. Можна припустити, що підвищений рівень ЕТ-1 у хворих з різними стадіями процесу вказує як на прискорення темпу диференційовки тканин, так і на інтенсивність апоптозу.

Висновки: 1. У хворих на прогресуючу стадію псоріазу виявлено вирогідне підвищення інтенсивності фактору апоптозу, в той час як у хворих на стаціонарну стадію цей показник вирогідно не відрізнявся від відповідного показника осіб контрольної групи.

2. Інтенсивність запрограмованої загибелі клітин вирогідно підвищена у хворих на великобляшковий, ексудативний та бляшковий псоріаз, асоційований з псоріатичною артропатією.

3. Встановлено вирогідне зниження інтенсивності фактору апоптозу у хворих на літній тип перебігу псоріазу у порівнянні з відповідними показниками у хворих на зимовий тип та у хворих з втратою сезонності.

4. У хворих на псоріаз-астеників реєструється вирогідне зниження інтенсивності фактору апоптозу у порівнянні з нормостениками і гіперстениками.

УДК 616.5 – 004.1

ГИДРАТАЦИЯ КАК МАРКЕР ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИИ

**Солошенко Э.Н.¹, Колесников В.Г.²,
Кондакова А.К.¹, Хмель Н.В.²,
Шевченко З.М.¹, Ярмук Т.П.¹**

*¹ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины»*

*²Институт радиофизики
и электроники им. А.Я. Усикова
НАН Украины*

Цель работы - исследование параметров гидратации и поверхностного натяжения сыворотки крови больных ограниченной склеродермией с возможной адаптацией метода КВЧ-диэлектрметрии для диагностики аутоиммунных заболеваний.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужила сыворотка крови 16 больных ограниченной склеродермией (ОСД). Уровень гидратации сыворотки крови определяли с помощью аппаратно-регистрирующего комплекса, позволяющего на частотах дисперсии диэлектрической проницаемости свободной воды ($f = 10 \div 50$ ГГц) анализировать характер конформационных изменений белковых структур через ориентационную поляризацию молекул воды. Измерение коэффициента поверхностного натяжения сыворотки крови (σ) проводилось с помощью кюветы, размещенной на пьезоплатформе, и помещенной в раскрыт 8-мм волновода при скрининге («sweep»-режим) звуковых частот ($f = 20 \div 60$ Гц), входящих в область собственных колебаний системы пьезо-платформа – кювета. Температурная коррекция приводилась к $t = 24^\circ \text{C}$. Определение аутоантител к ДНК в сыворотке крови контрольных и опытных образцов осуществлялось с применением иммуноферментной тест-системы «Антитела класса G к ДНК - ИФА». Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статических программ *Microsoft Excel 2003*.

Результаты исследования и их обсуждение. Для оценки выраженности положительной реакции на аутоантитела к ДНК рассчитывали индекс реакции (ИР) как отношение оптической плотности исследуемого образца сыворотки к среднему значению оптической плотности отрицательного контроля. Коэффициент корреляции между значениями гидратации, медианной частоты ($F_{\text{медианная}}$) и ИР составил $r = 0,73$; при этом, чем более выражена положительная реакция относительно наличия аутоантител к ДНК_{нативная}, тем выше значение реальной части комплексной диэлектрической проницаемости.

Изучение поверхностного натяжения сыворотки крови, что на частотах дисперсии диэлектрической проницаемости свободной воды, сыворотки крови с положительным ИР и слабopоложительным ИР характеризуются более высокими значениями электромагнитного отклика и, следовательно, меньшими значениями поверхностного натяжения данной биологической системы.

Выводы. Достаточный уровень корреляции экспериментальных данных, которые были получены по двум методикам, позволяет рекомендовать использовать измерение гидратации и поверхностного натяжения сыворотки крови для повышения эффективности диагностики и как критерий для коррекции терапии ОСД.

УДК 612. 017.2 + 616.53-002 + 616.003.96

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ
АДАПТАЦІЙНОЇ НАПРУГИ
У ХВОРИХ НА ПОШИРЕНІ
ДЕРМАТОЗИ, ЩО АСОЦІЙОВАНІ
З ЛІКАРСЬКОЮ ХВОРОБОЮ,
І ХВОРИХ БЕЗ УСКЛАДНЕНОГО
АЛЕРГОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ**

**Солошенко Е. М., Шевченко З. М.,
Ярмак Т. П.**

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

Адаптація - пристосовуваність до навколишнього середовища. Відомо, що в орга-

нізмі людини існує система неспецифічних адаптаційних реакцій, кожна з яких на всіх ієрархічних рівнях має властивий тільки їй комплекс змін. Невідповідність між постійно змінюючимися умовами навколишнього середовища і фізіологічними можливостями організму приводить до порушення процесів адаптації. Враховуючи вищевказане, оцінка адаптаційних можливостей організму розглядається як один з найважливіших критеріїв стану здоров'я, предхвороби та хвороби.

Мета роботи – порівняльний аналіз стану адаптаційної напруги хворих на поширені дерматози, що асоційовані з лікарською хворобою, з хворими без ускладненого алергологічного анамнезу

Матеріали і методи дослідження. Під наглядом знаходилось 195 хворих на поширені дерматози, що асоційовані з лікарською хворобою. Серед обстежених реєстрували 23, 60 % хворих на лікарську хворобу (ЛХ), 12,3 % хворих на екзему, 11,3 % хворих на харчову токсидермію, 13,8 % хворих на псоріаз, 12,8 % хворих на алергічний дерматит, 26,2 % хворих – на інші дерматози. Сенсibiliзацію до лікарських засобів виявляли за допомогою ультразвукового тесту, реакції агломерації лейкоцитів, швидкості осадження еритроцитів в присутності лікарських засобів (ЛЗ).

Стан адаптації визначали по співвідношенню вміста лімфоцитів і сегментоядерних нейтрофілів в лейкоцитарній формулі (Гаркаві Л. Х., Квакіна Е. Б., Уколова М. А., 1990). Індекс по Гаркаві мав наступні градації: а) зона тренування – 0,32 – 0,51; б) зона спокійної активації – 0,52 – 0,71; в) зона підвищеної активації > 0,71; г) стрес < 32. Рівень адаптаційної напруги вивчали у 245 хворих на поширені дерматози, із яких у 163 поширені дерматози асоціювалися із лікарською хворобою (45 – лікарська хвороба, по 25 – алергічний дерматит та рожеві вугрі, 24 – псоріаз, 22 – екзема та харчова токсидермія), а у 82 – алергологічний анамнез не мав ускладнень (по 15 обстежених – лікарська хвороба і псоріаз, по 10 – алергічний дерматит, рожеві вугрі, екзема, харчова ток-

сидермія). Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб.

Результати та їх обговорення. Серед 195 хворих на поширені дерматози алергічні реакції до ЛЗ виявляли практично у всіх обстежених. Серед хворих на екзему сенсibilізація встановлена у 70,8 % обстежених, серед хворих на харчову токсидермію – у 22,7 % обстежених, серед хворих на псоріаз – у 44,4 %, серед хворих на алергічний дерматит – у 72,0 %, серед хворих на інші дерматози – у 60,8 %. Найчастіше сенсibilізацію реєстрували до антибіотиків (48 хворих, 24,6 %), серцево-судинних препаратів (34 хворих, 17,4 %), а також до місцевих анестетиків і знеболюючих засобів (31 хворий, 15,9

%) та гіпотензивних препаратів (30 хворих, 15,4 %). Поряд з переліченими засобами у хворих на поширені дерматози встановлено алергічні реакції до протизапальних препаратів (24 хворих, 12,3 %), вітамінів (27 хворих, 13,8 %), засобів для лікування патології шлунково-кишкового тракту (22 хворих, 11,3 %), кортикостероїдних (10 хворих, 5,1 %) та антигістамінних (8 хворих, 4,1 %) препаратів.

Порівняльний аналіз порушень рівня адаптаційної напруги організму у хворих на поширені дерматози без ускладненого алергологічного анамнезу та у хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ, представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняльний аналіз порушень рівня адаптаційної напруги організму у хворих на поширені дерматози без ускладненого алергологічного анамнезу та у хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ

Показники	Хворі на поширені дерматози без ускладненого анамнезу		Хворі на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ		Контроль (практично здорові особи)	
	Абс. число	%	Абс. Число	%	Абс. число	%
Зона тренування	27	32,9	46	28,2	6	40
Зона спокійної активації	16	19,5	45	27,6	9	60
Зона підвищеної активації	12	14,7	26	16,0	-	-
Зона переактивації	7	8,5	23	14,1	-	-
Гострий стрес	10	12,2	13	8,0	-	-
Хронічний стрес	10	12,2	10	6,1	-	-
Усього хворих	82	100	163	100	15	100

Як свідчать дані таблиці, серед хворих на поширені дерматози без ускладненого алергологічного анамнезу в реакції тренування перебувало 32,9 % обстежених, в зоні спокійної активності – 19,5 %, в зоні підвищеної активності – 14,7 %, в зоні переактивації – 8,5 %, в зоні гострого стресу – 12,2

%, в зоні хронічного стресу – 12,2 %. На підставі цих даних порушення рівня адаптаційної напруги організму встановлено у 47,6 % хворих на поширені дерматози без ускладненого алергологічного анамнезу у порівнянні з особами контрольної групи, у котрих індекс по Гаркаві, як рівень адапта-

ційної напруги, був в межах норми, оскільки 40 % практично здорових осіб знаходились в зоні тренування, а 60 % – в зоні спокійної активації. Згідно даним цієї ж таблиці, серед всієї групи хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ, порушення індексу адаптаційної напруги виявлено у 44,2 % обстежених, 16 % із яких перебувало в зоні підвищеної активності, 14,1 % - в зоні переактивації, 8 % - в зоні гострого стресу і 6,1 % - в зоні хронічного стресу. Фактично аналіз отриманих даних свідчить, що вірогідної різниці в порушеннях адаптаційних механізмів у хворих на поширені дерматози без ускладненого анамнезу (47,6 %) і у хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ (44,2 %), немає. Між тим, якщо серед хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ, більше хворих знаходилось в зоні підвищеної активації та переактивації (30,1 %) і менше в зоні гострого і хронічного стресу (14,1 %), то серед хворих без ускладненого алергологічного анамнезу навпаки менше хворих знаходилось в зоні підвищеної активації та переактивації (23,2 %) і більше хворих - в зоні гострого і хронічного стресу - (24,4 %). Аналіз індексу адаптаційної напруги щодо кожного дерматозу показав, що в зоні підвищеної активації перебували переважно хворі на псоріаз (29 %) і на лікарську хворобу (22%); в зоні переактивації – хворі на харчову токсидермію (22 %), на рожеві вугрі (16 %), на алергічний дерматит (16 %) та екзему (14 %); в зоні гострого і хронічного стресу – хворі на алергічний дерматит (24 %), лікарську хворобу (16 %) та екзему (14 %).

Висновок. У хворих на поширені дерматози без ускладненого алергологічного анамнезу і у хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ, без вірогідної різниці між ними виявлені вагомні порушення адаптаційних механізмів – відповідно у 47,6 % (із них 23,2 % обстежених знаходились в зоні підвищеної активації та переактивації і 24,4 % в зоні гострого та хронічного стресу) і у 44,2 % (із них 30,1 % обстежених знаходилось в зоні підвищеної активації і переактивації та 14,1 % - в зоні гострого і хронічного стресу).

УДК 616.517-08.37-035-056.5

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАНО-ИММУНОМОДУЛЯТОРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Федотов В. П., Кириенко В. А.

*Запорожский государственный
медицинский университет*

Псориаз – один из самых часто регистрируемых дерматозов, поражая практически 2-3% всего населения земного шара. Псориаз – это генетически детерминированное хроническое аутоиммунное полисистемное заболевание мультифакторной природы, которое характеризуется доброкачественной гиперпролиферацией эпидермиса, папуло-сквамозной сыпью, стадийностью, нередко тяжелым клиническим течением с вовлечением в патологический процесс опорно-двигательного аппарата и внутренних органов и соответствующими морфологическими и функциональными изменениями.

Нарушения иммунной системы и развитие слабого иммунного ответа у больных данным дерматозом обусловлено антигенной мимикрией, генетическими факторами, которые контролируют процессы нормальной дифференциации иммунокомпетентных клеток, сбоям или поломками нейро-гуморальных механизмов. Характерно снижение Т-лимфоцитов, изменение коэффициента соотношения Т-хелперов/Т-супрессоров за счет увеличения Т-супрессоров, повышения уровня иммуноглобулинов класса IgG, IgA, компонентов комплемента C3, C4, что свидетельствует об активизации в них процессов образования аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов и, соответственно, угнетения защитных механизмов. На основании этого сделан вывод, что патогенез при псориазе в основном аутоиммунный. Важным патогенетическим звеном иммунных нарушений при псориазе есть девиа-

ция цитокинового профиля по Th1-типу с повышением уровня интерлейкинов (IL-8) и фактора некроза опухолей (TNF- α), как ключевого механизма болезни.

В лечении псориаза используются противовирусные препараты, иммуномодуляторы, антигистаминные средства, витамины, седативные, гипосенсибилизирующие и др. Особое место занимают иммуномодулирующие препараты. Уже много десятилетий назначают иммуностимуляторы, которые в большинстве своем морально устарели, когда еще было мало знаний об особенностях работы иммунной системы. Поэтому большинство авторов считало, что необходимо стимулировать иммунитет, что привело к росту количества хронических заболеваний. В последние годы иммунологи стали настойчиво говорить о пагубном влиянии бездумной иммуностимуляции, называя её иммунных терроризмом.

Как известно, нанотехнологии позволяют улучшить свойства препарата, сделав его на несколько порядков эффективней и безопасней относительно любого аналога. Приставка «нано» в переводе с греческого означает «карлик», 1 нанометр равен 1×10^{-9} метра. Для лекарственного препарата Меркурид созданы молекулы размером всего 1,2 нм (для сравнения, размеры вирусов составляют от 20 до 300 нм). Использование сверхмалых молекул позволяет наделять их информационной составляющей – ноу-хау разработчиков, что дает возможность препарату сначала выявить изменения в работе иммунитета, а затем корректировать его – впервые реализована интеллектуальная модуляция – «интеллектуальный иммуномодулятор», сначала определяет, а затем восстанавливает только нарушенные звенья иммунитета, нормально функционирующие не затрагиваются.

Меркурид является комплексным гомеопатическим препаратом, который обладает противовоспалительными, иммуномодулирующими, дезинтоксикационными свойствами, способствует активации защитных сил организма, повышает работоспособность и общую неспецифическую резистентность,

нормализует факторы противоопухолевой (TNF- α), противовирусной, противопаразитарной (IgA) защиты. Препарат применяется сублингвально. Гранулы следует применять под язык до полного рассасывания, при необходимости гранулы растворить в небольшом количестве воды. Взрослым рекомендуется применять по 7 гранул 3 раза в день, детям с 6 лет – по 3 гранулы 3 раза в день. В острых случаях в течение первых 2 часов принимать разовую дозу каждые 15 минут до наступления улучшения состояния, но не более 8 раз, после чего принимать 3 раза в день. Принимать за 15-20 минут до еды или через 1 час после еды. Курс лечения – 3-4 недели. Для достижения устойчивого результата рекомендуется повторение курса лечения с интервалом 2 недели.

Цель: провести сравнительный анализ эффективности применения традиционной терапии и использования нано-иммуномодулятора у больных псориазом с избыточным весом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 22 больных (14 женщин и 8 мужчин в возрасте от 20 до 64 лет) с различными клиническими формами псориаза и избыточным весом. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц.

Степень тяжести псориаза оценивали при помощи Psoriasis Area and Severity Index (PASI) – индекс PASI был представлен числом от 0 (отсутствие болезни) до 72 (самое тяжелое течение дерматоза). Диагностическое обследование проводилось до и после курса лечения. Все больные находились на стационарном или амбулаторном лечении в клинике кожных и венерических заболеваний Запорожского государственного медицинского университета.

Больные были разделены на 2 репрезентативные группы. 1-я группа: назначалась стандартная терапия; 2-я группа: на фоне стандартной терапии назначался нано-модулятор Меркурид по схеме 7 гранул 3 раза в день 3 недели.

Результаты исследования. Больные с распространенным вульгарным псориазом

составляли основную часть - 90%, у 10% больных выявлен экссудативный псориаз. Частые обострения заболевания наблюдались у 30% больных и у всех пациентов отмечались в осенне-зимний период. При обследовании больных выявлено: проявления псориазической триады Ауспитца у всех больных, индекс PASI составил $24,83 \pm 2,61$. Псориаз сопровождался субъективными симптомами (жжение, зуд различной степени интенсивности).

После завершения курса лечения отмечено уменьшение индекса PASI у всех больных на псориаз, но более выраженное снижение его отмечено у больных 2-й группы. Так, у больных 1-й группы под влиянием стандартной терапии индекс PASI до лечения составил $25,77 \pm 2,15$; после лечения – $16,12 \pm 0,88$; наблюдается снижение индекса PASI на 37,1% ($p < 0,05$). У больных под влиянием стандартной терапии и нано-иммуномодулятора индекс PASI до лечения составлял $24,67 \pm 2,09$; после лечения – $10,09 \pm 0,79$; наблюдается снижение индекса PASI на 59,1% ($p < 0,05$). Таким образом, наиболее высокая клиническая эффективность лечения больных псориазом у лиц с избыточным весом наблюдалась при использовании стандартной терапии и применения нано-иммуномодулятора.

Выводы. Делая выводы о результатах клинического наблюдения, можно утверждать, что включение в схему лечения больных псориазом с избыточным весом нано-иммуномодулятора показало более высокую эффективность проводимой терапии по сравнению с традиционным лечением и хорошую переносимость препарата. Включение данного препарата в комплексное лечение больных псориазом с избыточным весом обеспечило более быструю стабилизацию и регресс клинических проявлений заболевания. Учитывая широкий терапевтический профиль действия и хорошую переносимость, считаем целесообразным рекомендовать к более широкому применению данного препарата в лечении ряда дерматозов, включая псориазическую болезнь.

УДК 616.5-002.828

ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КРУПНЫХ КОЖНЫХ СКЛАДК, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ МИКСТ-ИНФЕКЦИЯМИ

Федотов В. П., Носонова А. В.

*Запорожский государственный
медицинский университет*

Цель работы. - изучить распространенность грибковых поражений крупных кожных складок, обусловленных микст-инфекциями.

Материалы и методы. Среди 80 больных инфекциями крупных кожных складок 52 пациента (65%) имели микоз, вызванный дерматомицетами. Из них 43 больных (82,7%) микозом, возбудителем которого были грибы рода *Trichophyton* (*Tr. rubrum* – 39 пациентов (90,7%) и *Tr. mentagrophytes* – 4 (9,3%)) и 9 больных (17,3%) – возбудителем заболевания являлся грибок рода *Epidermophyton* (*E. floccosum*). У всех больных были найдены нити мицелия. Культура гриба была выделена при посеве материала, который был взят с очагов поражения в крупных складках, у 38 больных (73,1%). У последних 14 больных (26,9%) грибок было выделено при посеве материала с других локализаций грибкового процесса на туловище (нижняя часть), конечностях или при соскобе с пораженных грибом ногтевых пластинок.

Культуральная диагностика микоза в крупных кожных складках кожи с выявлением полного спектра грибов, которые принимают участие в развитии данного процесса, является достаточно сложной задачей. По мнению большинства микологов, во многих случаях получить культуру гриба, возбудителя заболевания, не удастся, что связано с целым рядом факторов, в том числе и с биологическими свойствами мицелиальных дерматомицетов – медленным ростом культуры, которая может угнетаться сопутствующей бактериальной или грибковой микрофлорой.

С другой стороны, в природных условиях в патологическом процессе в организме существуют сложные взаимодействия внутри микробных ассоциаций.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлено, что вид *Tr. rubrum* выделяется чаще у больных с начальными стадиями патологического процесса или ограниченными в монокультуре, а в ассоциациях с другой микробиотой - при более активном развитии поражения в результате распространения процесса с вовлечением гладкой кожи и ногтей.

Выводы. Проведенные исследования указывают, что на современном этапе ведущее место в поражениях крупных кожных складок занимает *Trichophyton rubrum*-инфекция, преимущественно в ассоциации с другой микробиотой. В следствии чего необходим соответствующий дифференцированный подход к терапии данных форм заболеваний.

УДК 616.53 – 002 – 036 – 08 – 055.1 : 576.31 : 159.97

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ РОЗАЦЕА У ЧОЛОВІКІВ

Харитонов О.Г.

*Дніпропетровська державна
косметологічна лікарня*

На сучасному етапі актуалізується питання про розкриття патогенетичних механізмів, які формують різноманіття клінічних проявів розацеа, для індивідуалізації терапевтичних і реабілітаційних підходів щодо кожної клінічної форми захворювання.

Під нашим наглядом знаходилося 110 чоловіків, хворих на розацеа, віком від 18 до 73 років. Усі хворі знаходилися на лікуванні у Дніпропетровській державній косметологічній лікарні у період 2008-2013 рр. Для клінічної характеристики розацеа використовувалась класифікація хвороби за підтипами (WilkinJ. etal., 2004), яка традиційно врахо-

вує морфологічні елементи, зокрема телеангіектазії, суб'єктивні симптоми, ступінь виразності процесу та його локалізацію. В епікрізну картку хворого включено паспортні дані, вік, скарги, дані анамнезу (коли виникла хвороба, сімейний анамнез, шкідливі звички, алергологічний анамнез, історія розвитку та перебігу хвороби, історія лікування, його ефективність, супутня патологія), дані огляду та локального статусу, опитувальник якості життя (ДІЯЖ), результати обстежень, оцінка ефективності лікування. З загальної кількості хворих більшість становили чоловіки у віці до 50 років (70,9%). Середній вік – 42,5±1,3 років. За результатами анамнестичного опитування і подальшого тривалого спостереження встановлено, що найчастіше (67 хворих – 60,9%) загострення захворювання мали сезонний характер та виникали восени та навесні після надмірної інсоляції.

Не дивлячись на те, що розацеа як окрема нозологічна одиниця добре відома вже давно, до дійсного часу є суперечливими точки зору щодо її єдиної класифікації. Деякі автори віддають перевагу розподілу за стадіями, деякі автори вважають більш вірним виділяти окремі клінічні форми хвороби.

Цікавим з нашої точки зору є той факт, що у досліджуваних хворих не завжди мала місце класична клінічна картина хвороби. Тому під час первинних звернень до лікувальних установ у 34 хворих (30,9%) не був своєчасно встановлений діагноз розацеа. 27 хворих (24,5%) взагалі довго отримували лікування із такими діагнозами: червоний вовчак, судинний невус, артіфіціальний дерматит, алергічний дерматит, екзема, атопічний дерматит, саркоїдоз Бека-Шаумана, токсидермія, вугрова хвороба, демодикоз. Це пояснює той факт, що хворі протягом довготривалого часу отримували різне лікування антибактеріальними, антигістамінними, протипаразитарними, седативними, топічними глюкокортикостероїдними засобами без будь-якого стійкого ефекту. У деяких випадках застосування топічних глюкокортикостероїдів мало тимчасовий ефект за рахунок їх протизапальної дії, а потім після відміни

препарату відзначалось різке та стійке загострення захворювання.

За клінічними стадіями розацеа спостережували хворі розподілялися наступним чином. Стадія I (помірна еритема, невелика кількість телеангіоектазій, відсутність папул, пустул, вузлів, бляшок, ринофімі) відзначалась у 50 (45,5%) хворих, стадія II (персистуюча еритема, безліч телеангіоектазій, наявність папул, пустул) – у 48 (43,6%) хворих, стадія III (стійка еритема, численні телеангіоектазії, наявність папул, пустул, рідше – вузлів, бляшок, ринофімі) – 12 (10,9%) хворих.

Таким чином, цікавим з нашої точки зору був той факт, що дані кореляційного аналізу дозволили встановити прямий взаємозв'язок тяжкості хвороби з давністю захворювання ($r=0,45$; $p<0,001$) та віком хворих ($r=0,37$; $p<0,001$).

УДК 616.5-006.6

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО БАЗАЛЬНО-КЛІТИННОГО РАКУ ШКІРИ

**Якімова Т.П.¹, Якімов Д.Ю.²,
Шевченко О.В.²**

*¹Харківська медична академія
післядипломної освіти*

*²Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця*

На сьогоднішній день в Україні, м. Харкові та області спостерігається вельми висока захворюваність базально-клітинного раку шкіри (БКР). БКР шкіри складає 78 % усіх злоякісних пухлин шкіри, тоді як його діагностика в поліклінічній ланці охорони здоров'я дорівнює усього 6–8 % (Яшина Е.,

2013; Aethamura D. et al., 2013). Це пов'язують з низькою настороженістю населення, недостатньою грамотністю лікарів різного фаху, невпевненістю лікарів поліклінічної ланки, відмовою хворих від консультації онколога (Гречишнікова Т.В. та ін., 2005).

За останні роки БКР зазнав певного патоморфозу, що проявляється більш розвиненими та низько диференційованими формами, такими як солідна та аденоїдна базаліома зі значною мітотичною активністю, глибоким проростанням пухлин у дерму та метастазуванням у вісцеральні органи.

У теперішній час основними є монотерапевтичні методи лікування: кріодеструкція, лазерне та хірургічне видалення пухлин, променева терапія та ін. Між тим, БКР шкіри відзначається високою частотою рецидивів – у 85–90 % випадків, що свідчить про неадекватність методів лікування, яке треба призначати з урахуванням макро- і мікроскопічних особливостей пухлин. Неоднозначні результати перебігу БКР залежать від ступеня диференціації та гістологічного типу, ступеня зрілості клітин, мітотичної активності та глибини інвазії в дерму, віддаленості від лімфатичних та кровоносних судин. Залежно від гістологічної побудови розрізняють недиференційовані та диференційовані типи БКР. На практиці часто виявляють змішані форми.

До недиференційованих відносять поверхневу мультицентричну склерозуючу та солідну базаліому, що має пігментний та кістозний варіант. До диференційованих БКР відносять форми з диференціюванням у бік пітних, сальних залоз, волосяних фолікулів, епідермоїдну базаліому та базаліому складної побудови. Враховуючи різні варіанти, клінічні та морфологічні форми БКР, лікування його повинно бути однотипним, або комплексним: хірургічним та променевим. При розповсюджених та недиференційованих формах терапія повинна бути комплексною.

Венерология

УДК 616.(972+975).579.2

ГЕНОТИПИРОВАНИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ *TREPONEMA PALLIDUM*, ВЫЯВЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ В ВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ

**Белозоров А.П.¹, Сокол О.А.¹,
Милютин Е.И.¹, Частий Т.В.¹,
Демедецкая О.А.¹, Дунаева Г.А.²,
Баркалова Э.Л.³, Радионов В.Г.⁴**

ГУ „Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины”¹

Харьковская медицинская академия
последипломного образования²

Донецкий кожно-венерологический
диспансер³

Луганский государственный
медицинский университет⁴

Одним из важных достижений последних лет в области сифилидологии явилась разработка метода генотипирования *Treponema pallidum*, основанного на внутривидовой варибельности двух генов *arp* и *tpr*. Известно, что ген *arp* (acidic repeat protein), содержит уникальные повторы, состоящие из 60 пар оснований. Количество повторов в гене *arp* варьирует у разных штаммов *Treponema pallidum*. Семейство генов *tpr* (*Treponema pallidum repeat*) содержит 12 генов. Для типирования используются гены субсемейства II *tpr* - *tprE*, *tprG* и *tprJ*, варибельность которых определяется методом полиморфизма длины рестрикционных фрагментов (ПДРФ).

Цель работы – изучить генетические особенности *Treponema pallidum* на основе анализа варибельности генов *arp* и *tpr*.

Материалы и методы. Амплификацию фрагментов ДНК изучаемых генов *Treponema pallidum* проводили методом полимеразной цепной реакции. Детекцию продуктов амплификации проводили методом горизонтального электрофореза в агарозном геле. Варибельность генов *tpr* определяли методом ПДРФ.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате типирования штаммов *Treponema pallidum* по гену *tpr* в зависимости от ПДРФ участка гена *tpr* были выявлены следующие варианты: *a*, *b*, *e*, *g*. По гену *arp* были выявлены варианты с 6, 7, 8, 13 60-нуклеотидными повторами.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования позволяют охарактеризовать штаммы *Treponema pallidum*, дать характеристику некоторых факторов патогенности возбудителя, а также способствуют мониторингу штаммов *Treponema pallidum*, циркулирующих в Украине. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости продолжать работу по генотипированию *Treponema pallidum*, поскольку подобные исследования до настоящего времени в Украине не проводились.

УДК 616. 98: 576.893. 161. 21-085

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ УЛЬТРАСТРУКТУРИ ГЛІКОКАЛІКСА ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ УРОГЕНІТАЛЬНИМ ХЛАМІДІОЗОМ

**Бондаренко Г.М., Нікітенко І.М.,
Іващенко Л.В., Безрученко О.А.**

ДУ «Інститут дерматології
і венерології НАМН України”

Мета дослідження - вивчення стану глікокалікса лімфоцитів у хворих на уроге-

нітальний хламідіоз методом електронної мікроскопії.

Матеріали та методи дослідження.

Для вивчення глікокалікса лімфоцитів методом електронної мікроскопії в дослідженнях брали участь 18 хворих урогенітальним хламідіозом і 22 практично здорових донорів. Об'єктом дослідження були лімфоцити периферичної крові донорів, хворих хламідійною інфекцією до лікування й після. Підготовку матеріалу до електронно-мікроскопічного дослідження проводили за загальноприйнятою методикою Уикли Б. з використанням додаткового контрастування рутенієм червоним (по Лафту) за методом, викладеном Гайером.

Результати та їх обговорення. Було встановлено, що у здорових осіб контрольної групи (донорів) структура глікокалікса лімфоцитів наявна суцільним примембранним шаром різної товщини. Глікокалікс однорідний, хоча є ділянки клітин, де він досить тонший.

У хворих урогенітальним хламідіозом було виявлено два види порушень. У першому випадку була виражена явна нерівномірність товщини глікокалікса при його відносній схоронності в цілому. У поверхні лімфоцита товщина глікокалікса мінялася від декількох нанометрів до десятків нанометрів. У другому випадку у хворих поверхня лімфоцитів містила або невеликі фрагменти глікокалікса, або позбавлена його зовсім.

Морфологічні дослідження на ультраструктурному рівні за допомогою електронної мікроскопії підтвердили ушкодження зовнішніх примембранних шарів лімфоцитів у хворих із хронічним перебігом урогенітального хламідіозу. Було виявлено два види порушень. У хворих з легким перебігом і невеликими строками захворювання мала місце тільки нерівномірність товщини глікокалікса при його відносній схоронності. У хворих з важким, тривалим перебігом захворювання поверхня лімфоцитів містила або невеликі фрагменти глікокалікса, або була позбавлена його зовсім. Схоронність структури глікокалікса важлива для нормального функціонування імунокомпетентної клі-

тини, оскільки його архітектура забезпечує доступність рецепторів для взаємодії із сигнальними молекулами (цитокінами, хемокінами), що регулюють адаптивну відповідь на інфекцію й розгортання специфічних імунних і запальних тканинних реакцій. Без цих феноменів елімінація збудника з організму неможлива. Дослідження дозволило безпосередньо побачити морфологічний субстрат порушень зовнішніх примембранних шарів лімфоцитів (глікокалікса) у хворих урогенітальним хламідіозом, які були виявлені біохімічними методами. Більше того, була показана неоднорідність вибірки хворих, серед яких можна умовно виділити пацієнтів з важким перебігом захворювання й порушеними механізмами адаптації.

Висновки. Одержані дані ще раз підтвердили необхідність корекції імунних і метаболічних порушень при лікуванні хворих на урогенітальний хламідіоз.

УДК 616.97 – 002.7:579.887.111] – 036.22 – 092 – 085 (043.3)

АНАЛІЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТІ УРОГЕНІТАЛЬНИМ МИКОПЛАЗМОЗОМ В УКРАЇНЕ

**Бондаренко Г.М., Осинская Т.В.,
Федорович Т.В.**

*ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины»*

Анализ заболеваемости урогенитальным микоплазмозом весьма затруднен из-за отсутствия достаточно надежных и сравнимых статистических данных. Однако многочисленные работы свидетельствуют о значительной распространенности микоплазменной инфекции, особенно в сочетании с трихомонадными, гонококковыми и хламидийными поражениями мочеполового тракта, проявляющихся острыми и хроническими воспалениями женской и мужской генитальной сферы, патологии беременности и плода

Цель работы: изучить состояние заболеваемости урогенитальным микоплазмозом в Украине за период с 2002 по 2012 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении статистических данных нами были получены следующие результаты: за указанный период отмечается рост заболеваемости урогенитальным микоплазмозом (с 34,8 случаев на 100 000 населения до 86,8), в период с 2002 по 2007 год частота выявления увеличилась более чем в два раза (с 34,8 до 75,8), в период с 2007 по 2012 частота выявления УМ также возросла (с 75,8 до 86,8), что может свидетельствовать о недостаточном внимании к данной проблеме практических врачей и несовершенной диагностической программе. Самый высокий уровень заболеваемости наблюдается среди населения Харьковской области (347,1 случай на 100 000). Причем у женщин данная патология выявляется в 2 раза чаще, чем у мужчин.

Выводы: таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения проблемы урогенитального микоплазмоза ввиду роста заболеваемости, а также поиска эффективных схем лечения.

УДК [618.3+616 – 053.31] – 022.7 /- 9:576.893.161.21] – 07 – 08 – 084

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ТРИХОМОНАДНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

**Бондаренко Г.М., Осинская Т.В.,
Унучко С.В., Федорович Т.В.**

**ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины»**

Урогенитальные инфекции нередко характеризуются рецидивами после лечения,

самопроизвольными выкидышами, патологическим течением беременности, родов, послеродового периода, инфицированием плода и новорожденного.

По разным оценкам частота выявления *T.vaginalis* у беременных составляет – 20 – 55 %, *U.urealyticum* – 50-75 %, *M.hominis* – 20-25 %. Результаты исследований по оценке вероятности перинатального инфицирования *T.vaginalis* (0 – 55 %), *U.urealyticum* и *M.hominis* (2 – 11%) немногочисленны и переменны, что не позволяет объективно оценить степень распространения и факторы риска заражения новорожденных детей трихомонадной инфекцией.

Цель работы – на основании клинико-эпидемиологических особенностей, а также влияния трихомонадной и микоплазменной инфекции на гестационный период, выделить факторы риска перинатального инфицирования *T.vaginalis*, *U.urealyticum* и *M.hominis*.

Материалы и методы исследования: обследованы 210 беременных женщин и 160 новорожденных девочек, в возрасте до 7 суток жизни; 25 проб амниотических оболочек и околоплодных вод. Материалом для лабораторного изучения служили мазки отделяемого из влагалища, цервикального канала, уретры, околоплодные воды, амнион. Диагностику *T.vaginalis* проводили бактериоскопическим (исследование нативных и окрашенных препаратов по Романовскому–Гимзе) и бактериологическим методами (применялась стандартная питательная среда для выделения и культивирования трихомонад - СКДС). Диагностику *M.hominis* и *U.urealyticum* проводили бактериологическим, иммунологическим (ИФА) и молекулярно-генетическим (ПЦР) методами. Для микроскопического исследования амниотических оболочек вырезались кусочки размером 1,0 × 1,0 см через всю толщину ткани и фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Затем проводили через спирты возрастающей концентрации, заливали в целлоидин-парафин и изготавливали срезы толщиной 5-6 мкм. Гистологические срезы

окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону.

Результаты и их обсуждение. Трихомоноз, как моноинфекцию диагностировали в 30% случаев, микоплазмоз и уреаплазмоз - в 15%. За составом урогенитальной микрофлоры преобладали больные на смешанную инфекцию, а именно чаще всего в ассоциации с *T.vaginalis* (65,1%), в частности с *M. hominis* (7%) и *U. urealyticum* (28%), *Chlamydia trachomatis* – (16%), *Gardnerella vaginalis* (18%), *Treponema pallidum* (1%), *Candida albicans* (43%) и *Staphylococcus aureus* в концентрации больше 10⁴ КУО/см³ (18%). Инфицирование новорожденных девочек диагностировалось – *T.vaginalis* у 22% случаев, *M. hominis* – у 6% и *U. urealyticum* – у 9%.

Установлены факторы риска по перинатальному инфицированию *T.vaginalis*, *M. hominis* и *U. urealyticum*: возраст (20 – 30 лет) инфицированных матерей (78%), раннее (до 18 лет) начало половой жизни (58%), низкий удельный вес индивидуальной профилактики (29%); не диагностированная урогенитальная инфекция до родов (98%), патология нижнего и верхних этажей урогенитального тракта (78%), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (95%), высокая частота гестационных осложнений (100%) и соматической патологии (70%); физиологическое родоразрешение (81%), кесарево сечение (18%); наличие инфекции в амниотической жидкости и оболочках с патоморфологическими изменениями амниона, а также женский пол ребенка.

Выводы. Анализируя полученные данные, мы видим достаточно высокий уровень выявления трихомонадной и микоплазменной инфекции среди беременных женщин, с высоким уровнем акушерско-гинекологических заболеваний и осложнений, а также их новорожденных детей, что в значительной степени является фактором риска для перинатального инфицирования, который в значительной степени зависит от используемых диагностических методов, в частно-

сти, культурального при трихомонозе и ПЦР при микоплазмозе. Является целесообразным выделения в группу риска беременных женщин, инфицированных *T.vaginalis*, *M. hominis* и *U. urealyticum*, с учетом особенностей соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности, родов и послеродового периода, а также возможного перинатального заражения.

УДК 618.3/.5-06:616.972.-616.972:616.983:616:98

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПЕРЕБІГ СИФІЛІТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

**Бондаренко Г.М., Унучко С.В.,
Губенко Т.В.**

*ДУ „Інститут дерматології
та венерології НАМН України”*

За останні роки суттєво змінилась епідеміологія сифілісу. Встановлено, що захворюваність на сифіліс розвивається хвилеподібно. Підвищення відмічалось з інтервалами приблизно в 15-17 років. У другій половині ХХ сторіччя найбільш інтенсивний ріст інфікування сифілісом спостерігався у 1995-1996 роках. Рівень захворюваності у цей період був більш ніж у 5 разів вище рівня захворюваності у 60-ті роки, коли реєструвались мінімальні показники. Пік зростання на сифіліс припав на 1996 рік, коли інтенсивний показник був 150,8 випадків на 100 000 населення. Підвищення захворюваності сифілісом у ці роки спостерігалось практично у всіх регіонах України. Починаючи з 1998 року відмічається зниження кількості хворих на сифіліс. Статистичні дані за 2012 р. по Україні склали: число виявлених випадків – 5334 або 11,7 на 100 тис. населення. Наведені дані - це офіційна статистка, яка відображає, по різних оцінках, від 10% до 40% реальної кількості випадків сифілісу.

Група факторів чинять суттєвий вплив на епідеміологічну ситуацію як в окремому регіоні, так і в країні в цілому. Суттєво важливими є біологічні фактори мікросередовища (мікробіологічні, нейроендокринні, імунологічні), фактори, які впливають на поведінку суб'єкта (психологічні особливості людини, рівень культури, стереотипи поведінки), а також фактори макросередовища – ступінь соціальної захищеності, часткове безробіття, низький рівень фінансування охорони здоров'я, ступінь доступності медичної допомоги мешканцям сіл. Також з'явилися нові механізми стійкості збудників бактеріального та вірусного походження до антибіотиків і хіміопрепаратів.

Таким чином, вивчення клініко-епідеміологічних особливостей сифілісу на сучасному етапі дозволить розробити не тільки адекватні протиепідемічні заходи, але й удосконалити лікування.

Мета роботи - вивчення клініко-епідеміологічних особливостей сифілісу на сучасному етапі.

Матеріали та методи. Для виконання поставлених завдань було обстежено та проліковано 625 хворих на сифіліс. Усім хворим були проведені лабораторні дослідження: клінічні аналізи крові, сечі; біохімічні дослідження (АлАТ, АсАТ, ЛДГ, γ -ГТФ, ЗБ, ЩФ); серологічні дослідження крові (КСР, РІФ-200, РІФ-абс). Статистична обробка даних проводилась з використанням комп'ютерних програм „Microsoft Excel” та „STATISTIKA”.

Результати та їх обговорення. Пік захворюваності на сифіліс в Україні припав на 1996-1998 роки. Нині відзначається зниження захворюваності, проте показники залишаються стабільно високими в останньому десятиріччі. Статистичні дані за 2012 р. по Україні склали: число виявлених випадків – 5334 або 11,7 на 100 тис. населення. З 2003 р. по 2012 р. захворюваність на сифіліс в Україні знизилася практично у 4,8 рази.

Отримані нами статистичні дані щодо захворюваності на сифіліс також свідчать

про зниження кількості випадків. Так з 2003 року по 2012 рік спостерігалось зниження захворюваності в 2,5 рази (усі форми сифілісу). Але з 2009 року по 2012 рік спостерігалось підвищення захворюваності в 2,3 рази (за виключенням сифілісу раннього прихованого). Серед мешканців міста кількість хворих зменшилася в 3 рази, серед жителів сільської місцевості – в 2,5 рази. Нами виявлено зниження захворюваності на ранній сифіліс (первинний, вторинний свіжий, вторинний рецидивний, ранній прихований сифіліс) у 7,6 разів. Якщо серед мешканців міста кількість хворих знизилася у 7,7 разів, то серед жителів села – у 7,4 разів. Захворюваність на ранній сифіліс серед населення України зменшилася з 2003 р. по 2012 роки у 5,9 разів і склала: кількість виявлених випадків – 4325; на 100 000 населення – 9,5. Проте, дані захворюваності на ранній прихований сифіліс населення України в структурі захворюваності ранніми формами продовжувала зростати навіть на тлі зниження загальної кількості випадків інфікування. Якщо у 2003 році в структурі ранніх форм показники прихованого раннього сифілісу становили 44,2 %, то у 2012 році – 58,1 %. На ранній прихований сифіліс припадало 18,4% усіх хворих пролікованих нами у 2003 році на ранній сифіліс, а у 2012 році – 65 %.

Кількість хворих на сифіліс (усі форми) з 2003 до 2012 року скоротилася у 2,5 разів, а хворих на ранній прихований сифіліс – у 4,3 разів. Причому дані свідчать про зниження захворюваності на ранній прихований сифіліс серед жителів села в 4 рази, серед мешканців міста – в 4,6 рази.

Незважаючи на зниження захворюваності населення України на сифіліс у цілому, кількість випадків пізнього й неуточненого сифілісу збільшується. У 2012 році пізній сифіліс виявлено у 530 випадках (1,2 на 100 000 населення), інші й неуточнені форми сифілісу – у 475 випадках (1,0 на 100 000 населення). Серед жителів України за період 2003–2012 рр. спостерігається зростання захворюваності на пізні форми сифілісу – в 2,5 рази,

неуточненого – в 1,5 рази. За нашими результатами за 2003–2012 роки відзначалося зниження захворюваності на сифіліс (усі форми) і кількості хворих з ранніми формами сифілісу, а кількість хворих на пізній сифіліс зросла в 1,6 рази. Кількість випадків неуточненого сифілісу за той же період збільшилася в 2,3 рази. Більшість чоловіків, хворих на пізній сифіліс, була серед жителів села, а жінок – серед міських жителів. За період з 2003 р. по 2012 р. кількість хворих на пізній сифіліс серед жителів села зросла в 2 рази, а серед міських жителів – в 1,6 рази. За період 2003–2012 роки захворюваність на неуточнені форми сифілісу зросла серед чоловіків – в 2,7 рази, серед жінок – в 1,9 рази. Аналізуючи підсумовані дані захворюваності на сифіліс нами було виявлено ряд тенденцій. Відзначено превалювання серед хворих на сифіліс осіб фертильного віку (64,6±6,5 %), що збігається з даними по Україні. Низький соціальний статус хворих (46,5±1,4 %), також високий відсоток осіб, які не працюють, або не мають постійної роботи – 61,5±3,6 %. Серед жителів села більшість пацієнтів виявлено з діагнозом неуточнений сифіліс, мешканців міста – з пізнім сифілісом. Серед хворих на пізній сифіліс більшість становлять жінки. У групі пацієнтів з діагнозом неуточнений сифіліс – чоловіки. Відзначено превалювання жінок: у віковій групі 20–29 років – з усіма формами сифілісу, у віковій групі 40–59 років – хворих на пізній та неуточнений сифіліс. Жінки складають більшість серед осіб з ранніми формами сифілісу, як серед сільських, так і серед міських жителів. З ранніми формами сифілісу чоловіків було більше у віці до 20 років та 40 років і старше. Серед хворих на ранній прихований сифіліс жінки переважали у віковій групі до 40 років, чоловіки – у віці 40 років і старше.

З аналізу даних стає зрозумілим, що епідеміологія сучасного сифілісу, за нашими дослідженням, як і в Україні в цілому, змінилася. Відзначається збільшення пізнього, неуточненого й поступове зростання раннього латентного сифілісу в структурі захворюваності ранніми формами сифілісу навіть

на тлі зниження загальної кількості випадків інфікування, особливо серед жителів сільської місцевості, що потребує додаткових лікувально-профілактичних заходів.

Висновки. Виявлені тенденції захворюваності на сифіліс в останні роки, а саме: зниження загальної захворюваності на сифіліс, у тому числі на ранні форми сифілісу; зростання пізнього, неуточненого сифілісу, відсотку раннього латентного сифілісу в структурі ранніх форм. Для сифілісу характерні наступні епідеміологічні особливості: переважають хворі фертильного віку (64,6±6,5 %) з низьким соціальним статутом (46,5±1,4 %), серед яких високий відсоток осіб непрацюючих (61,5±3,6 %). Отримані результати клініко-епідеміологічних особливостей сифілісу дозволяють розробити не тільки адекватні протиепідемічні заходи, але й удосконалити лікування сифілісу на сучасному етапі.

УДК 618.11-04.2-065

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОГО СТАТУСУ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Єгоров О. О.

*Харківська медична академія
післядипломної освіти;*

Дорожня клінічна лікарня станції Харків

Дані про перебіг вагітності після лікування передраку і ранньої онкологічної патології шийки матки функціонально-щадними методами суперечливі. Широке впровадження органозберігаючого лікування початкових форм раку шийки матки (РШМ) робить актуальним питання про його вплив на репродуктивну функцію.

Метою роботи було вивчення особливостей імунного статусу у вагітних після

органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РШМ.

Матеріали та методи. Порівнювали особливості імунного статусу у 80 вагітних із цервікальною інтраепітеліальною неоплазією II-III ступеня та РШМ T_{is} і T_{la1} N_0M_0 після органозберігаючого лікування (основна група) та 40 жінок з фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група).

В якості органозберігаючого лікування жінкам основної групи було проведено 70 конізацій шийки матки (ножова конізація – у 19–23,8% жінок; лазерна – у 21 – 26,2%, радіохірургічна – у 18 – 22,5%, електроконізація – у 12–15,0%), кріотерапія – у 10–12,5%. При відсутності рецидиву вагітність була можлива через 2-3 роки після лікування.

Результати та їх обговорення. Аналіз стану репродуктивної функції та перебігу вагітності та пологів у 80 пацієток після інвазивних методів лікування передрака і початкових стадій РШМ дав наступні результати. Після використання інвазивних методів лікування передрака шийки матки в терміні від 2 до 5 років виникло 172 вагітності. Частіше вагітніли жінки після кріодеструкції, ножової ампутації, радіохірургічної ексцизії та лазеровапоризації (23,3; 20,9; 22,6 та 21,6 % випадків відповідно) і менш за все - після електроконізації шийки матки – у 11,6% випадків.

В обстежених жінок імунний статус визначали за абсолютними та відносними показниками клітинної та гуморальної ланок системного імунітету – оцінювання концентрації імуноглобулінів класу А, G та М у сироватці крові за Manchini та у цервікальному слизі, а також аналіз показників клітинного імунітету з використанням методу моноклональних антитіл. Концентрацію секреторного імуноглобуліна А в біологічній рідині вивчали методом імуноферментного аналізу.

Результати вивчення клітинної ланки системного імунітету в обстежених жінок дозволили встановити виражену депресію Т-ланки імунітету та депресію клітинних імунних реакцій з паралельною активізацією

цитотоксичної активності НК-клітин, що свідчить про виражену імуногенність змінених тканинних комплексів шийки матки.

Збільшення концентрації секреторного імуноглобуліна А у вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РШМ характеризує ступінь напруження місцевого імунітету, який безпосередньо підвищується залежно від сили та тривалості дії пошкоджувального агента. Підвищення концентрації секреторного імуноглобуліну А у жінок основної групи корелює з морфофункціональними змінами в шийці матки. Таким чином, секреторний імуноглобулін А може служити маркером змін в системі регуляції адаптаційних процесів.

У піхвових виділеннях у вагітних основної групи підвищується концентрація Ig G та М, очевидно за рахунок посиленої трансудації їх через дистрофічно змінену слизову оболонку внаслідок порушення мікроциркуляції.

Проводячи аналіз перебігу вагітності після органозберігаючого хірургічного лікування з приводу ранньої онкогінекологічної патології, слід відмітити, що в основній групі пацієток, які перенесли функціонально-щадне лікування в порівнянні з контрольною групою жінок, збільшується частота мимовільного переривання вагітності. Зі 80 жінок, у яких після лікування було 172 вагітності, у 96 (55,8%) вагітність завершилася абортom, у 45 (26,2%) – пологами, у 31 (18,0%) – мимовільним викиднем.

У 33 (73,3%) із 45 жінок пологи були своєчасними, у 12 (26,7%) – передчасними. Порівняння показали, що мимовільні викидні та передчасні пологи в основній групі виникали частіше. Цей факт можливо пояснити відсутністю піхвової частини шийки матки та виникненням функціональної недостатності внутрішнього вічка, а також відсутністю слизової пробки, яка відіграє роль захисного бар'єру.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження свідчать, що у вагітних після органозберігаючого лікування передраку

і початкових стадій РШМ супроводжуються порушеннями в системі як місцевого імунітету, так і загального імунітету. Ці порушення, передусім у локальних проти-мікробних бар'єрах, сприяють виникненню мимовільного переривання вагітності. Тому жінки, які перенесли таке лікування, входять до групи ризику по ускладненням під час вагітності та пологів. Своєчасні профілактичні та лікувальні заходи зможуть значно покращити виходи вагітності.

УДК 616.97.577.51

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЛЮТАТИОНА В ЭРИТРОЦИТАХ И ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ МИКОПЛАЗМОЗЕ

**Кондакова А.К., Федорович Т.В.,
Левицкая Е.В., Цимбал В.Н.**

*ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины»*

Известно, что глутатион и ферменты его метаболизма – одна из важнейших антиоксидантных систем, которая защищает от вирусного и бактериального воспаления.

Цель нашей работы - выявить сдвиги в системе глутатиона в эритроцитах и плазме крови у больных урогенитальным микоплазмозом.

Материалы и методы. Было обследовано 15 больных урогенитальным микоплазмозом и 8 практически здоровых доноров. В плазме крови определяли уровень сульфгидрильных групп, активность глутатионпероксидазы (ГП) и глутатионредуктазы (ГР),; в эритроцитах оценивали уровень восстановленного глутатиона, активность глутатионпероксидазы и глутатионредуктазы.

Результаты и их обсуждение. Показано, что при микоплазмозе в плазме наблюдается снижение активности ГП (на 21 %) и ГР (на 22 %) по сравнению с контрольной

группой. Также в плазме отмечается возрастание содержания сульфгидрильных групп. В эритроцитах активность ГР значительно возрастает (на 65%) при нормальных значениях активности ГП и отмечается повышение уровня восстановленного глутатиона.

Известно, что основной причиной гиперферментемии при воспалительных заболеваниях является повышение проницаемости мембран из-за действия на них активных форм кислорода и возникающей окислительной модификации липидов и белков плазматических мембран. Вероятно, что изменения в метаболизме глутатиона при микоплазмозе являются реакцией на окислительный стресс, ведь изучаемые ферменты функционируют как антиоксиданты: ГР восстанавливает окисленный глутатион в восстановленный, а ГП – все виды перекисей. У больных наблюдается значительное повышение активности ГР и уровня восстановленного глутатиона в эритроцитах, а в плазме крови - снижение активности глутатионзависимых ферментов и накопление сульфгидрильных групп (в 1,3 раза).

Выводы. Таким образом, обнаруженные сдвиги в системе глутатиона в эритроцитах и плазме крови при урогенитальном микоплазмозе расширяют представление о патогенезе заболевания и указывают на необходимость терапевтической коррекции выявленных нарушений.

УДК 616.972-078.33

ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИЕ ЭКСПРЕСС-ТЕСТЫ В СЕРОДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

**Кутовая В.В., Белоконь О.Н.,
Щербакова Ю.В.**

*ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН»*

Серологическая диагностика – важнейший этап в борьбе с распространением

сифилиса, который обеспечивается благодаря организации широкомасштабного скринингового обследования населения, пациентов соматических стационаров, и лиц, входящих в различные группы риска. Однако, наличие ложноположительных результатов, сложность, громоздкость и длительность постановки общепринятого комплекса серологических реакций (КСР) существенно ограничивает применение указанных реакций в современных условиях. В новом приказе МОЗ Украины № 997 от 22.11.2013 г. «Сучасні підходи до лабораторної діагностики сифілісу» предлагается возможность замены КСР более компактным и достаточно чувствительным комплексом серологических реакций, в связи с чем апробация этих методов диагностики представляется актуальной.

Цель исследования сравнительная оценка диагностической эффективности иммунохроматографических экспресс-тестов (ИХГ) на сифилис с общепринятой КСР, реакцией гемагглютинации (РПГА), методом иммуноферментного анализа (ИФА), реакцией непрямой иммунофлюоресценции (РИФ) у больных сифилисом.

Материалы и методы исследования: исследование проведено с образцами сыворотки крови от 173 пациентов соматических стационаров, 284 больных сифилисом, и 30 лиц, входящих в группу риска (потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса, мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами). Для скрининга и подтверждения диагноза применялись методы в которых используется нетрепонемный кардиолипидный антиген, в разных вариантах: микрореакции преципитации МРП, РПР (RPR-Rapid Plasma Reagentest) «ЛЮИС-ТЕСТ», реакция связывания комплемента РСК; тесты в которых используются трепонемные антигены нативные или рекомбинантные: РПГА «ДС-РПГА-АНТИ-ЛЮИС», ИФА «DIA-IgG-IgM-Треп», РИФ «ЛюмиБестантипалидум», ИХГ «СІТО TEST Syphilis».

Результаты и обсуждение. Как показали исследования, по своей чувствительности и специфичности экспресс-тест на сифилис ИХГ (98,1 %) не уступал общепризнанным методам лабораторной диагностики: КСР (92,6 %-96,9 %), ИФА (98,9 %), РПГА (98,5 %), РИФ (98,5 %). Положительные значения в двух или трех из применяемых реакций в число которых входил метод ИХГ позволили верифицировать сифилис серологически у всех пациентов, и показали возможность и своевременность замены рутинного КСР современными, более доступными, быстрыми в использовании и достаточно чувствительными методами лабораторной диагностики. Следует отметить, что каждая из применяемых тест-систем имеет ряд преимуществ перед тестами, входящими в состав общепринятого КСР.

Имунохроматографические экспресс-тесты сочетают в себе скорость и простоту бесприборного анализа с чувствительностью и специфичностью, близкими по соответствующим показателям к ИФА, РПГА, РИФ. Примером могут служить экспресс-тесты «СІТО TEST Syphilis». При постановке анализа может быть использована как сыворотка и плазма, так и цельная кровь. Экспресс-тесты могут служить альтернативой тестам ИФА, РПГА, РИФ, РСК, если их проведение почему-либо затруднено, либо требуется быстрое получение результатов.

Выводы. Полученные сравнительные результаты постановки лабораторных методов в сочетании с ИХГ позволяют рекомендовать его внедрение в состав комплекса серологических реакций на сифилис. Внедрение в лабораторную практику экспресс-тестов с обязательным подтверждением положительных результатов, расширяет возможности серодиагностики, обеспечивает более эффективное выявление сифилиса на всех его стадиях особенно у пациентов первого уровня обследования и лиц входящих к группу риска.

СИСТЕМНА ТА МІСЦЕВА ТЕРАПІЯ ГЕРПЕС-АСОЦІЙОВАНОЇ ЕКСУДАТИВНОЇ ЕРИТЕМИ

Маєров Г.І., Запольський М.Е.

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»,*

*Харківська медична академія
післядипломної освіти МОЗ України*

Висока поширеність вірусів простого герпесу 1-го і 2-го типів (ВПГ- 1, 2) робить цю проблему актуальною для науки і практики. Простежується епідемічний та етіологічний зв'язок між ВПГ-інфекцією та багатоформною ексудативною еритемою (БЕЕ). При лікуванні БЕЕ традиційно використовують антигістамінні препарати, кортикостероїди, засоби, дезінтоксикації. Проте ефективність такої терапії не завжди дає позитивний ефект. Рецидиви спостерігаються у 50-60% хворих. Це тому, що не проводиться проти-вірусна терапія. Крім того, виникає проблема вторинних піодермій, часто викликаються резистентними штамми бактерій на фоні зниженого імунітету.

Мета - запропонувати методику лікування герпесасоціюваної БЕЕ (ГАБЕЕ), що включає валацикловір «Вальтрекс» по 500 мг 2 рази на добу 15-20 днів, протигерпетичні імуноглобуліни, антигістамінні засоби і мембранний плазмаферез. Для усунення піококового процесу призначали 2% мазь мупіроцину «Бактробан» і 1% мазь ретапамуліну «Альтарго».

Матеріали і методи - проведено порівняльний аналіз 2 груп хворих: основна група (42 пацієнта) і група порівняння (40 пацієнтів), які отримували стандартну терапію.

Результати дослідження- запропонований метод лікування дозволив прискорити вирішення клінічних проявів ГАБЕЕ : епітелізацію ерозій - на 1,4 дні, зникнення ігіс

- на 2,9, гіперемії - на 2,8, епідермального набряку - на 2,1 дні. Також спостерігалася більш швидка позитивна динаміка (на 2-3 дні) з боку загальних симптомів (свербіж, лихоманка, слабкість, нейровегетативний синдром). Терміни перебування хворих на ліжку скоротилися з 11,4 до 9,7 діб.

УДК 616.98:576.893.161.21-08

ЛЕЧЕНИЕ ХЛАМИДИЙНО- УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Маєров Г.І., Иващенко Л.В.

*ГУ «Інститут дерматології
і венерології НАМН України»*

*Харьковская медицинская
академия последипломного
образования МЗ Украины*

Особенностью современного течения урогенитальных инфекций является частая ассоциация их друг с другом, с заболеваниями, вызванными другими микроорганизмами, многоочаговость поражения, малосимптомность, наличие тяжелых осложнений и сложность терапии. Смешанные инфекции среди заболеваний, передающихся половым путем, выявлены в 58% случаев, из них более трети имели сочетание трех и более возбудителей.

Целью настоящего исследования было изучение эффективности комбинированного применения препарата левофлоксацина «ТАЙГЕРОН».

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 женщин, в возрасте от 19 до 38 лет с хронической осложненной хламидийно-уреаплазменной инфекцией. Первые 7 дней назначали внутривенные инфузии по 500 мг в сутки, с 8

дня – таблетки в дозе 500 мг в сутки на протяжении 10 дней (курс лечения составлял 17 дней). Всем пациентам был также назначен противогрибковый препарат «ФУЦИС» в дозе 150 мг 1 раз в 5 дней и препарат, улучшающий метаболические процессы биотин - «ВОЛВИТ» - по 1 таблетке 1 раз в день на протяжении 1 месяца.

Результаты исследования. Положительная динамика в виде отсутствия жалоб и значительного уменьшения выделений отмечалась уже на 4-5 день от начала терапии. При проведении первого контроля излеченности спустя 4 недели – у 17 пациенток (85%) возбудители инфекции не были обнаружены, у 3 пациенток (15%) - были обнаружены возбудители инфекций (виной этому послужило повторное заражение от нелеченных половых партнеров). Необходимо отметить хорошую переносимость и отсутствие побочных эффектов при применении данного метода терапии.

Выводы. Таким образом, предложенный метод лечения смешанной урогенитальной инфекции с учетом метаболических нарушений может быть рекомендована для использования в практике.

УДК 616.65-002-036.12;616.686-002

ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ И БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Маев Г.И., Пиньковская Л.И.

*ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины»*

*Харьковская медицинская
академия последипломного
образования МЗ Украины*

Оказание помощи женщинам с воспалительным заболеванием нижнего отдела половых путей, является одной из медицин-

ских проблем. Ее актуальность обусловлена высоким уровнем заболеваемости, хроническим течением и недостаточно эффективной терапией. Появление рецидивов, как осложнение неадекватной терапии, приводит к снижению качества жизни, отнимает у врача время, ухудшает фармако-экономические показатели лечения (удлинение и удорожание курса лечения).

Цель работы – обзор публикаций о нифурателе, как средстве лечения инфекционных вульвовагинитов и бактериального вагиноза, а также собственное исследование эффективности нифуратела при рецидивирующим трихомонозом.

Материалы и методы. Анализировались данные *ВИНТИ, Medline, Embase, Cochrane Library*. Пролечено 39 больных резистентным трихомонозом (22 мужчин и 17 женщин). Диагностика проводилась с помощью среды IN Pouch (США). Нифурател назначался 14 дней по 400 мг внутрь три раза в сутки. Одновременно назначался «Макмирор комплекс»: женщинам - вагинальные капсулы 1 раз в сутки, мужчинам – крем, 2 раза в сутки.

Результаты и их обсуждение. При лечении бактериального вагиноза метронидазолом рецидивы обусловлены устойчивостью *Atopobium vaginae* и *Gardnerella vaginalis* в био пленке, а при терапии клиндамицином имеет место угнетение лактобацилл. Преимущество нифуратела в том, что он элиминирует и гарднереллы и атопобиум, не подавляя лактобациллы. В результате лечения 39 больных резистентным трихомонозом клинический и микробиологический эффект наблюдался в 97,4±2,5%.

Выводы. Нифурател может быть эффективным средством лечения инфекционных вульвовагинитов и бактериального вагиноза. Применение препарата «Макмирор» на протяжении 14 дней по 0,4 три раза в день совместно с вагинальными капсулами и кремом «Макмирор комплекс» является альтернативным лечением хронического резистентного трихомоноза.

ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ АНТИБІОТИКАМИ РІЗНИХ ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНИХ ГРУП

Маєров Г.І., Пиньковська Л.І.

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»,*

*Харківська медична академія
післядипломної освіти МОЗ України*

Зростання резистентності основних уропатогенів до багатьох антимікробних препаратів, як і наявні недоліки «ультракоротких» режимів антибактеріальної терапії (висока схильність до рецидивів), постійно викликає дискусію щодо вибору ефективного методу лікування інфекцій сечостатевої шляхів.

Мета – вивчити ефективність застосування антибіотиків з різним механізмом дії при лікуванні хламідійно-бактеріальної та кандидозної інфекції сечостатевої органів

Результати та їх обговорення. Доксицикліну моногідрат «Юнідокс-Солютаб» призначався 47 хворим сечостатевої хламідіоз, який ускладнювався супутньою бактеріальною інфекцією, протягом 15-20 днів по 100 мг всередину двічі на день. Клінічний ефект спостерігався у 41 пацієнтів з 47 (87,2%). Мікробіологічний ефект склав 91,5%. В іншому дослідженні вивчалася ефективність послідовного застосування препаратів цефіксим «Цефорал-Солютаб» (400 мг в один прийом протягом 10 днів) і через 3 доби – джозаміцин «Вільпрафен» (по 500 мг три рази на добу 15-20 діб) у 32 пацієнтів з хронічним урогенітальним хламідіозом, ускладненим супутньою бактеріальною інфекцією. Загальна тривалість антибактеріальної хіміотерапії була 25 діб. Позитивний клінічний ефект був досягнутий в 95 % хворих. Мікробіологічний ефект був досягнутий в 98 %. У випадку супутнього або вторинного генітального кандидозу призначали натаміцин «Пімафуцин» по 1 т х 4 р / добу 10 днів

(всім); крім того жінкам - по одній свічці на ніч, а чоловікам - 2 % крем протягом 15 днів. Клінічний ефект спостерігався у 41 пацієнта з 47 (87,2%).

Висновок - застосування доксицикліну моногідрату, або послідовне застосування цефіксиму і джозаміцину при лікуванні хворих на сечостатевої хламідіоз, ускладненим супутньою бактеріальною інфекцією, дає позитивний результат у переважній більшості хворих. У випадку розвитку генітального кандидозу рекомендований натаміцин.

УДК 616.972-073

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОБЛОТТИНГА В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

**Радионов В.Г., Радионов Д.В.,
Кузнецова Н.А., Хайминов Е.М.**

*ГУ «Луганский государственный
медицинский университет»
кафедра дерматовенерологии,*

*Луганский областной
кожновенерологический диспансер*

Сифилис - одна из самых распространенных инфекционных болезней во многих странах. В последние годы заболеваемость сифилисом снизилась, однако изменился удельный вес различных его форм. Отмечается увеличение доли бессимптомного сифилиса и сифилиса со стертой клинической картиной. В связи с этим требование к диагностике сифилиса увеличилось. В лабораторной диагностике сифилитической инфекции выделяют прямые и непрямые (серологические) методы диагностики. Все существующие в настоящее время серологические тесты разделяются на трепонемные (ИФА, РПГА, РИТ или РИБТ, РИФ, иммуноблоттинг) и нетрепонемные тесты (РСКк, МРП, RPR, VDRL, USR, TRUST).

На современном этапе в диагностике сифилитической инфекции ведущую роль занимают иммуноблоттинг (Western blot) – (ИМБЛ) современный высокочувствительный и высокоспецифичный метод лабораторной диагностики, позволяющий определять антитела к различным антигенным детерминантам возбудителя инфекционной болезни и не требующий использования дорогостоящего лабораторного оборудования.

Материалы и методы. Нами было обследовано 52 пациента с ранее выставленным диагнозом сифилис. У всех больных ранним сифилисом положительные результаты ИМБЛ соответствовали положительным результатам других серологических реакций (КСР, РИФаБс, РИТ). Р_p- уровень достоверности по коэффициенту корреляции рангов Спирмена (ρ).

Результаты и их обсуждение. В сравнительной характеристике результатов ИМБЛ и КСР в группе больных поздними и неуточненными формами сифилиса мы наблюдали отрицательные результаты РМП у 8 пациентов (Р_p<0.01) и в равной доле отрицательные результаты РСКк и РСКт у 9 пациентов (Р_p<0.01) соответственно. В этой же группе пациентов положительные реакции РПГА

(n=14) и РИФаБс (n=18) соответствовали положительным результатам ИМБЛ, а результаты РИТ (n=18) в 33.33% были отрицательные (Р_p<0.01).

В 10 случаях (58.8%) отрицательные результаты ИМБЛ соответствовали отрицательным результатам ИФА и/или РПГА, при этом в группе пациентов с ЛПП не было зарегистрировано ни одного случая ложнопозитивных результатов ИФА или РПГА, что может являться дополнительным подтверждением высокой степени их специфичности.

В группе пациентов с перенесенным сифилисом в анамнезе (лечение от 2-х до 15-ти лет назад), результаты ИМБЛ были позитивные, в том числе у лиц с полной негативацией показателей КСР, РИФаБс и РИТ.

Выводы. ИМБЛ является высокочувствительным и высокоспецифичным серологическим тестом, позволяющим диагностировать любые формы приобретенного сифилиса. Чувствительность и специфичность ИМБЛ при поздних и неуточнённых формах сифилиса достоверно превышает таковую при обследовании методом КСР и РИТ, а специфичность соответствует методам ИФА и РПГА. Использование ИМБЛ IgG является основным критерием для дифференциальной диагностики сифилиса и ЛПП.

ДЛЯ ПОТАТОК