

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю

«Досягнення та перспективи в сучасній дерматовенерології: європейський та український досвід, взаємодія науки та практики», 21-22 листопада 2019 р., м. Харків

УДК 616.5-08-036.8

Досвід оптимізації швидкого відновлення шкіри при деяких дерматозах

Бабак І.Д., Сизон О.О., Білинська О.А., Чаплик-Чижо І.О., Возняк І.Я.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Пошкоджена чи подразнена шкіра, особливо на відкритих ділянках, негативно позначається на психоемоційному стані хворих, нерідко негативно впливає на зовнішній естетичний вигляд і якість життя пацієнтів. Згідно зі статистичними даними, вказана дерматологічна проблема є в 30% населення, частіше в жінок (50%). Причиною виникнення таких недоліків є низка тригерних факторів. В першу чергу до групи ризику належать пацієнти з чутливою шкірою (особливо в разі atopічного дерматиту), піддерміями, травмами. Окрім цього, стресові ситуації, застосування неякісних або неправильно підібраних косметичних засобів, а також косметичних процедур з догляду за шкірою (часте використання чисток обличчя, скрабів, пілінгів), зловживання гарячою, підсоленою та гострою їжею, шкідливі звички (алкоголь, тютюнопаління) призводять до розвитку подразнення, сухості та свербіжу шкіри. Результати багатьох клінічних і мікробіологічних досліджень показали, що в хворих на вугрову хворобу виявлені достовірні порушення мікробіоценозу шкіри у вигляді обмеження якісного складу та збільшення мікробної колонізації як ураженої, так і неуразеної шкіри.

Мета роботи – оцінити ефективність крему «Цікавіт+» у пацієнтів з подразненою чутливою шкірою.

Матеріали та методи. Було комплексно обстежено 135 осіб з подразненою шкірою обличчя віком від 27 до 45 років з використанням даних розроблених нами анкет, консультацій суміжних спеціалістів і результатів визначення мікробіоценозу шкіри. До схем лікування пацієнтів з подразненою шкірою входив крем «Цікавіт+», який ефективно зменшував почервоніння та свербіж, запобігав стійкій еритемі та лущенню. Крем наносили на чисту суху шкіру двічі на день кінчиками пальців, легкими рухами для запобігання зайвого травмування шкіри уражених ділянок.

Результати. Аналізуючи анкети 135 пацієнтів з подразненою чутливою шкірою, виявили: дуже часте використання скрабів і пілінгів у 92 (68,15%) опитаних, вмивання шкіри дуже гарячою водою – 47 (34,81%), зловживання соляриєм і перебуванням на сонці – 72 (53,33%), проведення кріомасажу – 38 (28,15%).

Найчастішою супутньою патологією були хронічні захворювання органів травного тракту – 91 (67,41%) пацієнт, причому серед захворювань органів травлення відмічали і поєднану патологію. Так, у 17 (15,607%) пацієнтів спостерігали одночасне ураження печінки, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів; у 14 (10,37%) – ураження шлунка, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів. Ендокринні розлади відмічено у 58 (42,96%) пацієнтів; психосоціальна дезадаптація – у 59 (43,70%).

У мікробіоценозі шкіри обстежених пацієнтів, порівняно з контролем, виявляли підвищену колонізацію асоціаціями *Streptococcus haemolyticus* + *Staphylococcus haemolyticus* + *Micrococcus* (48,15% пацієнтів; у контрольній групі – відсутні), а також частіше висівали асоціації *Streptococcus β haemolyticus* + *Staphylococcus aureus* + *Escherichia coli* + *Candida albicans* (40% пацієнтів; відсутні у контрольній групі; $p < 0,001$).

Результати мікробіологічних досліджень показали суттєві якісні порушення у вигляді видового та культурального обмеження мікробного складу в мікробіоценозі шкіри обстежених пацієнтів. Порівняно з контролем, де частіше висівали асоціації з переважанням *Staphylococcus epidermidis* і були відсутні патогенні коки, в мікробіоценозі обстежених пацієнтів певна частка належала монокультурам мікробів *Staphylococcus haemolyticus* і *S. aureus*. У більшості осіб спостерігали значне збільшення росту *Streptococcus haemolyticus* (23,70% – група порівняння, відсутні в контрольній групі), *Staphylococcus haemolyticus* (15,56% – група порівняння, відсутні у контрольній групі), *S. aureus* (25,19% – група порівняння, відсутні у контрольній групі), у багатьох обстежених висівали грибки роду *Candida* (22,96% – група порівняння, відсутні в контрольній групі).

Використовуючи крем «Цікавіт+», пацієнти вже на 3-й день відмічали зменшення почервоніння, на 7-й день – 26 (74,29%) пацієнтів, а усунення дискомфорту на шкірі – 31 (88,57%) пацієнт на 8-й день. Усі опитані відмічали контроль за почервонінням і подразненням, запобігання повторним їх проявам.

Після дослідження кожному пацієнту були надані індивідуальні поради щодо усунення чинників, які могли призводити до виникнення подразнення. Головні з них наступні: вживання продуктів, які забезпечують організм достатньою кількістю необхідних біологічно-активних речовин, вітамінів і мікроелементів; збільшення кратності нанесення препарату в пацієнтів з тріщинами, поверхневими опіками, після лазерного та хімічного пілінгів, з сухістю шкіри; уникнення використання спирткових лосьйонів.

Слід зазначити, що, згідно з нашими спостереженнями, препарат окрім вираженої заспокійливої дії та зменшення інтенсивності почервоніння, свербіжу, подразнення, стимулює відновлення корисної бактеріальної флори. На нашу думку, саме під час фази відновлення бактеріальна реколонізація дає змогу оптимізувати період загоєння шкіри, тобто відіграє важливу роль у відновленні її мікробіому.

Висновки. Крем «Цікавіт+» сприяє бактеріальній реколонізації шкіри, швидкому усуненню почервоніння та подразнення, запобігає їх повторним проявам і може бути рекомендований для щоденного використання хворим з чутливою шкірою.

Изучение состояния инфламмасом у больных различными формами псориаза

Белозоров А.П.¹, Гаврилюк А.А.^{1,2}

¹ ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

² Харьковский национальный медицинский университет

Развитие псориаза связывают с врожденными и адаптивными механизмами иммунитета, взаимодействие которых приводит к повышенному образованию провоспалительных цитокинов. К фундаментальным механизмам этого процесса необходимо отнести активацию инфламмасом дендритных клеток, кератиноцитов и других клеточных элементов, освобождающейся из погибших клеток ДНК и других компонентов молекулярного паттерна повреждения. Следствием активации (сборки) инфламмасом является включение внутриклеточного механизма превращения неактивных интерлейкинов (IL), относящихся к группе IL-1 β , в активные цитокины с последующим выделением их из клеток. Относительная важность этого механизма среди других факторов патогенеза псориаза изучена недостаточно. В связи с этим было проведено исследование взаимосвязи между клиническими проявлениями псориаза и состоянием инфламмасом, показателем которого служила концентрация IL-1 β в сыворотке крови.

Материалы и методы. В исследование были включены 162 пациента с псориазом в возрасте 16–70 лет и 20 практически здоровых лиц, составивших контрольную группу. Концентрацию IL-1 β в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (ВекторБест, РФ).

Результаты. В группе контрольных лиц среднее содержание IL-1 β составило (4,48 \pm 0,65) пг/мл, что соответствует данным литературы о значении этого показателя в норме. В группе больных псориазом средняя концентрация IL-1 β составила (20,13 \pm 0,6) пг/мл, что почти в 5 раз превышает контрольный уровень. Отмечена зависимость концентрации IL-1 β от тяжести заболевания, более высокие показатели были обнаружены у больных с тяжелыми, осложненными формами псориаза. Особенно высокие показатели концентрации IL-1 β были обнаружены у больных тяжелыми формами артропатического псориаза. Полученные результаты свидетельствуют о том, что развитие псориаза характеризуется значительной активацией инфламмасом, особенно выраженной при тяжелых, осложненных формах псориаза.

Выводы. 1. Развитие псориаза характеризуется значительным повышением активности инфламмасом. 2. Наиболее выраженная активация инфламмасом выявлена у больных тяжелым, осложненным псориазом.

УДК [616.516/.517:616.521:577.161.2]-92

Vitamin D and lichenoid dermatosis: the pathogenetic aspects

Bilovol A.M., Tkachenko S.H., Havryliuk O.A., Berehova A.A., Kolhanova N.L.

Kharkiv National Medical University

There are three most common lichenoid dermatoses: psoriasis (Ps), atopic dermatitis (AD) and lichen planus (LP) were in our field of view due to the possible participation of vitamin D in their pathogenesis. These skin diseases have a chronic relapsing course and are similar morphologically. Lichenoid dermatosis has an immunocomplex pathogenesis involving metabolic, genetic and external factors. Well known antirachitic vitamin D today is named frequently «hormon D» accordingly new discovered functions. Vitamin D has been shown in recent studies the ability to inhibit cell proliferation and normalize cell differentiation, inhibit angiogenesis and renin production, stimulate insulin synthesis, regulate immune responses and cathelicidin production by macrophages.

These new properties of vitamin D significantly increase its importance in the development of pathological conditions, including skin diseases. The medical publications of recent years have shown a deep disorders of vitamin D status in patients with lichenoid dermatoses. At the same time, there is no understanding of role of these impairs in the development of Ps, LP and AD.

The objective of the study was the analysis of recent publications about possible pathogenetic role of vitamin D in development of lichenoid dermatosis. Study was carried out through the Web of Science Core Collection, PubMed/MEDLINE, U.S. National Library of Medicine, National Institute for Health and Clinical Excellence, «Scientific Electronic Library eLIBRARY.RU», «Russian Science Citation Index (RSCI)» and «Index Copernicus».

Our study has found some important information about multifaceted effect of vitamin D on various pathogenetic chains of chronic lichenoid dermatoses. Recent studies have shown that vitamin D controls the processes of cell proliferation, differentiation and apoptosis, but profound impairment of these processes are associated with low concentrations of vitamin D and low expression of vitamin D receptors. These results are important for understanding the role of vitamin D in the pathogenesis of Ps and LP. It was shown that vitamin D is able to stimulate the synthesis of barrier and moisturizing substances in the epidermis, which is important for understanding the role of its deficiency in the development of AD and Ps.

In the sources have been studied, a relationship between VDR polymorphism, its low activity and the development of Ps, oral lichen planus (OLP) and AD was found. Modern studies have demonstrated the anti-inflammatory effect of the active vitamin D metabolites in OLP, the anti-infective effect of the main vitamin D metabolite on the colonization of atopic skin of *S. aureus*, and the immunosuppressive effect of vitamin D in Ps. Active metabolites of vitamin D have an anti-inflammatory effect, causing the expression and production of TNF- α , IL-1, IL-5, IL-6, IL-8, IL-13, IL-17, IL-22. These results indicate a certain potential of vitamin D supplements in immune correction of lichenoid dermatoses.

Recent studies have convincingly demonstrated that a deficiency of vitamin D in the blood, a decrease in the activity of vitamin D receptors, and the absence of vitamin D in the affected skin can lead to the development of lichenoid dermatoses. Studies of last years have shown the rationality of targeted studies of the pathogenic role of vitamin D status of blood, healthy and affected skin in Ps, AD and LP, using new diagnostic technologies and methods. A perspective and promising method for visualizing vitamin D and its metabolites in the skin is secondary ion mass spectrometry (ToF-SIMS) of skin biopsies. The results of our study are very important for developing a new pathogenic strategy for the treatment and prevention of lichenoid dermatosis by filling up vitamin D deficiency and restoring low vitamin D receptor activity.

УДК 616.97:616.6–074.

Типування *Trichomonas vaginalis* в Україні на підставі поліморфізму гена актину

Белозоров А.П.¹, Федорич П.В.², Мавров Г.І.¹, Зеленська А.Д.¹

¹ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»,

² Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. *Trichomonas vaginalis* – збудник одного з найпоширеніших захворювань, що передаються статевим шляхом. Однак дотепер відсутня характеристика генотипів трихомонад, що циркулюють в Україні.

Мета – визначити частоту виявлення генотипів *T. vaginalis* у хворих з сечостатевою патологією в Україні.

Матеріали та методи. Проведено генотипування *T. vaginalis* у 29 зразках, отриманих від хворих з хронічною урогенітальною патологією в північно-східному і центральному регіонах України. Типування проводили на підставі оцінки поліморфізму довжини рестрикційних фрагментів гена актину з використанням двох пар праймерів: зовнішніх – Tv8S (5'-TCTGGAATGGCTGAAGAAGACG-3') і Tv9R (5'-CAGGGTACATCGTATGGTC-3') – і внутрішніх: Tv10S (5'-CAGACACTCGTTATCG-3') і Tv11R (5'-CGGTGAACGATGGATG-3').

Результати та висновки. Найпоширенішим виявився генотип E (68,9%), значно рідше зустрічалися генотипи G (20,7%), H (10,35%) і A (3,45%). Не виявлено взаємозв'язку генотипу трихомонад з клінічними ознаками захворювання. Можливо, деякі особливості генотипу E можуть бути пов'язані з його високою поширеністю в українській популяції. Тому вивчення біологічних властивостей *T. vaginalis* генотипу E є перспективним з практичної точки зору.

УДК 616.517

Анализ некоторых генетических полиморфизмов, ассоциированных с активацией CD8+-резидентных клеток памяти у больных псориазом

Белозоров А.П., Зеленская А.Д., Милютин Е.И., Олейник И.А.

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

В настоящее время показано, что развитие псориазического поражения может быть связано с активацией аутоантигенами аутореактивных клонов CD8+-резидентных клеток памяти, которое зависит от наличия специфических антигенов HLA 1 класса, определяющих характер экспонируемых антигенных пептидов антиген-представляющими клетками. По данным литературы, к таким антигенам относятся HLA-Cw*06.

Материалы и методы. Для изучения данной ассоциации в украинской популяции были обследованы 64 больных псориазом и 37 практически здоровых лиц. Для определения аллеля HLA-Cw*06 использовали специфическую амплификацию его последовательности одновременно с выявлением методом аллель-специфической амплификации аллеля T полиморфизма rs1048454, который с высокой вероятностью ассоциируется с носительством антигена HLA-Cw*06. Последнее позволяло определить гетеро- или гомозиготный характер носительства антигена HLA-Cw*06.

Результаты. В группе больных псориазом аллель Cw*06 был выявлен у 36 больных (56,25%), гомозиготными по этому аллелю были 12 (33,3%) больных. В контрольной группе носителями данного антигена гистосовместимости были 8 (21,6%) доноров, ни один из них не был гомозиготным по данному антигену. Частота обнаружения аллеля данного антигена составила в контрольной группе 10,8%, а у больных псориазом – 37,6%.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о выраженной ассоциации антигена гистосовместимости Cw*06 с псориазом в украинской популяции.

УДК 616.972–036.15–084085.28:615.849.19

Аналіз захворюваності на пізні форми сифілісу в Україні (2013–2017 рр.)

Бондаренко Г.М., Нікітенко І.М., Унучко С.В., Губенко Т.В., Безрученко О.А.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Головним маркером венерологічної напруженості в світі є сифіліс. Але нестримний наступ ВІЛ/СНІДу та хламідійної інфекції останніх десятиріч змінив увагу органів охорони здоров'я до сифілітичної патології та епідеміологічної ситуації.

Мета роботи: провести аналіз показників стану захворюваності на пізній сифіліс в Україні за період 2013–2017 рр.

Матеріали та методи: проаналізовано показники лікувально-профілактичної допомоги хворим на шкірні та венеричні захворювання в Україні (2013–2017 рр.).

Результати. При вивченні статистичних даних щодо загальної захворюваності на сифіліс та його пізні форми відзначається тенденція зменшення кількості випадків як по Україні загалом, так і по областях.

В Україні за період з 2013 по 2017 р. відмічається зниження загальної захворюваності на сифіліс в 1,5 раза. Рівень пізніх форм лишається на тому самому рівні. Але визначається різниця в динаміці показників захворюваності як на сифіліс (загальний), так і на пізні форми сифілісу в різних областях України.

У Вінницькій області захворюваність на сифіліс залишилась на тому самому рівні. Значно знизилась захворюваність у таких областях: Донецькій і Миколаївській – в 3,4 раза, до 2,6 раза – в Івано-Франківській і Черкаській областях, від 2,0 до 2,2 раза – в Київській, Луганській, Тернопільській, Херсонській і Хмельницькій областях. Незначне зниження відмічається в Дніпропетровській, Волинській, Закарпатській, Кіровоградській, Львівській, Полтавській, Рівненській і Харківській областях. Але в деяких областях зареєстровано навпаки зріст захворюваності: в Житомирській (в 1,6 раза), Запорізькій (в 1,1 раза), Сумській (в 1,06 раза). В динаміці захворюваності на пізні форми сифілісу в різних областях України відмічається майже стабільність. Але привертає увагу відсутність жодного випадку на пізній сифіліс в 2016–2017 рр. у Вінницькій, Волинській та Херсонській областях.

Висновки. Таким чином, сучасна епідеміологічна ситуація захворюваності на сифіліс в Україні характеризується негативними тенденціями. Зростання питомої ваги прихованих форм сифілісу, на тлі зниження частки загального сифілісу, зниження активного виявлення хворих вказують на пізнє звернення пацієнтів, недостатнє виявлення інфікованих, що дає змогу передбачати значне перевищення реальної поширеності інфекції над офіційно зареєстрованою.

УДК 6 16–006.48

Вплив комплексного лікування на якість життя пацієнтів з променевим дерматитом

Бондар С.А., Наліжитий А.А., Гармаш Л.Л., Пічкур О.М., Мельник Т.В., Мельник В.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Понад 60–70% пацієнтів з онкологічними захворюваннями під час комбінованого лікування проходять променевою терапією. При цьому такий супутній стан, як променевий дерматит (ПД), виникає майже в 95% випадків. Термін ПД охоплює широкий спектр симптомів і проявів токсичності, це результат променевого ураження шкіри та підшкірних структур, які є особливо чутливими до радіаційного впливу, враховуючи

постійні процеси відновлення епітелію. Розрізняють гострий і хронічний ПД. Більшість гострих реакцій ПД зникають за 2–3 тиж, але деякі можуть зберігатися тривалий час і навіть ускладнюють стан пацієнта, знижують його якість життя.

Мета роботи. Удосконалити комплексне лікування хворих на ПД з метою підвищення якості життя пацієнтів.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 27 хворих з ПД віком від 45 до 80 років. Хворим було проведено комбіноване лікування з приводу онкопатології ділянки голови та шиї, молочної залози, шлунка, промежини. У 20 хворих гострий перебіг ПД виник безпосередньо під час курсу променевої терапії, у 7 – діагностували хронічний варіант перебігу.

Результати. Клінічними проявами гострого ПД були м'яка еритема, суха десквамація, виражена волога десквамація. Типовими проявами хронічного ПД були телеангіектазії, пігментації, ділянки атрофії, склерозу, кератозу. Виявлено зниження індексу якості життя DLQI до лікування у хворих на ПД на $11,1 \pm 1,0$. Було проведено комплексне лікування хворих з використанням препаратів еліміналь гель, аевіт, тивортин, місцево – топічні кортикостероїдні мазі, емоленти впродовж 2–3 тиж. Після проведеної терапії у пацієнтів поряд з покращанням клінічної картини виявлено підвищення DLQI до $5,3 \pm 0,8$.

Висновок. Запропонований метод комплексної терапії хворих на ПД може широко застосовуватись як при стаціонарному, так і амбулаторному лікуванні, а визначення показника індексу якості життя дає можливість проводити моніторинг ефективності лікування.

УДК 616.617.616.992.28:616.5

Дерматовенерологічна патологія дітей в Україні, її динаміка

Волкославська В. М., Унучко С. В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Вступ. Глобальна стратегія ВООЗ з інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ), та інфекційних дерматозів є основою для сумісних дій цієї організації та держав-членів на глобальному, регіональному та національному рівнях та передбачена на період з 2016 до 2030 р. В Україні Державні програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації» діють з 2001 р. та заплановані до 2021 р. Треба взяти до уваги, що в 2018 р. в Україні діяли 52 ШВД з числом ліжок 0,58 на 10 000 населення, в тому числі ліжок для дітей – 0,64 на 10 000, забезпеченість дитячими лікарями-дерматовенерологами – 0,22 на 10 000 дитячого населення. Провідними причинами значної шкірно-венерологічної патології серед дитячого населення є несприятливі соціально-економічні та екологічні чинники, а також погіршення здоров'я батьків, недостатня санітарно-профілактична робота серед населення.

Мета роботи. Вивчити динаміку сифілісу, інфекційних дерматозів в Україні серед дитячого населення.

Матеріали та методи. Аналіз статистичної інформації МОЗ України та іншої документації.

Результати та висновки. Поширеність захворювань у дітей упродовж 2013–2017 рр. зросла на 4% – з 86,22 до 89,8 (на 1000 відповідного населення); захворюваність зросла на 16,1% – від 74,0 до 88,24 (на 1000 відповідного населення). Питома вага алергічних дерматозів за останні 11 років (2007–2017 рр.) збільшилась майже в 2,5 рази. Актуальною є проблема захворюваності дітей на інфекції шкіри та підшкірної клітковини. Їх частка завжди значна – від третини до чверті всіх дерматозів. На тлі збільшення резистентності мікрофлори до антибіотиків все більше значення має доłącчення до комплексної терапії піофагів (стрептофагів, стафілофагів та ін.). Захворюваність на дерматофітози (мікроспорія і трихофітія) зросла на 31,0% – з 146,3 в 2007 р. до 211,8 в 2018 р. (на 100 000 дитячого населення).

За даними клініки інституту, в 2019 р. сифіліс було встановлено у 13 вагітних, серед яких у одній вагітній виявлено ранній прихований та у 12 – пізній латентний сифіліс. Сифіліс діагностувався в другій половині вагітності, що унеможливило в значній кількості хворих проведення повноцінної специфічної терапії. Це може призводити до переривання вагітності, розвитку ускладнень, підвищує ризик вродженого сифілісу. Основними серологічними тестами для діагностики сифілісу є РПГА, ІФА, РІФ. РМП в більшості випадків давав негативну відповідь. Вивчаючи статистичні дані, дійшли висновку, що в Україні погіршився статистичний облік вродженого сифілісу. Водночас значна кількість вагітних в Україні у 2018 р. мали дітей з масою тіла при народженні 500 г, що розглядається як «так звана потенційна загроза для життя, пов'язана з можливим зараженням на сифіліс»: ці вагітні та діти повинні були пройти обстеження на сифіліс за допомогою сучасних серологічних методів діагностики. У зв'язку зі значною міграцією населення велика увага має бути приділена протиепідемічним заходам щодо ПСПШ та разним захворюванням шкіри. Потрібно продовжити підготовку сімейних лікарів, працівників ФАПів щодо знання клініки дерматовенерологічної патології.

УДК 616.018.1–095:578.245–078

Патогенно-персистентні фактори стафілококів як показник епідеміологічної значущості штамів, вилучених при алергодерматозах

Гончаренко В. В., Джораєва С. К., Соболь Н. В., Іванцова О. К., Щоголева О. В., Усік І. В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Вступ. Алергодерматози – група запальних захворювань шкіри нейроалергійної природи, що характеризуються рецидивним перебігом і еволюційним поліморфізмом. Бактеріальна, мікотична та вірусна мікрофлора може виявляти алергізуючу дію на шкірні покриви людини завдяки наявності суперантигенів, призводячи до прогресування алергодерматозу. Крім того, тривалий перебіг хронічних алергійних захворювань може ускладнюватися вторинною інфекцією, що посилює тяжкість хвороби і торпідність до зовнішньої терапії.

Мета дослідження: оцінити ступінь комплексного впливу патогенно-персистентних факторів вилучених штамів стафілококів на стан біоценозу ураженої та здорової шкіри.

Матеріали та методи. Вивчення факторів патогенності проведено на 140 штамів стафілококів, вилучених від хворих на алергодерматози та практично здорових осіб. Бактеріологічні дослідження здійснювались за допомогою методів класичної бактеріології.

Результати. Вивчення мікробних складових біотопів показало домінування мікроорганізмів роду *Staphylococcus* у осередках шкіри як пацієнтів, так і здорових осіб з різницею у видовому складі стафілококів і ступені обсіменіння топодемів. Рівень обсіменіння уражених ділянок становив у середньому 10^5 – 10^7 КУО/мл, тоді як на здорових ділянках шкіри цей показник доходив до 10^4 КУО/мл. В осередках ураженої шкіри спостерігали переважання штамів *S. aureus* з поступовим зниженням у ділянках інтактної шкіри. У волонтерів виділяли переважно *S. epidermidis*, кількість яких перебувала у зворотній залежності від штамів *S. aureus*. Для штамів *S. haemolyticus* кореляційних зв'язків в залежності від ділянок вилучення не виявлено.

На наступному етапі дослідження було проведено аналіз наявності та ступеня виразності факторів агресії, які визначають патогенний потенціал і клінічну значущість вилучених штамів. Було проаналізовано виразність наступних показників: антибіотикорезистентність, антилізоцимна активність, антиінтерференова активність, гемолітична активність, лецитовітєлазна активність *S. aureus*. Показники, отримані в ході експериментального вивчення факторів агресії вилучених штамів стафілококів, дали змогу здійснити визначення їх епідеміологічної значущості.

Серед штамів, вилучених з уражених ділянок шкіри, переважали штами з вираженими ознаками факторів агресії. Так, кількість полірезистентних штамів становила 58,0% (у тому числі MRSA, CNS), частка штамів з екстенсивною резистентністю дорівнювала 6,0% (в усіх цих штамів виявлена резистентність до бензилпеніциліну та оксациліну). При визначенні факторів персистенції, показники індексу адгезії мікроорганізмів виявилися високими, а ступінь антилізоцимної активності розцінена як сильна, при цьому кількість штамів з даними властивостями становила 61,3% та 67,8% відповідно. При визначенні антиінтерферонові активності штамів встановлено, що переважна кількість вилучених збудників (61,9%) мали помірно значення даного показника. При вивченні гемолітичної активності всі штами *S. aureus* та *S. haemolyticus* проявили дану ознаку, серед штамів *S. epidermidis* даний показник становив 24,0%, що свідчить про можливе набуття або посилення даного фактора агресії в ураженому біотопі, особливо в разі формування асоціацій з більш патогенними видами. При визначенні лецитовітелазної активності 100% штамів *S. aureus* мали цю ознаку. Водночас слід підкреслити, що порівняння результатів вивчення патогенно-персистентних характеристик штамів з осередків ураження хворих і контрольними ділянками шкіри здорових осіб продемонструвало наявність суттєвих відмінностей: спостерігали значно меншу кількість штамів, вилучених з досліджених топомемів здорової шкіри, що мали ці параметри. За наявності досліджуваних показників серед контрольних штамів їх кількісне вираження було значно нижчим, впритул до мінімальних значень.

Висновки. Рівень і частота експресії факторів патогенності та персистенції є більш вираженими в мікроорганізми, виділені від хворих з уражених та інтактних ділянок у порівнянні з контролем, що підтверджує їх патогенетичну роль у обтяженні перебігу захворювання. Крім того, рівень обмінення впливає на вираженість даних факторів патогенності, які, в свою чергу, можуть бути допоміжним диференційно-діагностичним критерієм.

УДК 616.53–002.25–06:(616.8–008.615+612.014.484)–092

Патогенетичні фактори розвитку акне в жінок на тлі реактивної та особистісної тривожності

Дашко М.О., Сизон О.О., Білинська О.А., Вольбін С.В., Федорова У.В.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Актуальність. Акне – хронічне рецидивне запальне генетично детерміноване захворювання мультифакторної природи, яке характеризується утворенням вогнищ перифолікулярного запалення сально-волоссяних фолікулів на тлі гіперпродукції сальних залоз, патологічною десквамацією епітелію себофолікулів, активацією сапрофітних, умовно-патогенних мікроорганізмів і супроводжується психоемоційними розладами, порушенням якості життя пацієнтів і резистентністю до сучасних методів лікування.

Мета роботи – вивчити патогенетичні фактори розвитку акне в жінок на тлі реактивної та особистісної тривожності залежно від тривалості захворювання.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 134 молодих жінки, хворих на акне, віком від 18 до 45 років. Усім пацієнтам було проведено лабораторні дослідження для визначення рівня кортизолу, пролактину, прозапальних, протизапальних інтерлейкінів і показників фагоцитозу в сироватці крові, індексу резистентності до інсуліну і жирності шкіри щік і чола, а також показника реактивної та особистісної тривожності.

Результати. При визначенні рівня реактивної та особистісної тривожності нами виявлено високі показники рівня тривожності (> 45 балів) за таблицею інтерпретації результатів тесту Спілберґера–Ханіна у всіх обстежених жінок з акне. Причому в жінок з акне, незалежно від тривалості захворювання, відзначали вищі показники особистісної тривожності порівняно з показниками реактивної тривожності. У жінок з тривалістю захворювання акне до 1 року показник особистісної тривожності був на 10,10% вищий ($53,22 \pm 4,68$ бала, $p > 0,05$) порівняно з показником реактивної тривожності ($48,34 \pm 2,90$ бала), а в жінок з тривалістю захворювання від 1 до 5 років – на 16,43% ($59,65 \pm 4,08$, $p > 0,05$) порівняно з показником реактивної тривожності ($69,45 \pm 5,34$ бала). Однак відмічали значні відмінності ($p < 0,05$) обох показників тривожності в жінок з різною тривалістю захворювання, а саме: в жінок з тривалістю захворювання від 1 до 5 років показник особистісної тривожності був на 30,50% вищий, а показник реактивної тривожності – на 23,40% вищий порівняно з групою жінок, які хворіли акне менше 1 року.

У більшості обстежених хворих з акне на тлі реактивної та особистісної тривожності встановлено різного ступеня зміни деяких нейроендокринних і метаболічних показників, зокрема: вірогідні зміни показника кортизолу в сироватці крові (в жінок з тривалістю захворювання до 1 року спостерігали підвищення на 19,98%, $p < 0,01$, а від 1 до 5 років – зниження на 17,36%, $p < 0,01$, порівняно з показником осіб контрольної групи); підвищення показника сироваткового пролактину (відповідно, підвищення на 8,21%, $p > 0,05$, та на 32,91%, $p < 0,001$) та індексу НОМА (відповідно, підвищення на 11,89%, $p > 0,05$, та на 52,87%, $p < 0,05$). Крім того, в обстежених жінок з акне відмічали збільшення секреції шкірного сала чола та щік, що достовірно відрізнялось у хворих з різною тривалістю захворювання.

Висновки. У жінок з акне виявлено зміни деяких нейроендокринних і метаболічних показників (сироваткового кортизолу та пролактину, індексу інсулінорезистентності), які є маркерами хронічного стресу. Відмічали порушення показників жирності шкіри щік і чола, як передумови розвитку акне, на тлі значної реактивної та особистісної тривожності. При цьому виявлено наявність сильного і середнього кореляційного взаємозв'язку між характером змін вищевказаних показників і тривалістю захворювання. Це обґрунтовує необхідність пошуку нових комплексних методів лікування пацієнтів з акне з урахуванням нейроендокринних, метаболічних змін і наслідків хронічного стресу.

УДК 616.018.1–095:578.245–078

Особливості мікробіоти шкіри у хворих на хронічні дерматози

Джораєва С.К., Олійник О.І.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Вступ. Патогенна та умовно-патогенна бактеріальна інфекція може ускладнювати перебіг дерматозів неінфекційного походження. Порушення мікробіоценозу шкіри є фактором, що посилює розвиток запального процесу у вогнищах патології.

Матеріали та методи. Обстежено 43 пацієнти з хронічними тяжкими та поширеними дерматозами, що перебували на стаціонарному лікуванні в дерматологічному відділенні ДУ «ІДВ НАМНУ». Контрольну групу становили 15 волонтерів, репрезентативні за віком і статтю. Бактеріологічні дослідження було проведено згідно з регламентуючими документами МОЗ України.

Результати. За допомогою бактеріологічних досліджень було виділено 59 штамів мікроорганізмів з осередків ураження на шкірі. У посіві з вогнища в усіх пацієнтів домінували мікроорганізми роду *Staphylococcus* (38 штамів – 64,4%), а саме: *S. aureus* (35,5%), *S. haemolyticus* (22,6%), *S. epidermidis* (16,1%), *S. warneri* (12,9%), *S. cohnii* (6,5%) та *S. saprophyticus* (6,5%). Крім того, представники роду *Staphylococcus* утворювали асоціації з *Corynebacterium* spp., *Micrococcus* spp. та *Streptococcus* spp. Ступінь загального мікробного обсіменіння коливався від $< 1 \times 10^3$ до 1×10^7 КУО/мл. При цьому в більшості випадків спостерігали формування як внутрішньовидових, так і міжвидових асоціацій: у 17 осіб – 39,5%, стрептококів зі стафілококами – у 7 осіб – 16,2%,

стафілококів з мікрококами або з коринебактеріями у 10 осіб – по 11,6% та мікрококів з коринебактеріями у 2 осіб – 4,6% випадків. При дослідженні матеріалу з репрезентативних ділянок шкіри практично здорових осіб було встановлено, що мікробіотний склад був переважно представлений різновидами стафілококів: *S. epidermidis* (82,5%), *S. haemolyticus* (5,0%), *S. aureus* (2,5%).

У результаті проведених досліджень встановлено, що наявність будь-яких мікрошкоджень шкіри при хронічних дерматозах сприяє появі агресивніших ізолятів з вираженим патогенним потенціалом, що, у свою чергу, обтяжує перебіг основного захворювання. Це також наочно демонструють дані проведеного дослідження щодо сумісного культивування штамів з високим патогенним потенціалом: наявні штами *S. haemolyticus* посилювали гемолітичну активність штамів *S. aureus* у 66,7% випадків.

Висновки. Таким чином, постійний мікробіологічний моніторинг шкірної мікробіоти хворих на тяжкі хронічні дерматози є необхідним з метою можливості призначення раціональної зовнішньої терапії.

УДК:616.6:616.98–08:616.72.

Частота урогенітальних інфекцій у хворих на артропатичний псоріаз

Дюдюк А.Д., Поліон Н.М., Алі Л.Х., Салей О.А.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Артропатичний псоріаз (АП) є найчастішим і найтяжчим проявом кістково-суглобового перебігу псоріазу. Разом з ураженням суглобів може спостерігатися міозит, фасциїт, тендовагініт з формуванням сухожильних контрактур, ентезопатій, ахіло-бурситів, підп'яточного бурситу, а також ураженням грудинно- й акроміально-ключичного з'єднання. Урогенітальні інфекції, безумовно, мають певне значення на ініціальних етапах розвитку АП та здійснюють вплив на динаміку автоімунного процесу, суттєво погіршуючи якість життя пацієнтів. Епідеміологічний стан інфекційних захворювань, які передаються переважно статевим шляхом, лишається надзвичайно напруженим. Проблема високої захворюваності на урогенітальні інфекції не втрачає актуальності як в Україні, так і в усьому світі. Тому **метою дослідження** було встановлення частоти урогенітальних інфекцій у хворих на АП.

Матеріали та методи. Серед методів дослідження застосовували: загальноклінічні, мікробіологічні (мікроскопічне, культуральне, бактеріологічне, ідентифікація збудників за допомогою методів ППФ, РНПФ, ПЛР) та серологічні (КСП) методи дослідження; біохімію крові та сечі; імунологічні методи, інструментальні методи дослідження (уретроскопія, сонографія, рентгенографія), статистичні методи.

Результати. Комплексне клініко-лабораторне обстеження 87 хворих на АП дало змогу виявити в 65 (74,7%) пацієнтів урогенітальні інфекції. У вигляді моноінфекції хламідії виявлені в 35 (40,2%), а в комбінації з іншими урогенітальними інфекціями – в 30 (34,9%) хворих на АП. Трихомонадну інвазію встановлено в 30 (34,9%), а міко-уреаплазменну інфекцію – у 25 (28,7%) обстежених хворих на АП. Наявність в анамнезі та високий відсоток виявлення урогенітальних інфекцій у хворих на АП свідчить про те, що урогенітальні інфекції можуть мати певний вплив на розвиток і перебіг патологічного процесу. Нами також встановлені особливості перебігу як псоріатичного, так й інфекційного процесу у хворих на АП, асоційований з урогенітальними інфекціями.

Аналіз даних проведеного дослідження довів, що в усіх обстежених хворих на АП, асоційований з урогенітальними інфекціями, спостерігався тривалий хронічний перебіг інфекційного процесу. Клінічні прояви в більшості випадків характеризувалися відсутньою або обмежено вираженою симптоматикою. Визначити давність виникнення захворювання було складно, через те що з самого початку інфікування процес мав безсимптомний або малосимптомний характер. Відсутність виражених клінічних проявів не спонукала хворих своєчасно звертатися по спеціалізовану медичну допомогу. Як правило, клінічна картина при ураженні урогенітальними інфекціями розвивається повільно, нерідко – протягом декількох років. Малосимптомність або відсутність клінічної симптоматики при урогенітальних інфекціях призводить до хронізації патологічного процесу і дуже часто – до виникнення ускладнень. На підставі цього урогенітальні інфекції в більшості випадків можна розглядати як хронічне захворювання, що підтримує запальні явища як в урогенітальному тракті, так і в інших органах і системах.

Висновки. Все вищезначене свідчить про певний взаємозв'язок псоріатичного процесу з урогенітальними інфекціями та підкреслює доцільність комплексного обстеження та індивідуального, адекватного підходу до комплексного лікування хворих на АП, асоційований з урогенітальними інфекціями.

УДК 618.12–02.1–067

Імунний статус дітей, які народилися в жінок з папіломавірусною інфекцією після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій раку шийки матки

Єгоров О.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти,
Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2

В останнє десятиліття до низки пріоритетних медико-соціальних проблем увійшла папіломавірусна інфекція (ПВІ) у зв'язку з різким зростанням захворюваності, значною контагіозністю, поліорганністю спричиненої патології та високим онкогенним потенціалом збудника. Вельми тривожним є той факт, що найбільша частота ПВІ відзначається серед молодих жінок репродуктивного віку, які при невираженій клінічній картині вагінального кондиломатозу є резервуаром інфекції та становлять небезпеку для статевих партнерів і майбутньої дитини. У світовому масштабі кількість інфікованих за останнє десятиліття збільшилась більш ніж у 10 разів і становила близько 630 млн осіб. До 82% жінок вважаються інфікованими вже через 2 роки після сексуального дебюту, при цьому навіть маючи одного статевого партнера, близько 20% жінок заражені. Поширеність ПВІ в різних країнах світу коливається від 14,0 до 39,2 зі 100 обстежених. ВООЗ повідомляє, що щорічно у світі віруси папіломи людини спричинюють до 500 000 нових випадків раку шийки матки і щорічно близько 240 000 жінок помирають від нього. Раку шийки матки – перший вірусіндукований солідний рак, виявлений у людини. Доведена вертикальна передача вірусу, що підтверджують повідомлення про виявлення вірусу папіломи людини в дітей, народжених від матерів-носіїв. У зв'язку з можливістю реалізації репродуктивної функції в жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки постає питання про стан здоров'я дітей, які в них народилися.

Метою дослідження було оцінити ступінь впливу ПВІ на стан імунного захисту дітей, які народилися у матерів з ПВІ після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки.

Матеріали та методи. Основну групу становили 40 дітей, які народилися в матерів з ПВІ після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки, віком від 4 до 14 років. До контрольної групи увійшли 35 дітей, які народилися в матерів з фізіологічним перебігом вагітності і неускладненим анамнезом, віком від 4 до 14 років. Вміст імуноглобулінів класів А, М у сироватці крові визначали за допомогою методу нефелометрії на імунохімічному аналізаторі IMMAGE (Beckman Coulter, США) з використанням реактивів цієї самої фірми. Циркулюючі імунні комплекси визначали за допомогою турбодиметричного методу з використанням діагностичних імуноферментних тест-систем.

Результати. Встановлено, що в дітей, які народилися в матерів з ПВІ після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки, спостерігають пригнічення активності імунної системи і схильність до розвитку імунодефіцитних станів. У картині клітинного імунітету, за приблизно рівних значень загальної кількості лейкоцитів, в основній досліджуваній групі відзначали значимо ($p < 0,01$) знижені показники кількості Т-лімфоцитів (51,3%), В-лімфоцитів (18,2%), Т-хелперів (33,9%). Відзначено збільшення частки нульових клітин (32,3%), що свідчить про порушення процесів диференціювання лімфоцитів. Виявлено порушення активності гуморальної ланки імунітету: рівень імуноглобулінів крові у дітей основної групи був нижче, ніж у однолітків контрольної групи ($p < 0,01$). Також була знижена активність фагоцитозу в дітей основної групи у порівнянні з контрольною групою.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать про негативний вплив ПВІ на стан і функцію імунної системи дітей, які народилися у матерів з ПВІ після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки. У них розвиваються дисбаланс факторів імунного захисту, схильність до імунодефіцитних станів, що сприяє підвищенню захворюваності дітей. Тривалий вплив ПВІ негативно позначається на функції захисно-адаптаційних механізмів дитячого організму і, перш за все, на розвитку і формуванні системи імунітету.

УДК 616.594.14+616.391.05)-085.851

Фототерапія як альтернативний метод лікування вогнищевої алопеції з проявами мікроелементозів

Зайченко Я.О., Іванюшко-Назарко Н.В., Рудник Т.І.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Актуальність. Поширеність захворювання волосся, а саме вогнищевої алопеції (ВА), спонукає до різноманітних підходів як у діагностиці даного захворювання, так і в лікуванні.

Мета роботи: виявлення та оцінка основних тенденцій мікроелементозів і можливість комбінованої терапії пацієнтів.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 26 пацієнтів з діагнозом ВА віком 18–30 років, з них жінок – 18, чоловіків – 8. Тривалість захворювання ВА у даних пацієнтів становила від 1 до 4 років. Прогресуюча стадія алопеції виявлена в 40% пацієнтів, стаціонарна – в 60%. Усім пацієнтам проводили загальні діагностично-інструментальні методи обстеження за протокольною програмою і додатково визначали мікроелементний склад волосся.

Результати. Обстеження пацієнтів виявило дисбаланс мікроелементів, який проявлявся в дефіциті життєво-важливих елементів, таких як Ca, Zn, Fe, Cu, I, та підвищенні вмісту Mn, K. Було запропоноване лікування пацієнтів із застосуванням мезококтейлів (введення папульним методом у волосисту частину голови з інтервалом 7 днів) з урахуванням дефіциту мікроелементів у комбінації з фототерапією UVB311nm- двічі на тиждень. Фототерапія проводилася на обладнанні Davlin 3 Series PS311-24 з використанням ламп TL – 01, які генерують випромінювання в діапазоні хвиль 310–315 нм з максимальною піковою емісією на довжині хвилі 311 нм. Початкова доза становила 0,1–0,25 Дж/см в залежності від типу шкіри. Під час наступних процедур збільшували дозу на 0,05–0,1 Дж/см. Серед побічних ефектів спостерігали еритему у 8 пацієнтів, яка не потребувала відміни фототерапії. Позитивний ефект відмічався після 8-ї процедури в 35% пацієнтів. У вогнищах облісіння спостерігали появу пушкового волосся. Таку саму картину можна було спостерігати в 48% пацієнтів після 20 процедур, у 12% пацієнтів позитивна динаміка щодо появи пушкового волосся спостерігалася після 26 процедур. У 5% пацієнтів під час проведення фототерапії не відмічалася позитивної динаміки.

Висновки. Отже, виходячи з отриманих результатів досліджень, можна констатувати високу ефективність комбінованого лікування у пацієнтів з ВА, що полягає у використанні вузькоспектральної фототерапії з комбінацією різних мезококтейлів. Висока ефективність і переносимість, а також відсутність побічних явищ дає змогу рекомендувати дану методику.

УДК 616.972–036.15

Динаміка трепонемних і нетрепонемних тестів після лікування раннього прихованого сифілісу

Захаров С.В., Захаров В.К.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Актуальність проблеми ефективного лікування хворих на ранній прихований сифіліс (РПС) пояснюється значним відсотком серологічної резистентності. Так, у осіб зі встановленим діагнозом серологічна резистентність у 52,5% початковим діагнозом був саме РПС. Кількість препаратів для лікування сифілісу постійно збільшується, що обумовлює удосконалення методик терапії цього захворювання. Незважаючи на те, що пеніцилін застосовують уже тривалий час, чутливість до нього блідої трепонеми залишається досить високою, що робить його препаратом вибору для лікування усіх форм сифілісу.

У ретроспективному і проспективному рандомізованому дослідженні вивчено ефективність специфічного лікування 768 хворих на РПС з терміном інфікування понад 1 рік. За період з 1999 по 2014 р. проведено порівняльний аналіз ефективності методик, які застосовували для лікування РПС, з метою визначення найефективнішої методики на підставі віддалених результатів лікування. Для лікування хворих на РПС застосовували: натрієву сіль бензилпеніциліну, пеніцилін G натрієву сіль, прокаїн-пеніцилін G, бензатин-бензилпеніцилін, цефтриаксон. Після лікування вивчали динаміку негативізації: РЗК, РІФ, ІФА, РПГА. Критерії включення в дослідження: хворі на РПС з терміном лікування понад 1 рік, вік 20–45 років, постійне місце проживання. Критерії виключення: вік до 20 років, вагітність, туберкульоз, ВІЛ/СНІД, вірусні гепатити, вживання антибіотиків упродовж останніх 3–12 міс.

В залежності від методики лікування хворі були поділені на 5 груп. У першу групу було залучено 188 хворих, яких лікували натрієвою сіллю бензилпеніциліну, в другій групі було 192 хворих, яких лікували пеніциліном G, третю групу становили 84 хворих, яких лікували прокаїн-пеніциліном G, в четверту групу було включено 205 хворих, яким застосували бензатин-бензилпеніцилін, і п'яту групу – 128 хворих, яких лікували цефтриаксоном. Хворі в кожній з 5 груп були поділені на дві підгрупи: підгрупу А лікували виключно антибіотиками, у підгрупі Б крім антибіотиків застосовували імуномодуючі препарати.

У результаті проведеного порівняльного аналізу результатів лікування було визначено, що найефективнішим препаратом був цефтриаксон, найменш ефективним – бензатин-бензилпеніцилін. У даному спостереженні було доведено, що найкращі віддалені результати при лікуванні хворих на РПС були досягнуті в разі застосування цефтриаксону, найгірші – при застосуванні бензатин-бензилпеніциліну. Натрієва сіль бензилпеніциліну, пеніцилін G та прокаїн-пеніцилін G займають проміжне положення. В комплексну терапію хворих на РПС з терміном інфікування понад 1 рік доцільно включати імуномодулятори. Виникнення серологічних рецидивів через 1,5–2 роки після зняття з диспансерного обліку потребує продовження термінів спостереження. Тривалість перебування на диспансерному обліку повинна також залежати від методики лікування хворого.

УДК 614:616.97](477)

Стан і перспективи захворюваності на венеричні хвороби в Україні

Кравченко В.Г.¹, Степаненко В.І.², Попова І.Б.¹, Волкославська В.М.³, Рощенко Л.В.⁴

¹ Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава,

² Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,

³ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»,

⁴ Харківській національний медичний університет»

Епідеміологія класичних венеричних інфекцій характеризується хвилеподібними різкими підйомами захворюваності з поступовим зниженням до певного рівня без повної їх ліквідації. Саме ці «залишкові», не до кінця ліквідовані осередки стають за певних епідеміологічних обставин початками, «зародками» нових підйомів захворюваності. Такий алгоритм динаміки захворюваності на сифіліс і гонорею з 1945 по 2017 р. в Україні і колишньому Союзі відображений у декількох аналітичних оглядах та уточнено математичними методами.

На сучасному етапі захворюваність на сифіліс і гонорею не характеризується піковими підвищеннями; навпаки, відмічається повільний спад реєстрації захворюваності. Поряд з цим, в Україні, як і практично в усьому світі, реєструється висока захворюваність на урогенітальний хламідіоз і мікоплазмоз, урогенітальний трихомоніаз, герпетичні ураження статевих органів. Доводиться констатувати, що в Україні статистичні показники не відповідають реальному епідемічному стану захворюваності на ППСШ. Це пов'язано частково з тим, що численні хворі звертаються по допомогу в приватні лікувальні установи, працівники яких не завжди заповнюють обов'язкові статистичні форми і не надають статистичних звітів для реєстрації в державному реєстрі захворюваності населення, що суттєво викривлює показники державної статистики. Аргументованим підтвердженням цього є зростання чисельності хворих з пізніми та прихованими стадіями сифілісу порівняно з реєстрацією пацієнтів з ранніми формами інфекції. Рівень реєстрації захворюваності на гонорею в Україні видається, на наш погляд, далеким від реалій.

Слід зазначити, що сифіліс, як і раніше, лишається глобальною проблемою. У світі щорічно неухильно збільшується кількість виявлених нових випадків захворювань. Так, в Японії, наприклад, рівень захворюваності на сифіліс за 2007–2017 рр. підвищився більш ніж удвічі. За прогнозами аналітичної компанії GlobalData, протягом наступного десятиліття число вперше виявлених випадків зараження сифілісом у США, Франції, Німеччині, Італії, Іспанії, Великобританії, Японії, Австралії, Бразилії, Канаді, Китаї, Індії, Мексиці, Росії, Південно-Африканській Республіці та Південній Кореї сукупно збільшуватиметься щорічно – із середньорічним темпом приросту (CAGR) 2,32% – і до 2027 р. досягне 1,2 млн.

У нашій країні у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я, послабленням уваги керівних органів охорони здоров'я країни до проблем організаційно-фінансової підтримки дерматовенерологічної служби і практичною «пілотною» тенденцією руйнування галузі, з одного боку, і відсутністю настороженості лікарів загальної мережі, з іншого, може скластися ситуація з так званим несподіваним сплеском всієї гами венеричної інфекції. Недостатня увага до перспективного ефективного планування забезпеченості професійними кадрами дерматовенерологів, до підвищення якості їх підготовки на всіх рівнях, зокрема тісної співпраці з первинною ланкою охорони здоров'я, суміжними спеціалістами, і перш за все з гінекологами й урологами, може призвести до аврального вирішення цих питань. Реформування охорони здоров'я, безумовно, потрібне і воно на часі, але зміни в організації функціонування дерматовенерологічної галузі не мають призвести до руйнування вже існуючої, чітко налагодженої і виправдані упродовж тривалого часу системи надання цієї спеціалізованої допомоги. Не до кінця виваженої зміни, які можуть супроводжуватись практичним руйнуванням існуючої мережі дерматовенерологічних закладів, можуть спричинити негативні медико-соціальні наслідки з наступним неконтрольованим зростанням захворюваності на ППСШ та заразних захворювань шкіри. Ілюзорне «перенаправлення» численних функціональних обов'язків лікарів-дерматовенерологів на первинну ланку – лікарів сімейної медицини – може обернутися непоправними епідеміологічними наслідками. Епідеміологічні передумови для цього вже сьогодні не лише не згасають, а навпаки, повсякчас підвищуються.

Поширення статевих інфекцій в Україні пов'язане з поширенням серед населення наркоманії, алкоголізму та моральної розбещеності, особливо серед молоді та підлітків, а також прогресуючого явища – секс-бізнесу; низькою обізнаністю населення, особливо молоді, про причини, наслідки та індивідуальну профілактику ППСШ, про надзвичайну важливість збереження репродуктивного здоров'я. Сьогоднішня активна пропаганда «простих вирішень незручних проблем» при випадкових і непередбачуваних статевих контактах, популяризація молодіжних «тусовок» є постійним додатковим резервуаром для поширення статевих інфекцій. Тому на часі розроблення чіткої і справді дієвої загальнодержавної програми гігієнічного та статевого виховання дітей і підлітків, суті та способів запобігання ППСШ. Гаяти час необачно. Нині потрібна плідна співпраця дерматовенерологічної спільноти з Центром громадського здоров'я МОЗ України.

УДК 616.018.1–095:578245–078

Вивчення антиінтерференової активності автофлори шкіри хворих на atopічний дерматит

Кутасевич Я.Ф., Джораєва С.К., Гончаренко В.В., Щоголева О.В., Зюбан І.В., Бабута А.Р., Пугачова О.В.

ДУ «Інститут дерматології і венерології НАМН України»

Вступ. Перебіг atopічного дерматиту (АД) часто поєднаний з наявністю патогенної мікрофлори в біотопі шкіри на тлі виражених імунологічних розладів макроорганізму. При цьому провідну роль відіграють мікроорганізми роду *Staphylococcus*. Клінічне значення патогена визначається здатністю да активного виживання та персистування в макроорганізмі, чому сприяє широкий спектр факторів патогенності, зокрема антиінтерференова активність (АІА).

Мета дослідження: визначити АІА автоштамів домінуючих різновидів стафілококів (*S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*), виділених з різних топодемів шкіри хворих на АД.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження служили 101 лабораторний штамп стафілококів шкіри 50 хворих на АД та 39 контрольних штамів, отриманих від 20 практично здорових осіб. Ізоляція мікроорганізмів та бактеріологічне дослідження проводили з використанням методів класичної бактеріології. АІА вилучених мікроорганізмів визначали методом відстроченого антагонізму.

Результати. При дослідженні АІА штамів, вилучених від хворих на алергодерматози, встановлено, що дану ознаку мали 67,4% стафілококів, ізольованих з уражених ділянок шкіри, 60,6% – з інтактною шкіри та лише 37,5% – зі шкіри здорових осіб. При цьому кількість штамів *S. aureus* та *S. epidermidis* з цією ознакою поступово знижувалась від ураженої шкіри до інтактних ділянок з 67,4 до 64,7% та з 58,3 до 40,0% відповідно. У контрольних осіб показники виявлення становили 33,3 та 38,7% відповідно. Для штамів *S. haemolyticus* кількість ізолятів з наявністю даної ознаки суттєво не відрізнялась при вилученні з уражених та інтактних ділянок шкіри (71,4% та 83,3%), але суттєво знижувалась у контролі до 33,3%.

Визначення абсолютних показників АІА штамів показало, що на ділянках ураженої шкіри АІА штамів *S. aureus* сягала ($2,3 \pm 0,1$) ОД, *S. haemolyticus* – ($1,8 \pm 0,3$) ОД, *S. epidermidis* – ($1,3 \pm 0,1$) ОД, тобто вищий патогенний потенціал мали штами золотистого стафілокока. При дослідженні інтактних ділянок шкіри показники становили ($2,0 \pm 0,2$) ОД, ($1,6 \pm 0,3$) ОД та ($1,5 \pm 0,2$) ОД відповідно ($p < 0,05$). Але слід підкреслити, що порівняння АІА штамів, вилучених з вогнищ ураження хворих і контрольних ділянок шкіри здорових осіб, продемонструвало суттєві відмінності. По-перше, спостерігали значно меншу кількість штамів з такою ознакою, вилучених з досліджених топодемів здорової шкіри. Так, з трьох отриманих штамів *S. aureus* лише один характеризувався наявністю АІА. Серед штамів *S. haemolyticus* та *S. epidermidis* ця ознака виявлена в третині штамів. При цьому рівень експресії ознаки в *S. aureus*, виділених з будь-яких ділянок шкіри, був високим і коливався в середньому від 2 до 2,3 ОД. Отже, отримані результати вивчення АІА стафілококів як **окремого фактора персистенції** підкреслюють значення як *S. aureus*, так і інших різновидів стафілококів з позиції потенціювання ускладнень перебігу основного захворювання.

Висновки. Таким чином, рівень і частота експресії АІА є більш вираженими в мікроорганізми, отриманих від хворих з уражених та інтактних ділянок у порівнянні з контролем, що підтверджує їх патогенетичну роль у обтяженні перебігу захворювання.

УДК 616.5–001.1–021.5–08

Оптимізація комплексної терапії алергодерматозів

Кутасевич Я. Ф., Олійник І. О., Маштакова І. О.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Вступ. Алергодерматози в стадії загострення за рахунок виражених патологічних змін шкіри, а також інтенсивного свербіжу значно впливають на самоощітку пацієнтів, якість життя, сон.

Метою роботи було підвищення ефективності терапії хворих на алергодерматози за рахунок корекції визначених особливостей тривожних розладів.

Матеріали та методи. Під спостереженням було 29 хворих на алергодерматози, з них 10 хворих на atopічний дерматит, 19 – хронічну екзему, віком від 21 до 54 років. Контрольну групу становили 14 здорових пацієнтів, які були репрезентативними за віком і статтю. Психічні характеристики досліджували на підставі діагностичної співбесіди, а отримані дані верифікували з використанням стандартизованих експериментально-психологічних методик визначення рівня реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) за Спілбергом – Ханіним. Рівень тривожності до 30 балів вважали низьким, 31–44 балів – помірним, 45 і вище – високим. За цим показником хворі були розподілені на три групи: I група – низький рівень РТ, II – помірний, III – високий. Інтенсивність свербіжу оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) від 0 до 10 балів. У комплексному лікуванні, яке полягало в гіпосенсибілізуючій терапії, призначенні антигістамінних препаратів, симптоматичній терапії, всім хворим призначали мебікар по 0,3 г двічі на добу протягом 3 тиж незалежно від прийому їжі.

Результати. Встановлено, що під час госпіталізації низький рівень РТ мали 4 хворих (I група), помірний – 18 (II група), високий – 7 пацієнтів (III група). Середній бал РТ у хворих I групи дорівнював ($27,3 \pm 2,6$) бала, II групи – ($35,1 \pm 2,9$) бала, III групи – ($46,4 \pm 4,9$) бала. У I групі інтенсивність свербіжу за ВАШ становила ($93,9 \pm 0,6$) бала, у II групі – ($7,8 \pm 0,9$) бала, у III групі – ($9,1 \pm 0,9$) бала. Після комплексного лікування із застосуванням мебікару рівень РТ у хворих усіх груп значно зменшився, що корелювало з динамікою клінічних проявів та інтенсивністю свербіжу. Так, у хворих I групи РТ становив ($13,1 \pm 1,5$) бала, II групи – ($18,7 \pm 1,9$) бала, III групи – ($21,4 \pm 2,8$) бала. Також значно покращилася якість сну за рахунок зниження інтенсивності свербіжу: I група – ($1,8 \pm 0,2$) бала, II група – ($3,2 \pm 0,5$) бала, III група – ($4,1 \pm 0,4$) бала.

Висновки. Таким чином, узагальнення результатів проведеного дослідження свідчить про наявність психоемоційних порушень, що суттєво обтяжує перебіг основного захворювання. Використання в комплексному лікуванні хворих на алергодерматози денного транквілізатору препарату Мебікар сприяє зменшенню інтенсивності свербіжу та регресу психосоматичних порушень. Отже, Мебікар викazuje вплив не лише на тривожні розлади, порушення настрою та сну, а й на наявність та інтенсивність свербіжу в поєднанні з антигістамінними препаратами, препарат доцільно використовувати в комплексному лікуванні хворих на алергодерматози.

УДК 616.5–002.72+612.017.1+616–005.1–08+616–08:615

Удосконалення комплексного лікування мікозів стоп

Кутасевич Я. Ф., Олійник І. О., Супрун К. Г.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Вступ. У загальній структурі мікологічних захворювань провідні позиції посідають мікози стоп. Останнім часом відмічають тенденцію до росту грибково-бактеріальних інфекцій, у зв'язку з чим постають питання з удосконалення терапевтичних заходів. Нашу увагу привернув препарат Естезифін спреї, діюча речовина якого, нафтифіну гідрохлорид, виявляє не лише проти-грибкову, а й протизапальну та протимікробну дію.

Мета роботи. Підвищити ефективність терапії хворих на мікози стоп з використанням вітчизняного препарату Естезифін спреї 1% (АТ «Фармак»).

Матеріали та методи. Під наглядом було 30 пацієнтів з мікозами стоп, з них 18 жінок, 12 чоловіків віком від 23 до 75 років. Усім хворим діагноз мікоз стоп верифіковано за допомогою мікроскопічного дослідження. У комплексному лікуванні застосовували Естезифін спреї 1 раз на добу протягом 3 тиж. Оцінку терапевтичної ефективності проводили з урахуванням клінічних і мікологічних ознак. Враховували суб'єктивні та об'єктивні ознаки за бальною шкалою від 0 до 3.

Результати. До лікування в усіх хворих під час мікроскопічного дослідження в лусочках з осередків ураження виявлявся міцелій грибків. До лікування середній бал свербіжу дорівнював $2,9 \pm 0,1$, гіперемія – $2,6 \pm 0,2$ бала, мокнуття – $2,4 \pm 0,2$ бала, лущення – $1,9 \pm 0,1$ бала. Після проведеного лікування протягом 3 тиж і проведення санітарно-гігієнічних заходів у групі дослідження відмічено мікологічну негативацію у 100% випадків, купірування об'єктивних ознак захворювання (гіперемія, мокнуття, лущення – 0 балів) та незначний свербіж ($0,3 \pm 0,1$ бала).

Висновки. Таким чином, використання препарату Естезифін спрей 1%, що містить нафтифіну гідрохлорид, забезпечує купірування запальних проявів при мікозі стоп і мікологічну негативацію. Зазначений препарат рекомендується до використання в лікуванні мікозів стоп.

УДК: 619.972–07

Методи скринінгової діагностики населення на сифіліс

Кутова В. В., Білоконь О. М., Дегтяр Т. В., Нікітенко І. М., Безрученко О. А.,
Унучко С. В., Осінська Т. В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

На тлі сучасної епідеміологічної ситуації в Україні проблема соціально-значущих захворювань, що погіршують здоров'я нації, залишається досить актуальною. Серед виявлених випадків сифілісу визначається збільшення частки безсимптомних і прихованих форм зі стертою клінічною картиною. Зростання захворюваності відбулося переважно за рахунок невиявлених хворих, що не зверталися по медичну допомогу, та/або в разі пізнього звернення пацієнтів. Випадки, коли інфіковані не мали вичерпного компетентного обстеження і, як наслідок, встановленого діагнозу «сифіліс», не отримували терапії або не мали адекватного лікування, призводять до зростання частоти пізніх форм сифілісу та серорезистентності.

Специфічність і чутливість методів лабораторної діагностики, їх доступність, час виконання дослідження значною мірою визначає тактику лікаря під час обстеження пацієнта на сифіліс. Спектр методів лабораторної діагностики сифілісу різноманітний, і вибір методів та алгоритму обстеження має не лише відповідати діючим нормативним базам (протоколи, методичні рекомендації, стандарти), а й бути індивідуалізованим.

Оцінка ступеня надійності та ефективності «швидких» скринінгових тестів на сифіліс, удосконалення алгоритму обстеження на сифіліс та наступні дослідження з цього напрямку стали метою нашого дослідження.

У ході дослідження використовували зареєстровані в Україні тест-системи для скринінгової діагностики сифілісу: нетрепонемні тести (НТТ): реакція мікропреципітації (РМП), метод швидких плазмових реагів РПР (RPR) на картках, реакція зв'язування комплементу з кардіоліпіновим антигеном РЗКк (в США, Європі та інших розвинених країнах ця реакція для діагностики не використовується); а також трепонемні тести (ТТ): метод імунохроматографії (ІХГ), реакція пасивної гемаглютинації (РПГА). У нашій країні в окремих лабораторіях використовують метод РЗКк (Васермана) для скринінгового обстеження пацієнтів, особливо вагітних.

Результати одночасно проведених досліджень при скринінговій діагностиці на сифіліс 100 пацієнтам за допомогою вищезазначених методів лабораторної діагностики показали, що частота позитивних результатів НТТ (РМП, РЗКк, РПР (RPR) на картках співпадала в 100% випадків. Постановка РПР (RPR)-тесту на картках вигідно відрізнялась від РМП та РЗКк швидкістю отримання результатів і візуальністю діагностики. В деяких випадках, коли методами РМП, РЗКк діагностували «прозону», тест РПР (RPR) на картках давав позитивний результат, що відповідало 1,2%. Також метод РПР (RPR) на картках продемонстрував перевагу перед РМП та РЗКк і як відбірковий скринінговий тест при постановці цільної крові. Назріла необхідність вилучення РЗКк (Васермана) з діагностики сифілісу та поступової заміни компактнішим і достатньо чутливим комплексом, що складається з реакції РМП або його аналогом РПР (RPR)-тестом, які відповідають сучасним вимогам скринінгової лабораторної діагностики сифілісу.

ТТ (ІХГ, РПГА) використовувались для обов'язкового підтвердження позитивних результатів НТТ. Постановка методів проводилася одночасно. Так, підтвердження позитивних результатів РМП, РПР (RPR) на картках в 100% випадків співпали з позитивними результатами ІХГ та РПГА. ТТ (ІХГ та РПГА) мають більшу чутливість і специфічність, але метод РПГА технічно складніший і потребує наявності дорогих тест-систем, тому його застосування обмежене рамками спеціалізованих лабораторій. Постановка методу ІХГ, що є «швидким» тестом для якісного виявлення сумарних антитіл (IgM, IgG) до *Treponema pallidum* при скринінговому дослідженні на сифіліс «point of care» з цільною кров'ю, вигідно відрізняється від вищезазначеного трепонемного тесту своєю економічною доступністю та простотою виконання, що не потребує високої кваліфікації персоналу.

Висновки. Таким чином, НТТ РПР (RPR) на картках і ТТ ІХГ прості і зручні в постановці, не потребують спеціального устаткування, менш трудомісткі і економічніші в порівнянні з РМП, РЗКк, РПГА, ІФА. Можливість стандартизації та контролю всіх інгредієнтів забезпечують високу відтворюваність і надійність результатів. Впровадження цих методів для скринінгового дослідження на сифіліс в умовах надзвичайних ситуацій і при обстеженні вагітних дасть змогу підняти її на якісно новий рівень, а також сприятиме своєчасному виявленню хворих на сифіліс і запобіганню поширенню інфекції на первинній ланці медичної допомоги населенню.

УДК 616.5–085.851

Доцільність застосування психокорекційних заходів пацієнтам з дермато-естетичними дефектами шкіри

Левицька І. М., Сизон О. О., Дашко М. О.,
Бабак І. Д., Чаплик-Чижо І. О.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Актуальність. Сьогодні з розвитком теле-, радіо-, Google-комунікацій в сучасному світі ми перебуваємо під впливом засобів масової інформації, які пропонують готові образи та еталони певного явища чи феномену, готові критерії зовнішньої привабливості, котрі визначаються груповими стандартами чи стереотипами. При цьому ці культурно обумовлені норми, стандарти й очікування вказують людині на небажаність істотних відхилень форми, розмірів її тіла, естетичного вигляду шкіри від ідеалу та часто є причинами появи різноманітних комплексів і патопсихологічної симптоматики.

Мета роботи – з'ясувати потреби та справжню причину зверненні пацієнтів по допомогу до косметологічних кабінетів, дослідити соціальний еталон зовнішньої привабливості, вірогідні чинники, які можуть вплинути на психоемоційний стан.

Матеріали та методи. Для реалізації завдань дослідження використовувався комплекс теоретичних і емпіричних методів (спостереження, бесіда, авторська анкета «Пізнай своє тіло», методика дослідження самоставлення до образу фізичного Я (А.Г. Черкашина (МДСОФ), методика «Чоловічок Фельденкрайза»). Під час відбору психодіагностичних методик ми виходили з таких положень: методики мають бути спрямованими на розв'язання поставлених завдань дослідження; надійними, валідними, стандартизованими – достовірними (для отримання об'єктивних числових показників).

Результати. Протягом 2 років на базах кафедри дерматології, венерології було проведено комплексне клінічне обстеження пацієнтів з дерматологічними проблемами та косметологічними дефектами шкіри, яке передбачало детальне вивчення анамнезу життя, анамнезу захворювань, соматичного, дерматологічного, косметологічного та психологічного статусу. Ми зауважили у своїй повсякденній практиці, що пацієнти, які звертаються, мають одну й ту саму скаргу – незадоволення власною

зовнішністю. Число таких осіб стрімко зростає з ринковою пропозицією в галузі косметології, як апаратної, так і ін'єкційної. Найчастішими психоемоційними проблемами пацієнтів є: надмірна увага до косметологічного дефекту; перебільшення косметичного дефекту, іноді надуманого; зв'язування косметологічної проблеми з ситуаціями в сімейному та соціальному житті, залежність особистого щастя і професійного успіху від результатів роботи косметолога; бажання досягти бажаного результату в нереально короткі терміни; сподівання отримання неможливого результату в окремих клінічних випадках; нерозуміння того, що в дерматології та косметології, як і в інших галузях медицини, має місце недостатня ефективність тих чи інших методів і засобів, відсутність результату, а іноді, на жаль, і ускладнень.

Було обстежено 135 осіб, з яких 1-ша група дівчат віком 18–29 років – 49 осіб (36,2%) та 2-га група жінок віком 30–55 років – 86 осіб (63,7%). У 1-й групі дівчата приділяли увагу таким психоемоційним проблемам, як надмірна увага – 40 (81,6%), перебільшення косметичного дефекту, іноді надуманого – 19 (38,8%), нерозуміння ризиків і ускладнень – 31 (63,3%) та бажання досягнути результату в нереально короткі терміни – 36 (73,5%). У 2-й групі жінки відмічали наступні проблеми: надмірна увага – 58 (67,4%), перевищені сподівання щодо результатів косметологічної корекції – 62 (72,1%), бажання досягнути результату в дуже короткі терміни – 42 (48,8%), нерозуміння ризиків і ускладнень – 38 (44,2%) та зв'язування косметологічної проблеми з ситуаціями в сімейному та соціальному житті – 31 (36,0%). Хочемо зазначити, що сучасний пацієнт вимагає від дерматолога не лише кваліфікованого терапевтичного підходу до вирішення проблем, а й психотерапевтичного. Тому було прийнято і введено в консультативну практику низку психодіагностичних методик: проведення психокорекційних бесід, placebo-терапії (раціональна психотерапія або переконання), когнітивно-поведінкової терапії, Art-терапії, техніки релаксації та психофармакотерапії.

Висновки. Виявлення справжньої причини психоемоційних порушень, які спричинюють дисморфоманічні та дисморфобічні розлади з приводу власної зовнішньої привабливості у звернених пацієнтів, дає змогу здійснювати індивідуальний підхід щодо побудови психокорекційних програм. Згідно з результатами досліджень ми зробили висновки, що обидві групи досліджуваних незалежно від віку приділяють надмірну увагу косметологічним дефектам шкіри, завищують сподівання та не усвідомлюють ризиків і ускладнень від отриманих ними процедур.

УДК 616.53–002.25–036.1:616.345–008.87

Вплив порушень мікробіоти товстої кишки на перебіг вугрової хвороби

Литинська Т.О.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Вступ. Вплив мікробіоти кишечника на стан здоров'я людини знаходиться в центрі уваги фахівців різних спеціальностей вже впродовж багатьох років. На сьогодні отримані переконливі докази, що порушення кишкової мікробіоти й окремих її локусів є фактором розвитку багатьох захворювань, зокрема низки дерматозів.

Мета роботи. Вивчити кількісний та якісний склад мікробіоти товстої кишки у хворих на вугрову хворобу та проаналізувати вплив її порушень на тяжкість клінічного перебігу захворювання.

Матеріали та методи. Було комплексно обстежено 37 хворих на вугрову хворобу. Вік досліджуваних коливався в межах від 19 до 45 років, з них: жінок – 21 (57%), чоловіків – 16 (43%), тривалість захворювання становила від 6 міс до 25 років. Групу контролю становили 20 практично здорових осіб. З метою діагностики супутніх дисбіотичних змін товстої кишки хворим проводили мікробіологічне дослідження калу (за методикою Р.В. Епштейн–Литвак та Ф.Л. Вільшанської).

Результати. У обстежених пацієнтів з вугровою хворобою була виявлена різна гастроентерологічна патологія (диспепсія, гастроезофагальна рефлюксна хвороба, синдром подразненої кишки, функціональні порушення з боку гепатобіліарної системи, жовточкам'яна хвороба тощо). За допомогою мікробіологічного дослідження калу супутній дисбіоз товстої кишки був виявлений у 29 (78,4%) хворих. Порушення мікробіоти товстої кишки різного ступеня тяжкості частіше діагностувалось у хворих на середньотяжку й тяжку форми вугрової хвороби з тривалим перебігом дерматозу.

Висновки. Отримані дані дозволяють припустити, що порушення мікробіоти кишечника, зокрема дисбіоз товстої кишки, є одним з суттєвих патогенетичних факторів, що негативно впливає на характер і тяжкість перебігу вугрової хвороби та потребує своєчасної діагностики та відповідної медикаментозної корекції.

УДК 616.9:576.893.161.21]–053.31–036.2–08–084

Перинатальна інвазія *Trichomonas vaginalis* як проблема репродуктивної медицини

Мавров Г.І.^{1,2}, Осінська Т.В.¹, Щербакова Ю.В.^{1,2}, Федорич П.В.³

¹ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

² Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

³ Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. За даними ВООЗ, щорічний світовий показник захворюваності на урогенітальний трихомоноз (УТ) становить близько 270 млн чоловік. В Україні реєструється в середньому близько 250 тис. випадків. За різними оцінками, поширеність трихомонозу в жінок фертильного віку коливається в межах 30%, а серед вагітних його виявляють в 0,98–40%. Приблизно 5% дітей, що народилися від інфікованих матерів, заражаються *Trichomonas vaginalis* інтранатально. В силу анатомо-фізіологічних процесів в період вагітності, пологів, а також вікових особливостей дитячого організму клінічні прояви не є надійними критеріями для верифікації діагнозу трихомонадної інфекції. Запорукою успішної діагностики трихомонази є поєднання різних методик, як класичних, так і альтернативних (мікроскопічний, культуральний, серологічний, методи молекулярної генетики).

Мета роботи: підвищити ефективність дерматовенерологічної допомоги вагітним і новонародженим з УТ шляхом оптимізації діагностики, прогнозування розвитку та перебігу захворювання.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 161 вагітна, з яких 88 – з трихомонадною інфекцією (30 – з моно- та 58 – зі змішаною); 102 новонароджених дівчаток віком до 7 днів життя, з яких 30 немовлят інфіковані *T. vaginalis*. Виявлення *T. vaginalis* здійснювали з використанням мікроскопічного та культурального методів (середовище СКДС) у вагінальних зразках.

Результати та висновки. *T. vaginalis* виявлено у 54,7% вагітних з акушерсько-гінекологічною патологією (з обов'язковим застосуванням культурального методу діагностики). У 85,6% хворих вагітних був встановлений хронічний перебіг захворювання. За складом урогенітальної мікрофлори 31,1% жінок хворіли лише на трихомоноз і 62,2% – мали асоціацію *T. vaginalis* з іншими інфекціями (*Candida albicans* – 14 (24,4%), *Ureaplasma urealyticum* – 10 (17,9%), *Gardnerella vaginalis* – 8 (14,3%), *Chlamydia*

trachomatis – 7 (12,5%), *Mycoplasma hominis* – 7 (12,5%), *Treponema pallidum* – 6 (10,7%), *Staphylococcus aureus* у концентрації більше ніж 10^4 КУО/см³ – 5 (8,9%). Скарги з боку уrogenітального тракту пред'являли 84,4% вагітних: виділення – 84,4%, відчуття свербіжу, печіння, дизурію – без суттєвої різниці між моно- та змішаною інфекцією. Патологію сечостатевого тракту відмічали у (84,4 ± 3,8)% вагітних, при цьому ендцервіцит, ерозію шийки матки та лейкоцитоз (вагінальні мазки) достовірно частіше діагностували в пацієнтів зі змішаною інфекцією ($p < 0,01$). Безсимптомний перебіг захворювання достовірно частіше діагностували у вагітних з моноінфекцією, ніж змішаною ($p < 0,01$). Обтяжливий перебіг такої вагітності на тлі УТ був установлений у (61,1 ± 5,1)% жінок, у тому числі в (80,3 ± 5,3)% пацієнтів зі змішаною інфекцією проти (35,7 ± 9,1)% з моноінфекцією ($p < 0,01$). За даними епідеміологічного анамнезу встановлено, що поширеність *T. vaginalis* серед новонароджених дівчаток, народжених матерями з акушерсько-гінекологічною патологією, становила (21,3 ± 3,2)%. На основі оцінки особливостей перебігу УТ у новонароджених дівчаток у ранній неонатальний період, зокрема, встановлено: у всіх дітей відсутність патологічних змін з боку уретри, незначну набряклість статевої губи і вульви, відносно великий розмір клітора, обтурацію входу в піхву густим слизом, у більшій половині – рясні слизові виділення сірувато-білого кольору, а також нагубання молочних залоз у 3 дівчаток. Під час мікроскопії вагінальних мазків у всіх дітей виявляли епітеліальні клітини, у третини немовлят – поодинокі лейкоцити, у двох дітей – поодинокі еритроцити, а також відмічалась кисла реакція (рН=3,8–4,5) вагінального секрету. Зазначені прояви з однаковою частотою зустрічалися як у дівчаток, інфікованих *T. vaginalis*, так і у здорових дітей. Нами було встановлено можливість інфікування *T. vaginalis* навколоплідних вод висхідним шляхом, а саме за умови морфо-функціональних порушень з боку амніотичних оболонок з розвитком хоріоамніоніту.

УДК [616.97:616.98:578.828.ВІЛ]-07-08-084:613.83

Особливості поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом, і ВІЛ-інфекції у споживачів психоактивних речовин

Мавров Г.І.^{1,2}, Щербакова Ю.В.^{1,2}, Осінська Т.В.¹¹ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»,² Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Вступ. На сучасному етапі глибокі соціально-економічні зміни в Україні створили умови для формування груп населення, уразливих щодо інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), і ВІЛ-інфекції. Одним з чинників, що визначає поширення ІПСШ в Україні, визнається широке поширення наркоманії, зокрема споживачів психоактивних речовин (СПАР). Проблему ІПСШ не можна відокремлювати від епідемії ВІЛ/СНІДу, оскільки ВІЛ-інфекція передається переважно статевим шляхом. Супутні ІПСШ збільшують вірогідність зараження ВІЛ через статевий контакт.

Мета дослідження: запобігання ІПСШ серед СПАР шляхом покращення медичної та соціальної допомоги на підставі клініко-епідеміологічних особливостей.

Матеріали та методи. Здійснено обстеження 869 СПАР віком від 18 до 52 років (чоловіків – 588, жінок – 281). Для тестування на ВІЛ та ІПСШ застосовували швидкі тести (СІТО-TEST, Pharmasco), а також полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР), ІФА, бактеріоскопічний та бактеріологічний методи.

Результати. Залежність від ПАР поєднується з ІПСШ та ВІЛ (78,4%), жінки схильні до більшого ризику (85,8%), ніж чоловіки (72,3%), у жінок гепатити В і С, сифіліс і ВПГ-2 асоційовані з наданням сексуальних послуг за винагородження і насильством з боку партнерів. Серед ІПСШ найчастішою є трихомонадна інвазія (у жінок – до 80%), мікоплазмоз (45,2%). Серед ПАР більшість становлять опіати (37%) та психостимулятори (34%). До 30% наркозалежних вживають дезоморфін, метадон, галюциногени та інші ПАР. Ін'єкційний шлях введення збільшує ризик зараження ВІЛ, однак спостерігається також високий відсоток ВІЛ-інфікованих серед неін'єкційних СПАР – 23%; більше того, частота бактеріальних ІПСШ у неін'єкційних наркозалежних осіб вища, ніж у СН, проте у СН частіше траплялися вірусні ІПСШ – гепатити В і С, ВПГ-інфекція (до 2/3 наркозалежних).

Висновки. Встановлено, що вживання ПАР поєднується з високим рівнем інфікування сифілісом, ВІЛ та іншими ІПСШ, причому жінки схильні до більшого ризику інфікування. Показано, що, хоча ін'єкційний шлях введення ПАР збільшує ризик отримання ВІЛ, спостерігається також високий відсоток ВІЛ-інфікованих серед неін'єкційних наркоманів, більше того, частота ІПСШ (окрім ВІЛ) у неін'єкційних наркоманів була вищою, ніж у споживачів ін'єкційних наркотиків. Серед СПАР переважають приховані форми сифілісу, мають місце супутні статеві захворювання (трихомонадоз, хламідіоз, мікоплазмоз, ВІЛ-інфекція).

УДК 616.517085.

Удосконалення комплексної терапії пацієнтів, хворих на псоріаз

Мельник В.В., Бондар С.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність. У наш час псоріаз продовжує лишатися актуальною медико-соціальною проблемою не лише за показниками захворюваності, а й через більш тяжкий прогресуючий перебіг хвороби, часто асоційований із захворюваннями органів, що містять сполучну тканину, та недостатню ефективність рекомендованої терапії. Це, в свою чергу, призводить до тимчасової непрацездатності, інвалідності, зниження якості життя пацієнта. Така проблема пояснюється відсутністю науково обґрунтованого етіопатогенетичного механізму розвитку цього дерматозу і, відповідно, тактики вибору специфічних підходів і засобів його лікування та профілактики.

Мета роботи. Розробити комплексний, патогенетично обґрунтований метод лікування хворих на псоріаз, що забезпечить би скорочення тривалості лікування, та обґрунтувати його клінічну ефективність з урахуванням корекції стану ендотоксикозу, явищ ендотеліальної дисфункції, прооксидантно-антиоксидантних порушень в організмі хворих.

Матеріали та методи. Під наглядом перебували 52 хворих на поширений псоріаз; з числа обстежених хворих жінок було 18 (34,6%), чоловіків – 34 (65,3%); вік – від 21 до 58 років. В процесі клініко-лабораторного обстеження виявлені зміни пов'язані з явищами ендотоксемії, пероксидації та ендотеліальної дисфункції у хворих на псоріаз. Для комплексного лікування хворих на псоріаз досліджуваної групи було призначено на додаток до традиційної терапії препарати еліміналь гель, альфа-ліпон і глутаргін. Після проведеного лікування протягом 3 тиж у хворих була відмічена позитивна динаміка показників ендотоксемії, пероксидації та ендотеліальної функції.

Висновки. Таким чином, запропонований комплексний метод лікування хворих набагато ефективніший і допоміг скоротити період терапії в стаціонарних умовах, подовжив період ремісії псоріазу в пацієнтів.

УДК 616.5:616.516:616.08:577.11:616-092

Дослідження рівня гомоцистеїну в крові хворих на червоний плоский лишай

Мельник Т. В., Бондар С. А., Наліжитий А. А.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Актуальність. Червоний плоский лишай (ЧПЛ) – хронічний мультифакторний дерматоз, частота якого в структурі патології шкіри становить від 0,78 до 2,5% усіх захворювань, серед хвороб слизової оболонки ротової порожнини – 35%. Велику зацікавленість багатьох дослідників викликає гіпергомоцистеїмія як фактор розвитку метаболічних і токсичних порушень при різній патології. На даному етапі роль гомоцистеїну в патогенезі ЧПЛ залишається недостатньо вивченою. В Україні такі дослідження не проводились. Саме тому автори досліджували роль гомоцистеїну як одного з патогенетичних аспектів розвитку ЧПЛ.

Мета роботи. Визначити патогенетичне значення рівня гомоцистеїну в периферійній крові хворих на ЧПЛ та його взаємозв'язок зі ступенем тяжкості дерматозу.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 95 хворих на ЧПЛ віком від 21 до 75 років з легким і середнім ступенем тяжкості хвороби. У 69 (72,6%) хворих діагностована папульозна (типова) форма, у 14 (14,7%) – гіпертрофічна, у 4 (4,2%) – пемфігоїдна, у 8 (8,4%) – пігментна. Контрольну групу становили 32 практично здорові людини віком від 21 до 65 років, які звернулись з приводу профілактичних оглядів.

Результати. Внаслідок проведених досліджень у хворих на ЧПЛ виявлено достовірне збільшення рівня гомоцистеїну – в 3,26 раза – порівняно з показниками осіб контрольної групи ($p < 0,001$). У хворих з легким ступенем ЧПЛ рівень гомоцистеїну становив $(10,89 \pm 0,3)$ мкмоль/л і достовірно відрізнявся від показників хворих з середнім ступенем тяжкості ЧПЛ – $(12,2 \pm 0,19)$ мкмоль/л та був меншим в 1,12 раза ($p < 0,001$).

Висновки. У хворих на ЧПЛ виявлено підвищення рівня гомоцистеїну та встановлено прямий кореляційний зв'язок зі ступенем тяжкості дерматозу. Отримані результати дають підстави для проведення наступних досліджень змін у стані прооксидантно-антиоксидантної системи та розробки патогенетично обґрунтованого комплексного лікування.

УДК 617.557: 616.56-008.811.1: 615.849

Лікування пахового гіпергідрозу за допомогою фракційної мікроголкової радіочастотної терапії

Муравська Л. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Паховий гіпергідроз – стан, який негативно впливає на якість життя пацієнта, зокрема на його соціальну, емоційну та професійну сфери. Для зменшення надмірного потовиділення з перемінним успіхом застосовують фармакологічні засоби та хірургічні методи лікування. Останнім часом для лікування пахового гіпергідрозу почали застосовувати фракційну мікроголкову радіочастотну терапію.

Мета роботи – вивчення ефективності та безпеки нової технології фракційної мікроголкової радіочастотної терапії в разі пахового гіпергідрозу.

Матеріали та методи. У період з серпня 2018 р. по червень 2019 р. 10 пацієнтам (5 жінок і 5 чоловіків) віком від 18 до 50 років з діагнозом пахового гіпергідрозу було проведено фракційну мікроголкову радіочастотну терапію на апараті DeAgeEx. Критерії включення в дослідження: гіпергідроз, який відповідав за шкалою тяжкості Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS) 3-му і 4-му ступеню. Індекс HDSS оцінювався на початку дослідження і через 3 тиж після кожної маніпуляції. Критерії виключення: алергічні реакції на йод; запальний процес в зоні лікування; планування вагітності; вагітність або годування груддю; попереднє хірургічне втручання з приводу пахового гіпергідрозу в останні 12 міс; пахові ін'єкції ботулінічного токсину типу А в останні 12 міс; онкологічне захворювання; наявність кардіостимулятора. Для визначення потовиділення проводили йод-крохмальний тест (тест Мінора). Всі відібрані пацієнти показали позитивний йод-крохмальний тест під пахвами з обох боків. Перед процедурою наносили крем-анестетик. Процедури проводили 1 раз на 3–4 тиж курсом 2–3 процедури.

Результати. Відразу після лікування у пацієнтів могли з'являтися почервоніння, болючість і набряк м'яких тканин у місці проведення маніпуляції, які регресували впродовж 1–2 тиж. Побічні ефекти не заважали повсякденній діяльності пацієнта. Всі 10 пацієнтів, які пройшли лікування пахового гіпергідрозу за допомогою фракційної мікроголкової радіочастотної терапії, відзначали зменшення потовиділення. Перед початком маніпуляцій у 5 (50%) пацієнтів ступінь гіпергідрозу дорівнював 4 за шкалою HDSS, у 5 (50%) пацієнтів – 3. Через 3 тиж після останньої процедури у всіх пацієнтів показники потовиділення, оцінені за шкалою HDSS, знизились до 1-го і 2-го ступеня, причому в 4 (40%) ступінь гіпергідрозу становив 1, у 6 (60%) – 2. У жодного з пацієнтів під час лікування та спостереження рецидивів не виявлено.

Висновки. Застосування технології фракційної мікроголкової радіочастотної терапії забезпечує безпечне, ефективне і довгострокове вирішення проблем, що виникають у пацієнтів з паховим гіпергідрозом.

УДК 616.53-008.811.1-092

Поширеність видів *Malassezia* spp. на шкірі хворих на себорейний дерматит

Одінцова І. В., Дюдюк А. Д.,

Поліон Н. М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Malassezia spp. – це ліпофільні гриби, які вважають частиною нормобіоти шкіри людини; вони зустрічаються у 75–98% здорових дорослих людей. Цей вид грибів є причиною *Pityriasis versicolor* та *Malassezia folliculitis*, також вони беруть участь у виникненні та розвитку таких поширених шкірних захворювань, як себорейний дерматит, псоріаз, atopічний дерматит та ін. У патогенезі себорейного дерматиту місце *Malassezia* spp. лишається до кінця не з'ясованим. Але є повідомлення про залежність між місцевим застосуванням кетоконазолу і зниженням кількості грибів *Malassezia* у вогнищах ураження та клінічним поліпшенням патологічного стану. На сьогодні загально визначеними патогенетичними факторами розвитку себорейного дерматиту

є гормональний дисбаланс, підвищена секреція сальних залоз, зміни колонізації і метаболізму мікробіоти шкіри (*Malassezia* spp.) та індивідуальна сприйнятливність.

Метою дослідження було виявлення видів *Malassezia* на шкірі волосистої частини голови 67 пацієнтів з себорейним дерматитом.

Матеріали та методи. Всіх хворих, які були під спостереженням, обстежували із застосуванням таких методів: огляд шкіри, мікроскопічні, бактеріологічні методи дослідження, загальний і біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі і облік суб'єктивних відчуттів пацієнта. В дослідження включали лише тих пацієнтів, які впродовж попередніх 2 міс не застосовували місцево або перорально антимікотичні препарати. Клінічна діагностика себорейного дерматиту базувалась на наявності еритематозно-сквамозних вогнищ ураження на відкритих ділянках шкірного покриву (обличчя, шия, голова), що супроводжуються вираженим свербінням.

Результати та висновки. Комплексне клініко-лабораторне обстеження дало змогу в 59 (88,1%) хворих на себорейний дерматит виявити *Malassezia* spp. Таким чином, високий відсоток виявлення *Malassezia* spp. у вогнищі ураження хворих на себорейний дерматит підтверджує припущення багатьох дослідників, що маласесейна інфекція певним чином впливає на виникнення та перебіг патологічного стану. Посилаючись на вищесказане, ми вважаємо, що в комплексному обстеженні хворих на себорейний дерматит необхідно проводити мікроскопічне і бактеріологічне обстеження зі встановленням особливостей мікробіоти та наступної адекватної її корекції.

УДК: 616.511, 616.53–008

Частота виявлення *Helicobacter pylori* у хворих на себорейний дерматит

Одінцова І. В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Себорейний дерматит – хронічний запальний дерматоз з частими загостреннями патологічного процесу, який характеризується еритематозно-сквамозними висипами в себорейних ділянках шкірного покриву, переважно на волосистій частині шкіри голови, та нерідко з наявністю різної інтенсивності суб'єктивних відчуттів. Актуальність себорейного дерматиту полягає в багатогранності етіопатогенетичних факторів захворювання, серед яких можна виділити особливості реагування організму на рівні різних органів і систем, зокрема травного тракту, нервової та ендокринної системи. *Helicobacter pylori* є найпоширенішою бактеріальною інфекцією людини. В епідеміології хелікобактерної інфекції мають значення географічні, соціально-економічні фактори, вік, професія тощо. Встановлено, що чим нижче соціально-економічний статус населення, тим вище ризик інфікування *H. pylori*. На нашу думку, *H. pylori* впливатиме на виникнення та перебіг такого хронічного дерматозу, як себорейний дерматит.

Мета дослідження: вивчення частоти хелікобактерної інфекції у хворих на себорейний дерматит.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 67 хворих на себорейний дерматит. Усім хворим було проведено комплексне клінічне, лабораторне, інструментальне обстеження, у тому числі спеціальні дерматологічні методи та прийом (визначення основних феноменів і ознак клінічних проявів), традиційні загальноклінічні методи (загальний і біохімічний аналіз крові). Також застосовували неінвазивні методи специфічної діагностики *H. pylori* (визначення специфічного антигену в копрофільтрах і дихальний уреазний тест), визначення антитіл класу IgG до *H. pylori* в крові людини методом ІФА.

Результати та висновки. Серед хворих на себорейний дерматит жінок було 30 (44,8%), чоловіків – 37 (55,2%). За віком: у віці 18–30 років – 12 (27,9%) і 16 (23,9%); 31–40 років – 10 (14,9%) і 13 (19,4%); 41–55 років – 8 (11,9%) і 8 (11,9%) відповідно. Скарги з боку травної системи були виявлені лише в 21 (31,3%) хворого. Комплексне обстеження 67 хворих на себорейний дерматит дало змогу в 48 (71,6%) виявити *H. pylori*.

Таким чином, серед хворих на себорейний дерматит переважали пацієнти у віці найбільшої соціальної та репродуктивної активності. Відсутність скарг з боку травної системи в 68,7% при виявленні *H. pylori* у 71,6% дає змогу рекомендувати залучення до комплексу обстеження хворих на себорейний дерматит методів, націлених на виявлення цієї інфекції з наступною адекватною санацією.

УДК 616.594.14–07–08

Місце надбрівної ульєритими серед дискератозів і рубцевих алопецій

Петренко А. В.

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

Рубцеві алопеції притаманні захворюванням, які супроводжуються деструкцією волосяних фолікулів і формуванням фіброзної тканини. За сучасною класифікацією розрізняють рубцеві алопеції та такі, що рубцюються. При первинній алопеції, що рубцюється, головним є запалення у фолікулі, а при вторинній рубцевій алопеції фолікул виступає «безневинним свідком» патологічного процесу та неспецифічних руйнувань. До першої групи можна віднести епілюючий фолікуліт голови, підриваючий фолікуліт потилиці, променевий дерматит, трихофітію та мікроспорію інфільтративно-нагнійні, фавус. До другої групи належать такі захворювання, як псевдопелада, бляшкова та системна склеродермія, червоний вовчак, червоний плоский лишай, пемфігоїд, що рубцюється, надбрівна ульєритема.

Надбрівна ульєритема – особлива форма волосяного кератозу (син.: пілярний кератоз Брока, фолікулярний атрофічний кератоз обличчя, *ulerythema ophryogenes*). Надбрівну ульєритему відносять до спадкових захворювань кератинізації, при якому встановлений не лише спосіб спадкування – автосомно-домінантний, а й uszkodжений генетичний локус – 18p11.2. Захворювання починається в ранньому дитинстві, вперше спостерігається у дітей у віці від 4 до 16 років, уражує переважно латеральну третину брів, шкіру перед вухами, бокові поверхні щік. На бокових поверхнях щік виникає еритема, на тлі якої згодом з'являються міліарні папули, які призводять до атрофії. Прогресування атрофії призводить до алопеції брів і вій. Шкіра обличчя еритематозна, зерниста при пальпації, нагадує «здоровий рум'янець», що залишається на все життя. Проявляється процес міліарними поверхневими папулами, загальним помірним почервонінням і поверхневим лущенням ураженої ділянки. Часто висип поєднується з волосяним лишаєм на кінцівках. Поступово настає стійке випадіння волосся на зовнішній третині брів. Слід відзначити, що хворі частіше звертаються зі скаргами на постійне почервоніння щік, а не на фолікулярний кератоз (шкіра шорстка на дотик) та порідіння брів. Саме почервоніння викликає занепокоєння та депресію у підлітків, які чують жарти однолітків щодо свого постійного «рум'янця».

Прискіпливий огляд дерматолога допомагає встановити діагноз. Так збіглося, що за останні півроку у нас на консультації було 4 хворих віком від 14 до 25 років чоловічої статі з класичною клінікою надбрівної ульєритими. Саме з приводу яскравого почервоніння обличчя вони звернулись на консультативний прийом. Два хлопця звертались до косметологічної клініки, де їх лікували як хворих на акне без терапевтичного успіху. До рекомендацій ведення цих хворих входять кератолітики, топічні ретиноїди, топічні або внутрішньовогнищеві кортикостероїди, оральні антибіотики. Виходячи з нашого досвіду, в разі вираженого загострення процесу з почервонінням шкіри слід на короткий проміжок часу (не довше 1 тиж) призначити топічні кортикостероїди, потім, за необхідності, використовувати примочки, препарати кальциневрину. Але головним чином в постійній терапії надбрівної ульєритими виправдовує себе використання кремів з умістом сечовини, що дає змогу зменшувати явища домінуючого процесу – фолікулярного кератозу.

УДК 618–022

Мікробіологічний склад слизової оболонки піхви у хворих на бактеріальний вагіноз

Поліон Н. М., Дюдюк А. Д.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Бактеріальний вагіноз (БВ) є одним з найпоширеніших захворювань жіночих статевих органів, при якому не виявляють такі патогенні збудники, як *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida albicans*. Більша частина дослідників розглядає БВ як стан вагінального дисбактеріозу без ознак запалення слизової оболонки піхви, при якому відбувається елімінація лактобацил і колонізація піхви строгими анаеробами. БВ разом з трихомоніазом і кандидозом відносять до однієї з провідних причин патологічних виділень у жінок дітородного віку.

Встановлено пряий зв'язок БВ з несприятливим перебігом вагітності. Так, частота післяпологового ендометриту в породіллях в разі БВ збільшується в 3 і більше разів. Проникнення і розмноження умовно-патогенних мікробів в навколоплідних водах призводить до мимовільних викиднів і передчасних пологів. Багато нез'ясованих питань етіології та патогенезу БВ створюють певні труднощі під час встановлення діагнозу та проведення лікування. Дуже складно, а іноді неможливо диференціювати причину виникнення захворювання від його наслідку. Очевидно, це обумовлено тим, що виникнення і розвиток патологічного процесу є сукупністю безлічі складових, значна частина з яких до кінця не вивчена. Встановлення діагнозу БВ базувалося на клініко-лабораторних даних, вивченні анамнезу, виключенні наявності безумовно патогенних збудників (*T. vaginalis*, *N. gonorrhoeae*, *C. albicans*), реальному аналізі складу мікробіоти слизової оболонки піхви. Знання кількісного та якісного складу мікроорганізмів у хворих на БВ дає змогу лікарям обґрунтовано планувати та проводити комплекс медичних заходів, направлених на санацію мікробних агентів і лікування хворого.

Мета дослідження – вивчення мікробного складу слизової оболонки піхви у хворих на БВ.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 87 хворих на БВ. За допомогою мікроскопічного дослідження вагінального вмісту в усіх обстежуваних знайдені «ключові» клітини. Позитивний аміний тест виявлений у 84 (96,5%) пацієнток. Дисбіоз слизової піхви в обстежуваних хворих характеризувався різким зниженням кількості або повною відсутністю лакто- і біфідобактерій, рясним поліморфізмом грампозитивної та грамнегативної паличкової та кокової мікробіоти. За допомогою ПЦР у режимі реального часу з використанням набору реагентів «Фемофлор» визначали загальну бактеріальну масу.

Результати. У 62 (71,4%) хворих на БВ встановлено анаеробний дисбаланс, зумовлений анаеробними мікроорганізмами: *Gardnerella vaginalis*; *Prevotella bivia*; *Atopobium vaginae*; *Eubacterium* spp.; *Leptotrihia* spp.; *Fusobacterium* spp.; *Veilonella* spp.; *Lachnobacterium* spp.; *Clostridium* spp.; *Mobiluncus* spp.; *Corynebacterium* spp.; *Peptostreptococcus* spp.; у 25 (28,7%) – змішаний дисбаланс, обумовлений поєднанням анаеробної та аеробної (*Enterobacteriaceae*, *Streptococcus* spp. і *Staphylococcus* spp.) мікробіоти, а також мікоплазм і грибів роду кандиди в діагностично значимих кількостях. Рівень умовно-патогенних мікроорганізмів у хворих на БВ відповідав у 34 (39,1%) – помірного та в 53 (60,9%) – вираженому дисбалансу.

Висновки. Таким чином, виявлені зміни кількісного та якісного складу мікробіоти слизової оболонки піхви у хворих на БВ дають змогу обґрунтовано планувати та проводити комплексну етіопатогенетичну терапію з контролем ефективності проведеного лікування та наступного диспансерного нагляду.

УДК 616. 517–085

Застосування методу тезиграфії при псоріазі

Пуришкіна О. Д., Головченко Д. Я., Сологуб Л. В.

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Вступ. Псоріаз – хронічне захворювання невідомої етіології, що має обмежену кількість доказових лабораторних методів діагностики. Тому розробка нових методів діагностики, особливо тих, що можуть бути застосовані для оцінки ефективності лікування, є актуальним. Упродовж останніх 20 років в медицині не згасає зацікавленість до кристалографічних досліджень біологічних субстратів хворих. Кристалографія крові, сечі, жовчі, спинномозкової рідини та ін. дає змогу швидко і достовірно встановлювати діагноз і оцінювати ефективність лікування, в тому числі із застосуванням фізичних факторів (застосування міліметрового випромінювання надвисокої частоти при екземі).

Мета: оцінити ефективність УФ-опромінення для лікування псоріазу в стаціонарній стадії за допомогою кристалографічного методу дослідження сироватки крові хворих.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 23 хворих віком від 21 до 65 років (18 – чоловіків, 5 – жінок) з діагнозом: дисемінований псоріаз, стаціонарна стадія, бляшкоподібна форма, зимовий тип. Тривалість захворювання коливалась від 2 до 40 років. Усі хворі отримували лікування апаратом УФ-В (311 нм) з експозицією опромінення індивідуально, згідно з біодозою, усього 7–10 процедур на курс лікування. Також хворі отримували місцеве лікування 2% саліциловою маззю. До та після лікування всім хворим проводили кристалографічне дослідження сироватки крові в кількості 2 мл методом тезиграфії з використанням спиртового розчину двошвалентної хлорної міді. Визначали початок кристалізації – t_1 , час від її початку до закінчення – t_2 , загальний час кристалізації – $t_{\text{зар}}$, коефіцієнт кристалізації – $K_{\text{кр}}$, відношення $t_{\text{зар}}$ до t_1 (у хв). Для порівняння було вивчено процес кристалізації у 12 донорів без будь-яких захворювань шкіри.

Результати. При псоріазі до початку лікування показники кристалізації дорівнювали: $t_1 - (170 \pm 15)$, $t_2 - (50 \pm 6)$, $t_{\text{зар}} - (220 \pm 10,5)$, $K_{\text{кр}} - (1,35 \pm 0,001)$ (при $p < 0,05$). В контролі тезиграфії показники сироватки крові дорівнювали: $t_1 - (145 \pm 8)$, $t_2 - (170 \pm 8,5)$, $t_{\text{зар}} - (315 \pm 11,0)$, $K_{\text{кр}} - (2,2 \pm 0,002)$ ($p < 0,005$). Після лікування з використанням УФ-опромінення на тлі значного клінічного покращення інфільтрація бляшок значно зменшилася, деякі невеликі папули та бляшки розсмокталися, лущення було незначним – відмічалася тенденція до нормалізації кристалографічних показників: $t_1 - (160 \pm 12)$, $t_2 - (110 \pm 10)$, $t_{\text{зар}} - (270 \pm 9)$, $K_{\text{кр}} - (1,62 \pm 0,09)$ ($p < 0,05$).

Висновки. Використання тезиграфії дає змогу контролювати ефективність терапії псоріазу з використанням фізіотерапевтичних – УФ-опромінення – методів.

УДК 616092+616.5

Розацеа у дітей

Пуришкіна О.Д., Головченко Д.Я., Сологуб Л.В.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Вступ. Розацеа, як хронічний запальний дерматоз, що локалізується на шкірі обличчя, вражає переважно осіб дорослого працездатного віку. Перші прояви дерматозу спостерігають, як правило, в 30–40 років, а повна клінічна картина формується у 40–50 років. При цьому жінки починають хворіти на розацеа в молодшому віці, ніж чоловіки. Також в літературі описані випадки розвитку розацеа в дитячому віці.

Мета – проаналізувати захворюваність на розацеа у дітей віком 13–17 років для своєчасного встановлення діагнозу та підвищення ефективності лікування.

Матеріали та методи. Було обстежено на захворювання, що локалізуються на шкірі обличчя, 240 дітей віком від 13 до 17 років. Серед них дівчат – 89 (37,5%), хлопців – 151 (62,5%).

Результати. Серед обстежених виявлено ураження шкіри обличчя у 86 хлопців (35,8%) та 32 дівчат (13,3%), що становить 53,3% серед осіб чоловічої статі та 36% серед осіб жіночої статі. У всіх дівчат і 84 хлопців було діагностовано вугрову хворобу з наявністю поверхневих і глибоких акне з локалізацією на шкірі лоба, щік, підборіддя, відкритих і закритих комедонів на тлі жирної себореї. У 11 (12,8%) хлопців акне розташовувалися на шкірі спини, шиї, грудей. У 2 з 86 (2,3%) хлопців віком 13 і 14 років висипання на обличчі характеризувалися еритемою в центральній зоні обличчя та ділянці лоба, щік, підборіддя, носа папул, поверхневих пустул і везикул, поодиноких телеангіектазій. При лабораторному обстеженні у них було знайдено кліщ *Demodex folliculorum*. У 48 хворих з акне при обстеженні на кліщ *D. folliculorum* результати були негативними. Анамнестично у них з 6–7 років виявлено хронічні захворювання травного тракту – гастрит, холецистит, панкреатит. Лікувалися у гастроентеролога з позитивними результатами.

Останнім часом пацієнти скаржилися на погіршення стану шкіри обличчя – з'являлися нові висипання у вигляді акне, фолікулітів, у зв'язку з чим вони звернулися в клініку. Було призначено лікування: еглоніл (кап. 200 мг 1 раз на день, 4 тиж), що регулює стан вегетативної нервової системи та покращує мікроциркуляцію, лоратадин (1 таб. на день, 10 днів), метронідазол місцево (крем Розамет двічі на день, 3 міс), а також Дерива-С, водний гель (двічі на добу, 1–2 міс) та рекомендовано уникати нервово-психічного перенавантаження, стресів та інсоляції, інтенсивних занять спортом. Після проведеного лікування відмічено покращення стану обличчя: відсутність еритеми, зменшення кількості висипань на 70%. Позитивний результат терапії спостерігався протягом 6 міс, впродовж цього часу рецидиви захворювання не виникали.

Висновки. У дітей в підлітковому віці з запальними захворюваннями шкіри обличчя поширеність розацеа, за нашими даними, становить 2,3%. Своєчасне встановлення діагнозу та призначення патогенетичної терапії дає змогу досягти клінічного покращення стану.

УДК 616.5–002.828–02: 616.992.282]-06:616.379–008.65

Взаємозв'язок поширеності цукрового діабету у хворих на поверхневий кандидоз із тяжкістю перебігу дерматозу

Рудник Т.І., Туркевич С.А., Іванюшко-Назарко Н.В., Зайченко Я.О.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Вивчення поширеності цукрового діабету (ЦД) у хворих з кандидозними ураженнями має важливе значення з багатьох причин: по-перше, відсутні дані про зв'язок виникнення кандидозних порушень з ЦД; по-друге, для планування заходів з вторинної профілактики ЦД необхідні дані про частоту цієї патології у хворих з кандидозними ураженнями; по-третє, дані про частоту порушення толерантності до глюкози (ПТГ) у хворих з кандидозом шкіри та слизових необхідні для планування заходів з первинної профілактики.

Мета – встановити взаємозв'язок поширеності ЦД у хворих на поверхневий кандидоз з тяжкістю перебігу дерматозу.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 103 пацієнти з кандидозом шкіри з різними ступенями тяжкості, з яких 38 пацієнтів – з легким ступенем, 40 – середньої тяжкості та 24 – тяжким ступенем ураження, а також 20 практично здорових людей. Наявність порушення вуглеводного обміну можна було виявити за показниками концентрації глюкози в крові. Отже, спочатку всім хворим до лікування визначили рівень глюкози натще для виявлення ЦД. Дослідження рівня глюкози в крові дає інформацію про глікемію за останні 10–15 хв. Збір крові проводили натще (голодування не менше 8 год), у ранкові години до прийому медикаментів. Нормальний рівень глікемії в здорових людей натще коливався в межах 3,3–5,5 ммоль/л, а впродовж доби – від 4 до 8–9 ммоль/л залежно від функціонального стану органів і систем та вживання продуктів харчування.

Результати. Дослідження показують, що в практично здорових осіб рівень глюкози натще був у межах норми. В групі хворих з легким ступенем ураження показники глікемії натще були $(3,80 \pm 0,02)$ ммоль/л, у межах норми; у групі хворих з середнім ступенем тяжкості – $(3,93 \pm 0,03)$ ммоль/л, у межах норми; у групі хворих з тяжким ураженням – $(6,38 \pm 0,20)$ ммоль/л. У 14 хворих був ЦД, який виявлений також з анамнезу.

Висновки. Таким чином, дані показують, що поширеність ЦД у хворих з кандидозними ураженнями збільшується в залежності від тяжкості ураження. Встановлена кореляційна залежність між збільшенням показників глікемії натще (збільшення частоти ЦД) і тяжкістю кандидозних уражень.

УДК 616.53–002–085+615.37

Метаболічні зміни в лейкоцитах периферійної крові в пацієнтів з середнім ступенем тяжкості вугрової хвороби

Свирид-Дзядикевич О.С., Свирид С.Г.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Вступ. Вугрова хвороба (акне) займає одну з домінуючих позицій в структурі хронічних рецидивних дерматозів. Чільне місце в патогенезі вугрової хвороби посідає імунна система. Зокрема, такі прозапальні чинники, як інтерлейкін-1 α (IL-1 α), IL-1 β , IL-8, фактор некрозу пухлин- α (TNF- α), впливаючи на стінку сально-волосяного фолікула, активують процеси кератинізації, тим самим роблячи суттєвий внесок

у реалізацію фолікулярного гіперкератозу. Концентрація ІЛ–Іα в ділянках відкритих комедонів у декілька разів вища, ніж у зонах інтактної шкіри. Ця сполука активує явища гіперкератозу шляхом прямої стимуляції специфічних рецепторів на кератиноцитах та індукує вивільнення судинного ендотеліального фактору росту білка, що зв'язує ретиноеву кислоту. Крім того, з'ясовано, що *Propionibacterium acnes* продукує вазоактивні аміни, подібні до гістаміну, котрі посилюють запалення. Прозапальні цитокіни, активуючи фермент циклооксигеназу, трансформують арахідонову кислоту на потужний медіатор запалення – лейкотрієн V_4 , котрий, в свою чергу, стимулює клітини Лангерганса, нейтрофіли, Т-лімфоцити, моноцити та еозинофіли з наступним вивільненням ними гідролітичних ферментів і монооксиду азоту. Таким чином, запускається каскад імунологічних реакцій. Це сприяє руйнуванню стінки сальної залози та, відповідно, виходу її вмісту в дерму, обумовлюючи клінічні прояви патологічного процесу у вигляді появи папул, пустул, вузлів і кист. Однак набагато менше уваги приділено вивченню стану неспецифічної резистентності, зокрема клітин периферійної крові, які її реалізують.

Мета роботи. Дослідити стан метаболічних процесів у лейкоцитах крові хворих на вугрову хворобу та визначити перспективність підвищення ефективності лікування.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 30 пацієнтів з середнім ступенем тяжкості вугрової хвороби (16 жінок і 14 чоловіків віком від 13 до 38 років). Визначали вміст фосфоліпідів і глікогену в нейтрофілах і моноцитах периферійної крові. Групу контролю становили 20 здорових осіб, відповідних за статтю та віком. Рівень фосфоліпідів визначали за допомогою реакції суданофільного фарбування, а глікогену – шляхом PAS-реакції. Результати оцінювали за допомогою середнього цитохімічного коефіцієнта (СЦК). Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням комп'ютерної програми Microsoft Excel 2000.

Результати. Встановлено, що в спостережуваних хворих відбувається вірогідне зменшення вмісту фосфоліпідів у клітинах периферійної крові. Зокрема, в нейтрофілах СЦК=(1,72±0,10) (у осіб групи контролю СЦК=(2,34±0,07); $p<0,05$), а в моноцитах СЦК=(0,87±0,08) (у осіб групи контролю СЦК=(1,19±0,06); $p<0,05$). Дещо інакше зміноювалися рівні глікогену. Так, якщо в нейтрофілах реєстрували вірогідне пригнічення вмісту цього метаболіту – СЦК=(1,76±0,12) (у осіб групи контролю СЦК=(2,31±0,08); $p<0,05$), то в моноцитах, навпаки, зростання – до СЦК=(1,13±0,05) (у осіб групи контролю СЦК=(0,70±0,03); $p<0,05$). Аналіз взаємозв'язку змін зазначених метаболітів засвідчив його вираженість. Зокрема, стосовно фосфоліпідів $r=+0,82$, а глікогену $r=-0,61$. Оскільки фосфоліпід виконує функцію інтрацелюлярного «будівельного каркасу», то отримані дані відображають порушення структурної цілісності гемосолемених периферійної крові, що належать як до а-, так і гранулоцитарних субпопуляцій, що свідчить про розгалужений характер розладів.

Дисбаланс вмісту глікогену ілюструє перерозподіл енергетичних можливостей клітин. Враховуючи, що цей метаболіт забезпечує їх реалізацію, то зменшення його рівня в нейтрофілах слід розглядати як певну недостатність функціонального стану цих гранулоцитів, котра частково компенсується зростанням активності моноцитів. Це доводить досить високий ступінь асоційованості змін вмісту глікогену. Отже, встановлена спорідненість односпрямованості порушень рівнів фосфоліпідів і різновекторність відхилень глікогенного потенціалу в нейтрофілах і моноцитах периферійної крові свідчить про певний поліморфізм метаболічних розладів у пацієнтів з вугровою хворобою.

Висновки. У пацієнтів з середнім ступенем тяжкості вугрової хвороби відзначається певний поліморфізм метаболічних зрушень у лейкоцитах периферійної крові. Це доцільно враховувати під час вибору терапевтичної тактики, зокрема вибору засобів метаболічної дії.

УДК616.53–002–085:611.1:576.31

Комплексне лікування еритематозно-телеангіектатичної форми розацеа із застосуванням ірл-терапії

Святенко Т.В., Старостіна О.А.

ДЗ «Державна медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Актуальність. В більшості випадків неможливо отримати виражений та стійкий регрес проявів розацеа із застосуванням лише медикаментозної терапії, наявність множинних телеангіектазій найчастіше потребує застосування апаратних методів у комплексному лікуванні еритематозно-телеангіектатичної форми розацеа (ЕТФР).

Мета роботи – вивчити ефективність і безпечність використання інтенсивного імпульсного світла в комплексній терапії хворих на ЕТФР, відстежити віддаленні результати терапії.

Матеріали та методи. В клінічному дослідженні брали участь 50 жінок, хворих на ЕТФР. Хворі були поділені на 2 групи: група спостереження (25 жінок) з ЕТФР, яким було проведено лікування з використанням перорально доксицикліну в дозі 50 мг на добу протягом 6 тиж. Місцево призначався гель з азелаїновою кислотою 15%, 1 раз на добу, на ніч, протягом 8 тиж, а також 1% крем пімекролімусу як засіб, що пригнічує VEGF, – перші 8 тиж – вранці, далі – двічі на добу до 16 тиж. Крім того, застосовували систему інтенсивного імпульсного світла ІРЛ з довжиною хвилі 560–1200 нм, імпульсом 22–26 Дж/см², з проведенням процедур 1 раз на місяць, 2–4 сеанси на курс, починаючи з 7-го тижня лікування. Середня кількість процедур ІРЛ в групі спостереження становила 3,48±0,14. Також з першого дня лікування і до 16-го тижня хворим досліджуваної групи призначався ангіопротектор детралекс по 1 таблетці двічі на добу. У групі порівняння внутрішньо застосовували доксициклін у дозі 50 мг 1 раз на добу протягом 6 тиж, місцево призначали гель з азелаїновою кислотою 15%, 1 раз на добу протягом 8 тиж, а також 1% крем пімекролімусу – перші 8 тиж – вранці, далі – двічі на добу до 16 тиж. Ефективність запропонованого комплексу оцінювали за клінічними показниками на 16-му тижні та динамікою змін дерматологічного індексу якості життя (ДІЯЖ) у порівнянні з показниками до лікування, також оцінювали віддаленні результати після 12 міс спостереження.

Результати. Лікування хворих за запропованою методикою дало змогу досягти клінічного одужання у 84% хворих. У групі порівняння таких результатів вдалося досягти лише в 6 (24%) випадках ($p<0,001$). Аналіз динаміки показників ДІЯЖ у спостережуваних хворих після комплексного лікування із застосуванням ІРЛ засвідчив їх суттєве поліпшення у повній відповідності до регресу або покращення клінічних показників. Середній показник ДІЯЖ у хворих з ЕТФР, які отримували запроповану терапію, зменшився з (20,00±0,82) до (6,24±0,65) бала, тобто на 68,8% ($p<0,001$). Після проведеного лікування в групі спостереження бальна оцінка за шкалою ДІЯЖ була вдвічі меншою (на 49,5%), ніж у групі порівняння ($p<0,001$). Завдяки лікуванню за запропованою методикою вдалося досягти стійкої ремісії впродовж 1 року у 83,4% жінок в досліджуваній групі, що вдвічі перевищує показники стійкої ремісії в контрольній групі.

Висновки. Отже, доведено, що комплексне лікування жінок, хворих на судинну форму розацеа, із застосуванням системи інтенсивного імпульсного світла ІРЛ є високоєфективним і може використовуватись у лікувальних дерматологічних і косметологічних установах з метою зменшення клінічних проявів, покращення якості життя та отримання стійкої ремісії після проведеної терапії.

УДК 616.5–06:616–009]:577.1

Biochemical markers of neurological disorders during the skin diseases

Syzon O. O., Bilynska O. O., Babak I. D., Dashko M. O., Levytska I. M

Danylo Halatsky Lviv National Medical University

Actuality. The skin, because of its relationship with the nervous system, constitutes a neuroimmunoendocrine organ. The communication between sensory neurons and skin cells involves a variety of molecules (neuropeptides, neurohormones, and neurotrophins) and their specific receptors

expressed by both neuronal and nonneuronal skin cells. The activity of neuropeptides in the inflammation of the skin can be observed in the form of erythema, edema, hyperthermia and pruritus. Modern medical science has revealed skin biochemical markers of neurogenic origin, which influence the pathogenetic processes during the skin diseases.

The objective: to study literary sources that contain data on biochemical markers of neurological disorders during the skin diseases.

Materials and methods. The search of literary sources was carried out in the systems of Pubmed, Medical Lab, Imedic, disserCat, Vernadsky library for the period from 2000 to 2019.

Results. The severe course of psoriasis is characterized by disbalance between excitatory and inhibitory mechanisms with signs of defective protective inhibition. Insufficiency of brake GABA-protective mechanisms on the background of increasing of excitatory aminoacids causes the severity of the course of psoriasis. The activity of transient receptor potential vanilloid receptor 1 (TRP-V1) is associated with the neurogenic inflammation. In inflammatory processes, the neuro-immuno-cutaneous system undergoes activation, which is responsible for triggering and maintaining the inflammatory conditions, both in the healthy skin as well as in the pathological conditions, like psoriasis. Neuropeptides (vasoactive intestinal peptide or VIP, calcitonin gene-related peptide or CGRP, substance P or SP) increased fibroblasts and keratinocytes proliferation and act on the expression ratio between collagen type I and type III in favor of collagen I.

Neuropeptides, like substance P (SP) and calcitonin gene-related protein (CGRP), are produced by sensory nerves in the dermis; they induce mast cells to release vasoactive amines that facilitate infiltration of neutrophils and T-cells. Mas-related G protein-coupled receptors and transient receptor potential vanilloid 4 are crucial for the generation of skin diseases like rosacea, while SP, CGRP, somatostatin, β -endorphin, vasoactive intestinal peptide, and pituitary adenylate cyclase-activating polypeptide can modulate the immune system during psoriasis development. The increased level of SP, in atopic dermatitis, induces the release of interferon (IFN)- γ , interleukin (IL)-4, tumor necrosis factor (TNF)- α , and IL-10 from the peripheral blood mononuclear leukocytes.

Conclusions. The use of biochemical markers of the nervous system makes it possible to improve the diagnosis of skin diseases. Thanks to this knowledge, it is possible to determine new ways of treatment of cutaneous inflammatory diseases associated with the neurosystem.

УДК 616.53–002.25–06:613.2]-092

Food factors in pathogenesis of acne

Syzon O.O., Dashko M.O., Voznyak I.Y., Levytska I.M.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Introduction. Acne is one of the most common dermatological diseases. It may have a chronic course, leaving permanent marks, and in last years has been tending to have more and more severe clinical course with widespread skin lesions. According to recent studies, the development of acne is due to the combined effect of endogenous and exogenous factors. Acne is a very common skin condition that affects approximately 9.4% of the population worldwide (mostly adolescents and young adults). Nutritional therapy as an additional clinical method is not new, although the information in scientific evidence investigating the influence of diet on acne development is quite controversial.

The objective of our study is to explore the association between certain dietary factors and acne severity based on our own research results as well as most recent scientific regarding the same problem.

Materials and methods. Patients with the diagnosis of mild-moderate to severe acne participated in self-reported questionnaire designed during for the study.

Results. A total of 83 patients with acne responded to questionnaires in clinic. The average age of patients was 16 years (13–20 years; including 56 female and 27 male). Patients overwhelmingly believed that diet could affect acne: only 5 (6,02%) of 83 patients believed that diet had no effect on acne. The dietary items which are most frequently implicated to worsen acne included high calorie products (35%), fried, greasy foods (30%) and chocolate (25%). Other responses included dairy products (5%) and salty food (5%). The results of questionnaire of Ukrainian patients correlate with world tendency. Products with high glycemic index are believed to exacerbate the acne vulgaris. Excessive consumption of carbohydrates leads to hyperinsulinemia. Insulin stimulates androgens and increases the level of insulin-like growth factor 1 (IGF-1). This leads to hyperkeratosis and increasing sebum production that together contributes to pore clogging. Which is proved by questioned patients in our survey. The link between dairy intake and acne severity is still highly debatable. Milk is believed to influence the acne by increasing insulin and IGF-1 levels. In addition it may contain hormones that can contribute to the comedogenicity of milk. However the majority of studies had a number of limitations. Our questionnaire cannot prove this information. It is considered that chocolate may affect acne severity. One study found that eating chocolate consumption makes immune system more sensible to acne-causing bacteria. A total of 25% of our study participants choose chocolate to be the most acne-causing product.

Conclusion. Thus, influence of diet on severity of acne vulgaris still requires a lot of research but association between diet and acne has been found and can be used in treatment of the disease. Self-reported questionnaire of patients with acne shows that there is a link between certain products and severity of disease. High glycemic load, high fat and calorie uptake do affect the course of acne, while the role of dairy products in exacerbation has to be additionally studied.

УДК 616–056.3:541.183

Вплив пеніциліну та цефтріаксону *in vitro* на сорбційну здатність еритроцитів хворих на лікарську хворобу

Солошенко Е.М., Кондакова Г.К., Семко Г.О., Шевченко З.М., Ярмак Т.П.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ»

Вступ. Останніми роками за даними експериментальних і клінічних досліджень стало відомо, що еритроцити залучаються до патологічного процесу при хворобах різного генезу, а їхня структура і функції зазнають серйозних змін, особливо сорбційна здатність еритроцитів (СЗЕ). У хворих з лікарською хворобою (ЛХ) такі дослідження не проводили, незважаючи на їх можливість перспективність при розробці способу діагностики.

Мета. В експерименті оцінити вплив лікарських засобів на СЗЕ хворих на ЛХ.

Матеріали та методи. Під наглядом перебували 69 хворих на ЛХ. Всі хворі були розподілені на 2 групи з ІgЕ-залежним (22 хворих, P1 і C1) і ІgЕ-незалежним (47 хворих, P2 і C2) механізмом, де P1 – підгрупа хворих з ІgЕ-залежним механізмом, до еритроцитів яких в дослідні зразки додавали пеніцилін P1, а C1 – аналогічна підгрупа, до еритроцитів яких додавали цефтріаксон C1. Відповідно, P2 і C2 – підгрупи хворих з ІgЕ-незалежним механізмом, до еритроцитів яких у дослідні зразки додавали пеніцилін P2 і цефтріаксон C2. Контрольну групу становили 49 практично здорових осіб. СЗЕ оцінювали за ступенем поглинання барвника (метиленовий синій) еритроцитарною масою. Для порівняння двох залежних вибірок (Two-Related-Samples

Test) СЗЕ застосовували непараметричний метод Уїлкоксона. Виявлену різницю позначали величиною z , на підставі якої розраховували ймовірність помилки p . При статистичних розрахунках використовували ППП SPSS (version 19).

Результати. На підставі аналізу результатів експерименту виявлена тенденція до зниження показника СЗЕ в групах хворих, в дослідні зразки яких до еритроцитів додавали пеніцилін (P) і цефтріаксон (C) у порівнянні з групою контролю (K). Крім того, окремо проводили порівняння стану СЗЕ групи контролю (K) з підгрупами P1 і C1 (хворі на ЛХ з IgE-залежним механізмом, з підвищеним вмістом IgE), а також з підгрупами P2 і C2 (хворі на ЛХ з IgE-незалежним механізмом, з нормальним вмістом IgE). Вірогідна різниця між контрольними зразками (з фізіологічним розчином) і дослідними (з пеніциліном) у хворих на ЛХ з IgE-залежним і IgE-незалежним механізмом не встановлена. Водночас у випадках додавання в дослідні зразки еритроцитів цефтріаксону (група C, підгрупи C1 і C2) встановлено вірогідну різницю показників, що характеризують стан СЗЕ між контрольними і дослідними зразками в обох групах хворих на ЛХ з IgE-залежним і IgE-незалежним механізмом.

Висновки. На підставі експериментальних досліджень можна стверджувати, що при розвитку сенсibiliзації під впливом ЛЗ змінюється СЗЕ. Встановлена вірогідна різниця показників між контрольними і дослідними зразками в обох групах хворих на ЛХ з IgE-залежним і IgE-незалежним механізмом у випадках інкубації зразків еритроцитів з цефтріаксоном. Виявлені зміни СЗЕ в дослідних зразках під впливом ЛЗ у порівнянні з контрольними зразками (без ЛЗ) стали підставою для обґрунтування способу діагностики ЛХ і продовження наступних досліджень з метою розробки способу етіологічної діагностики ЛХ.

УДК 616.002: 677.02.001: 675.01

Структура кожної захворюваності среди рабочих предприятий кожевенной промышленности Украины

Солошенко Э.Н.¹, Кугаевская Н.В.², Рощенко Л.В.^{2,3}, Воронцов В.М.³

¹ ГП «Институт дерматологии и венерологии НАМНУ»

² Харьковский национальный медицинский университет

³ Областной клинический кожно-венерологический диспансер № 1, Харьков

Введение. Кожевенная промышленность среди всех отраслей легкой промышленности Украины является одной из наиболее перспективных. Натуральная кожа продолжает вырабатываться на 10 кожевенных заводах Украины, где работает значительный контингент работающих, на которых в процессе их производственной деятельности действует множество факторов (метеорологические, физические, химические, тяжелый физический труд), оказывающих вредное влияние на организм. Между тем, как свидетельствует анализ современного состояния научных исследований в данной отрасли, этот вид производства еще не стал объектом комплексных клинических и санитарно-гигиенических исследований, которые включали бы изучение условий труда с учетом особенностей технологического процесса и многообразия вредных производственных факторов, а также оценки токсических свойств используемых химических соединений. Если же учесть, что в современном кожевенном производстве продолжают внедряться новые технологические процессы, возрастать химизация производства, главным образом, на стадии обработки и отделки кожевенного полуфабриката за счет расширения ассортимента красителей, то проблема изучения комплексного влияния химических соединений на организм рабочих в кожевенной промышленности стоит довольно остро.

Цель работы – изучить клинические проявления кожной патологии среди рабочих Вознесенского кожевенного предприятия АО «Возко».

Материалы и методы. Осмотры рабочих, сбор данных аллергологического анамнеза, клинико-лабораторные исследования, постановка кожных аппликационных и специфических инвитровских проб.

Результаты. Под наблюдением находились 630 рабочих Вознесенского кожевенного завода, из них 342 мужчины (54,3%) и 288 женщин (45,7%). Рабочих основных цехов было 549 человек, контрольная группа состояла из 81 человека. Практически здоровыми в контрольной группе признаны 45 человек (50±6%), среди рабочих профессиональных групп – 366 человек (66,6%). Работники основного производства были распределены на 4 профессиональные группы, что обусловлено различными санитарно-гигиеническими условиями труда, которые определялись особенностями вредных профессиональных факторов в кожевенном производстве: I профгруппа – рабочие «мокрых» зольно-отмочных цехов; II профгруппа – лица, обслуживающие отделочные операции; III профгруппа – рабочие кожсырьевого завода; IV профгруппа – рабочие очистных сооружений. Наиболее неблагоприятные условия труда в кожевенном производстве отмечены на этапах сушки и растяжки кож, дубления, первичной обработки кожевенно-мехового сырья и машинной обработки мокрого полуфабриката. Анамнестические указания на перенесенные в прошлом аллергические заболевания кожи имели место у 93 человек (17%) основных цехов и у 3 человек (4%) контрольной группы. Изменения на коже чаще всего проявлялись по типу дерматита в разные сроки от начала работы в условиях данного производства, изредка – после контакта с моющими и другими химическими средствами, применяющимися в быту. У 50 из 93 рабочих (53%) по данным анамнеза отмечались также аллергические реакции по типу дерматита на прием лекарственных средств, пищевых продуктов. Наибольший удельный вес проявлений аллергии в анамнезе выявлен у женщин основных цехов по сравнению с мужчинами (соответственно 70 случаев – 13% и 23 случая – 4%). Жалобы на сухость кожи без каких-либо клинических проявлений предъявляли рабочие всех профессиональных групп (I группа – 1 человек; II группа – 1 человек; IV группа – 2 человека; контроль – 2 человека). При осмотрах аллергические заболевания кожи по типу аллергического дерматита (1,5%) диагностированы в 3 профессиональных группах: в I группе – 5 случаев и по одному случаю во II и IV профгруппах. В контрольной группе алергодерматозы не зарегистрированы. У всех рабочих с аллергическими заболеваниями кожи выявлена сопутствующая соматическая патология (патология пищеварительного тракта; дистрофические изменения слизистой носоглотки, частота которых увеличивалась с увеличением стажа работы; сочетанная патология позвоночника с дисциркуляторной энцефалопатией). Наряду с алергодерматозами регистрировали неаллергические заболевания кожи – 175 случаев (31,9%), среди которых преобладали микозы и онихомикозы стоп, эритразма, разноцветный лишай (134 случая, 24,4%) Заболевания кожи грибковой этиологии у рабочих I профгруппы достоверно чаще наблюдались у мужчин со стажем более 10 лет (у (40±7)% рабочих) в возрасте старше 50 лет (у (65±12)% рабочих), а также во II профгруппе (у (47±12)% рабочих) и в IV профгруппе (у (71±12)% рабочих). Заболевания кожи негрибковой этиологии (псориаз, дисгидроз, себорея, угревая болезнь, красный плоский лишай, фолликулиты, пруриго и др.) диагностировали реже – у 41 рабочего (7,5%). В контрольной группе грибковые заболевания кожи выявлены у 32 (39,5%) обследованных; негрибковые – у 4 (4,8%).

Выводы. На состоянии здоровья лиц основных профессиональных групп кожевенного предприятия влияют профессионально-производственные факторы, являясь триггерными провоцирующими факторами для развития кожной патологии аллергического (1,5%) и неаллергического (31,9%) генеза, среди которых преобладают грибковые заболевания кожи (24,4%) и заболевания кожи негрибковой этиологии (псориаз, дисгидроз, себорея, угревая болезнь, красный плоский лишай, фолликулиты, пруриго и др.) (7,5%). Отмечается высокий процент кожной патологии неаллергического генеза у лиц контрольной группы – грибковые заболевания кожи у 39,5% обследованных, негрибковые – у 4,8%.

Дерматоглифика как метод прогнозирования лекарственной болезни

Солошенко Э.Н., Немцова В.Д., Тихонова И.А., Гиржанова И.В.
ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМНУ»

Введение. Известно применение дерматоглифических показателей для диагностики хромосомных заболеваний и генодерматозов в качестве маркеров построения моделей риска развития псориаза, а также для характеристики предрасположенности к atopическому дерматиту. Данных об использовании дерматоглифики для прогноза лекарственной болезни (ЛБ) нет.

Цель настоящей работы заключалась в изучении некоторых показателей дерматоглифики и возможности их использования для прогноза ЛБ.

Материалы и методы. Обследовано 465 рабочих физико-фармацевтического производства, из которых у 152 была выявлена ЛБ с клиническими проявлениями и в анамнезе.

Результаты. В результате проведенных исследований установлены различия в интенсивности пальцевых узоров у больных по сравнению с группой практически здоровых лиц. Эти различия касаются ульнарных петель и завитков. Так, для больных ЛБ характерна, наряду с частой встречаемостью ульнарных петель и завитков, значительно редкая встречаемость дуг в пальцевом рисунке, особенно на правой кисти. Анализ распределения пальцевых узоров у больных ЛБ свидетельствует о том, что у них радиальные петли встречаются на 1-м, 2-м пальцах правой кисти и на 1-м, 2-м, и 5-м пальцах левой кисти, в то время как у практически здоровых лиц они встречаются только на 2-м пальце левой кисти. Существенные отличия дерматоглифики у больных ЛБ определяли также по такому показателю, как гребневой счет (ГС) по каждой кисти и общий гребневой счет (ОГС). Так, показатель ОГС у больных регистрировали на 19,2% выше, чем у практически здоровых. При этом достоверные существенные различия в показателях ГС и ОГС отмечали преимущественно на правой кисти (на 22,9% выше, чем у практически здоровых), в то время как на левой кисти ГС и ОГС для больных был выше лишь на 14,5%.

Выводы. На основании вышеизложенного можно считать, что метод дерматоглифики правомочно использовать для прогноза ЛБ путем характеристики пальцевого рисунка по ульнарным петлям и завиткам, а также путем оценки ГС как на каждой кисти, так и ОГС.

УДК 681.518:614

Группы крови у больных аллергодерматозами: содержание IgE

Солошенко Э.Н., Шевченко З.М., Ярмач Т.П., Стулий О.Н., Пятикоп И.А.
ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМНУ»

Введение. Несмотря на то что частота распространения генов, определяющих группы крови, не имеет непосредственного отношения к генетическим детерминантам, контролирующим резистентность организма к аллергии, в последние годы появились работы, указывающие на связь аллергических заболеваний с группами крови. Группа крови определяется при рождении и обладает уникальными характеристиками. Из-за того, что у каждого типа крови разные характеристики, каждая группа крови устойчива к определенной группе болезней, но более подвержена другим заболеваниям. Если принять к сведению лишь единичные сообщения, что сенсибилизация к лекарственным средствам, экзема и крапивница развиваются чаще у обладателей I (0), A (II) и AB (IV) групп крови, а atopический дерматит (АД) – преимущественно у лиц A (II) группы крови, то исключить связь между распространением аллергодерматозов и группами крови в настоящее время не представляется возможным. Поэтому в свете указанных данных **целью** работы стало изучение содержания в сыворотке крови IgE как одного из показателей гуморального иммунитета, свидетельствующего о предрасположенности к аллергии, и сопоставление его уровня с изоантителными маркерами крови, что, на наш взгляд, является весьма актуальным.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 96 человек (мужчин 33, женщин 63 в возрасте от 19 до 77 лет), у 29 из которых была крапивница, 25 – экзема, 20 – лекарственная болезнь (ЛБ), 22 – АД. При этом I (0) группу крови регистрировали у 35 человек, A (II) – у 31, III (B) – у 16, AB (IV) – у 14. У всех наблюдавшихся определяли уровень общего IgE с помощью ИФА (ООО «Раминтек Лтд», Украина). Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 68 лет, у которой референтные значения IgE не превышали 130 МО/мл ($50,5 \pm 3,2$).

Результаты. Анализ полученных результатов свидетельствовал, что у лиц с I (0) группой, которые наблюдались по поводу крапивницы, уровень IgE был равен ($324,5 \pm 42,7$), у больных экземой – ($150,0 \pm 28,5$), больных ЛБ – ($195,0 \pm 28,7$), больных АД – ($200,0 \pm 19,9$). Что касается пациентов с группой крови A (II), то при крапивнице выявляли содержание IgE – ($294,6 \pm 37,9$), экземой – ($138,0 \pm 44,3$), ЛБ – ($210,0 \pm 31,5$), АД – ($215,0 \pm 24,7$). У больных крапивницей с III (B) группой крови уровень IgE был равен ($410,0 \pm 32,7$), экземой – ($140,8 \pm 21,8$), ЛБ – ($278,0 \pm 32,7$), АД – ($241,0 \pm 39,5$). При AB (IV) группе крови у больных крапивницей содержание IgE регистрировали равным ($395,6 \pm 34,4$), у больных экземой – ($164,7 \pm 30,9$), ЛБ – ($315,5 \pm 40,9$), АД – ($310,0 \pm 31,4$).

Выводы. Четкой взаимосвязи между группой крови и аллергическим заболеванием кожи не установлено. У всех больных аллергодерматозами при всех группах крови наблюдалась как тенденция к повышению в сыворотке крови содержания общего IgE (преимущественно у больных экземой), так и достоверное его увеличение (крапивница, АД, ЛБ).

УДК 612. 111.6: 117

Исследование сорбционной способности эритроцитов у больных лекарственной болезнью и распространенными дерматозами, ассоциированными с ней

Солошенко Э.Н., Шевченко З.М., Ярмач Т.П., Стулий О.Н., Пятикоп И.А.
ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМНУ»

Введение. Основные работы по изучению патогенеза лекарственной болезни (ЛБ) и распространенных дерматозов посвящены преимущественно иммунологическим и биохимическим изменениям в сыворотке крови, в то время как нарушения на мембране клеток остаются во многом неисследованными. Между тем, структурные изменения мембран эритроцитов могут дать ответ на вопрос, почему в одних случаях заболевание протекает традиционно, а в других – осложняется торпидным течением и толерантностью к терапии. Выявленная общность строения плазматических мембран различных органов и тканей свидетельствует о том, что процессы, происходящие в эритроцитарной мембране, отражают также изменения в мембранах других органов и тканей. Поскольку эритроциты являются универсальной моделью клеток, отражающей физиологические и патологические изменения в организме, то **целью** настоящего исследования явилось изучение функционального состояния мембран эритроцитов, а именно их сорбционной способности, у больных ЛБ и распространенными дерматозами, ассоциированными с ней.

Матеріали та методи. Под наблюдением находились 46 больных ЛБ и распространенными дерматозами, ассоциированными с ней, в возрасте от 20 до 76 лет, среди которых было 19 (41,3%) мужчин и 27 (58,7%) женщин. Преобладали тяжелыми дерматозами, ассоциированными с ЛБ (пузырчатка, склеродермия, псориаз, красный плоский лишай – 30 (65,2%)). ЛБ и аллегодерматозы, ассоциированные с ней (экзема, крапивница, атопический и аллергический дерматиты), зарегистрированы у 16 больных (34,8%). Сорбционную способность эритроцитов оценивали по Д.С. Додхоеву.

Результаты. Анализ полученных результатов свидетельствовал, что нарушение сорбционной способности эритроцитов выявлено у 18 (39,1%) больных, из которых у 10 (55,5%) были тяжелые дерматозы и у 8 (45,5%) – аллергические дерматозы, ассоциированные с ЛБ.

Выводы. 1. Требуются дальнейшие исследования для дифференцированного подхода и определения норм сорбционной способности эритроцитов при ЛБ и распространенных дерматозах, ассоциированных с ней. 2. Оценка сорбционной способности эритроцитов может быть использована для контроля эффективности проводимого лечения и оценки его осложнений (торпидность течения, толерантность к терапии).

УДК 616.5–004.1

Определение сенсibilизации к антигистаминным препаратам

Солошенко Э.Н.¹, Кондакова А.К.¹, Колесников В.Г.², Хмель Н.В.², Шевченко З.М.¹, Ярмак Т.П.¹

¹ ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

² Институт радиофизики и электроники им. А.Я. Усикова НАН Украины

Цель работы – определение сенсibilизации к антигистаминным препаратам больных лекарственной болезнью (ЛБ) путем оценки гидратации цитратной крови в области дисперсии диэлектрической проницаемости свободной воды для ранней диагностики.

Материалы и методы. Исследование диэлектрической проницаемости крови было проведено на цитратной крови 23 больных ЛБ в возрасте от 21 до 60 лет; контрольную группу составили 15 практически здоровых людей. В качестве лекарственных аллергенов были использованы цетрин и лоратадин. Определение диэлектрических параметров было обеспечено аппаратурно-регистрирующим комплексом крайне высокочастотного диапазона радиоволн (КВЧ-диапазон). Рабочая частота генерации $f=37,7$ ГГц позволила, с точностью относительных измерений реальной части комплексной диэлектрической проницаемости $\text{De}\epsilon - \pm 1\%$, определять изменения электромагнитного отклика биологической системы крови при сенсibilизации в течение 2–3 мин. Значение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) определяли как расстояние от нижней части поверхностного мениска в силиконизированном капилляре аппарата Панченкова (прозрачная плазма) до верхней части осевших эритроцитов в вертикальном столбце стабилизированной цитратом венозной крови за определенный промежуток времени (через 1, 2 и 3 ч) при комнатной температуре. Реакция агломерации лейкоцитов (РАЛ), основанная на эффекте усиления склеивания лейкоцитов *in vitro* при добавлении в кровь аллергена, сенсibilизацию к которому требуется определить, также использовалась в исследовании. С помощью *t*-критерия Стьюдента определяли достоверность расхождения (p) анализируемых средних величин. Коэффициент корреляции рассчитывался с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel.

Результаты. В группе практичных здоровых доноров методом микроволновой диэлектрометрии регистрировали значение $\epsilon_{\text{контр}} = 1,87 \times 10^{-10}$ Ф/м. Уменьшение параметра ϵ наблюдали в цитратной крови нагруженной антигистаминными препаратами – $\epsilon_{\text{цетрин}} = 1,82 \times 10^{-10}$ Ф/м, $\epsilon_{\text{лоратадин}} = 1,79 \times 10^{-10}$ Ф/м. Коэффициент корреляции между показателями диэлектрической проницаемости цитратной крови, СОЭ и РАЛ в присутствии цетрина был равен $r=0,92$, в присутствии лоратадина – $r=0,91$. Ускоренное СОЭ (на 20%) и повышенный показатель РАЛ (в 1,5 раза) в группе больных ЛБ подтверждают сенсibilизацию к антигистаминным препаратам.

Выводы. Действительная часть комплексной диэлектрической проницаемости пропорциональна гидратации цельной крови и позволяет определять отклонения при патологическом процессе в малых объемах биологического материала (≈ 12 мкл).

УДК 616–022.7:578.825.1]-036.2–06:616 12008.331.1

Хронічна герпетична інфекція як фактор ускладнення перебігу коморбідної соматичної патології

Степаненко Р.Л., Алі Мухаммед Газі Алкаммаз

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Мета роботи – визначити основні клінічні, функціональні та імунологічні особливості перебігу коморбідної патології у хворих з оперізувальним герпесом (VZV).

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було обстежено 94 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) II стадії, середній вік яких становив $49,7 \pm 6,4$ року, з них у 49 осіб (група порівняння) спостерігалася ізольована АГ II стадії, а у 45 хворих – АГ II стадії та прояви VZV-інфекції. Наявність VZV-інфекції підтверджували дослідженням рівня IgG та IgM до вірусу Herpes zoster, а також дослідженням наявності антигену в крові за допомогою ПЛР.

Результати. Аналіз клінічної симптоматики в обстежених хворих виявив, що в усіх при первинному обстеженні було виявлено оперізувальний герпес без ускладнень (B02.9), а саме гангліошкірний варіант. Основними скаргами були: поява везикулярних висипань, у 8 осіб (16,33%) виникали пухирі, які зливалися між собою. Крім того, спостерігалася гіперестезія та парестезія, різкий пекучий біль у ділянці висипань або поява вказаних скарг ще за 1–2 дні до появи висипу на шкірі. Із неспецифічних скарг спостерігали головний біль, загальну слабкість різного ступеня вираженості. Хворим на АГ з проявами VZV-інфекції було проведено визначення рівня IgG та IgM до VZV. Встановлено, що в усіх обстежених пацієнтів (100%) був підвищеним вміст IgM та у 39 хворих (86,67%) – підвищений рівень IgG до VZV. Аналіз сироваткової концентрації IgM до VZV виявив індивідуальні коливання від 1,6 до 2,9 МО/мл, а концентрації IgG до VZV – від 1,2 до 2,9 МО/мл. Слід зазначити, що в усіх пацієнтів було виявлено антигенемію VZV за допомогою ПЛР.

Слід зауважити: якщо в пацієнтів з АГ в сироватці крові виявляли прояви субклінічного запалення і рівень фактора некрозу пухлин- α (ФНП- α) та інтерлейкіну- 1β (ІЛ- 1β) перевищував нормативні показники в середньому вдвічі, то в пацієнтів з АГ та проявами VZV-інфекції в сироватці крові було виявлено достовірно вищі показники обох прозапальних цитокінів. Також у групі хворих на АГ з проявами VZV-інфекції було виявлено достовірне зниження рівня протизапального ІЛ-4. Визначення процентного вмісту NK-клітин у периферійній крові обох груп хворих показало, що їх вміст був збереженим і не відрізнявся від показників контрольної групи у пацієнтів з АГ, а в групі хворих з проявами VZV-інфекції був вірогідно підвищеним вміст

CD16+ і CD56+ -лімфоцитів. Дані зміни обумовлені активацією NK-клітин внаслідок наявної вірусної інфекції. Дослідження показників інтерферонового статусу виявило значне зниження сироваткової концентрації інтерферону- α (ІФН- α) та ІФН- γ . Їх рівень був нижчим від нормативних значень відповідно в 2,38 рази ($p < 0,05$) та 2,27 рази ($p < 0,05$). Отже, в пацієнтів з АГ та проявами VZV-інфекції вивлено достовірно вищий вміст прозапальних цитокінів, підвищення процентного вмісту NK-клітин і вірогідно низькі сироваткові концентрації ІФН I та III типу.

Висновки. У хворих на АГ, поєднану з оперізувальним герпесом, перебіг основного захворювання супроводжується вірогідно вищими показниками офісного систолічного та діастолічного артеріального тиску, порушення ліпідного обміну носить глибший характер і проявляється вірогідно вищим рівнем тригліцеридів і холестерину ліпопротеїдів низької щільності на тлі зниження вмісту холестерину ліпопротеїдів високої щільності, також виявляється висока сироваткова концентрація прозапальних цитокінів (ФНП- α , ІЛ-1 β , ІЛ-6) та значне зниження сироваткової концентрації ІФН- α та ІФН- γ .

УДК:616.521-002.157/.158-036.11/.12-031.37/.38:617.576.1:617.586.1]-07-091.8:577.21/.23:575.24/.25]-085.357:615.262.1/.2

Призначення циклоспорину хворим на дисгідротичну екзему долоней та підшов з урахуванням імуногістохімічних і молекулярно-генетичних показників

Возіанова С. В., Бойко В. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. Дисгідротична екзема долоней та підшов (ДЕДП) – запалення шкіри кистей та стоп, що характеризується розвитком везикулярних елементів з гістологічною картиною спонгіозу та формуванням внутрішньоепідермальних везикул. На сьогодні актуальним лишається питання виживності пацієнтів з дисгідротичними ураженнями. Сукупність імуногістохімічних і молекулярно-генетичних показників полегшує розробку персоналізованої терапії хворих на дисгідротичні ураження. У лікуванні тяжких форм захворювань, у тому числі екзема, першою лінією терапії є призначення глюкокортикостероїдних препаратів. Феномен резистентності до глюкокортикостероїдних рецепторів при хронічних запальних захворюваннях зустрічається досить часто, однак точний молекулярний механізм досі не з'ясований. Важливе значення має поліморфний варіант гена глюкокортикостероїдного рецептора *NR3C1*, що обумовлює резистентність до глюкокортикостероїдної терапії. Відповідно до міжнародного протоколу лікування дисгідротичних уражень, 2-ю лінією терапії є призначення циклоспорину.

Мета роботи. Проаналізувати можливість застосування циклоспорину хворим на ДЕДП з урахуванням комбінацій поліморфних варіантів *C646G* гена *NR3C1* та імуногістохімічних особливостей.

Матеріали та методи. На кафедрі дерматовенерології НМАПО імені П. Л. Шупика на базі ТМО «Дерматовенерологія» та Київської міської клінічної шкірно-венерологічної лікарні нами було обстежено 29 пацієнтів з ДЕДП, які були нечутливі до лікування топічним стероїдним засобом IV класу – маззю клобетазолу пропіонату. Всім хворим було проведено загальноклінічне лабораторне, біохімічне обстеження, патоморфологічне дослідження уражених ділянок до лікування топічним стероїдом і молекулярно-генетичне дослідження поліморфного варіанту *C646G* гена *NR3C1*. Імуногістохімічне дослідження (ІГХД) було проведено у 15 пацієнтів; 19 пацієнтам запропоновано системне лікування циклоспорином у дозі 50 мг двічі на добу упродовж 8 тиж.

Результати. Аналіз молекулярно-генетичного дослідження поліморфного варіанту *C646G* гена *NR3C1* у хворих на ДЕДП, які були нечутливі до лікування топічним стероїдним засобом IV класу – маззю клобетазолу пропіонату, виявив, що 2 пацієнти мали генотип *646 CC*, 21 пацієнт – генотип *646 CG* та 6 пацієнтів – генотип *646 GG*. Оскільки результати ІГХД у нечутливих пацієнтів з генотипом *646 CC* потребують детальнішого вивчення та збільшення групи досліджуваних, нами були проаналізовані дані ІГХД пацієнтів з генотипом *646 CG* та *646 GG*. У пацієнтів з генотипом *646 CG* при ІГХД встановлено експресію переважно помірної інтенсивності CD4+ -клітин, вони формували незначні групи в усіх шарах шкіри, з більшою щільністю позитивних клітин навколо патологічних вогнищ. Депозити фракції компоненту C3 комплементу були поодинокими дифузно в усіх шарах шкіри. У пацієнтів з генотипом *646 GG* при ІГХД виявлена експресія CD4+ -клітин переважно помірної інтенсивності, вони формували незначні групи в усіх шарах шкіри, з більшою щільністю позитивних клітин навколо патологічних вогнищ. Депозити фракції компоненту C3 комплементу були поодинокими дифузно в усіх шарах шкіри. 19 пацієнтам був призначений циклоспорин у дозі 50 мг двічі на добу упродовж 8 тиж. Після 8 тиж лікування у 12 пацієнтів ми отримали клінічне одужання, у 3 – значне клінічне покращення, у 2 пацієнтів відповіді на лікування не спостерігали, 2 пацієнти відмовились від прийому циклоспорину.

Висновки. Таким чином, можна стверджувати про тісний зв'язок між наявністю в індивіда відповідного алельного варіанту гена *NR3C1* і рівнем імунної відповіді організму, яка проявляється зниженням кількості Т-лімфоцитів хелперів у вогнищах патологічного ураження та зниженням рівня експресії C4d та C3 фракції комплементу. Дані ІГХД характерні для нечутливих пацієнтів з генотипами *646 CG* та *646 GG* за геном *NR3C1*. Такі імунологічні зрушення зумовлюють знижену чутливість до лікування топічним глюкокортикостероїдним препаратом у хворих з ДЕДП. Отримано позитивний ефект на призначення циклоспорину хворим на ДЕДП, резистентним до лікування потужним топічним кортикостероїдом. Отримані дані можуть бути використані в практичній діяльності лікарями-дерматологами для прогнозування перебігу та вибору тактики ведення хворих з різними клініко-морфологічними проявами цієї патології.

УДК 616.002.2

Критерії диференційної гістологічної діагностики еритродермій

Гречанська Л. В.

Українська військово-медична академія, м. Київ

Еритродермія, або генералізований ексфолиативний дерматит, зустрічається при запальних захворюваннях шкіри та характеризується ураженням всієї або майже всієї поверхні шкіри. Це вторинний стан, який виникає унаслідок поширення дерматозу або є системним захворюванням з проявами на шкірі. Найчастіше еритродермія виникає на тлі псоріазу, спонгіотичних дерматитів, гіперчутливості до лікарських препаратів і шкірної Т-клітинної лімфони (або синдрому Сезарі). Приблизно у 20% випадків причину встановити не вдається, тому такі випадки класифікують як ідіопатичні. Рідше еритродермія виникає на тлі імунобульозних захворювань, захворювань сполучної тканини, інфекцій, іхтіозу та червоного волосяного лишая (хвороби Девержі).

Для встановлення діагнозу потрібно співставлення клінічної картини з результатами гістологічної діагностики біоптатів шкіри. Здебільшого гістопатологічні особливості залежать від захворювання, яке передувало розвитку еритродермії. Однак існує багато неспецифічних ознак,

які характерні для еритродермії: гіперкератоз, акантоз, паракератоз і хронічний запальний інфільтрат. Ці патоморфологічні ознаки можуть маскувати прояви захворювання шкіри, на тлі якого розвинулась еритродермія. Крім того, гістологічні ознаки дерматозу, який переживав еритродермію, можуть бути менш виражені, ніж при тому самому захворюванні, але без еритродермії. Проте існують патогномічні ознаки цих захворювань. Так, для еритродермічної форми Т-клітинної лімфоми шкіри – синдрому Сезарі – характерно збільшення кількості атипичних лімфоцитів з церебриформними ядрами (клітини Сезарі). Для іхтіозіформної еритродермії характерними ознаками є виражений гіперкератоз, акантоз і запальні зміни в дермі. Патоморфологічні ознаки хвороби Девержі часто відповідають тривалості захворювання. Діагностичними критеріями хвороби Девержі є гіперкератоз, акантоз з широкими та короткими епідермальними виступами, орто- та паракератоз. Можуть спостерігатись рогові пробки в устях волосяних фолікулів, а також перифолікулярні вогнища паракератозу. Виражений гранулярний шар та розширені (але не звивисті) капіляри – ознаки, які дають змогу відрізнити червоний волосяний лишай від псоріазу. Тому лише ретельний аналіз морфологічних змін у шкірі, отриманих при обстеженні хворого, дає змогу провести клініко-морфологічну кореляцію та встановити правильний діагноз.

УДК616.5–018.2–007.17

Вплив дисплазії сполучної тканини на формування окремих дерматозів

Мурзіна Е.О., Бардова К.О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

«Недиференційованим», «несиндромним», стертим, «легким» формам спадкової патології сполучної тканини, облік яких становить інтерес не лише для медичних генетиків, а й для клініцистів, приділяється сьогодні значна увага. Констатують генетичну гетерогенність і клінічний поліморфізм дисплазії сполучної тканини (ДСТ) як тригерного фактора низки соматичних і шкірних захворювань. Стани, пов'язані з ДСТ, класифікують наступним чином: 1. Системні спадкові синдроми ДСТ: синдром Марфана, синдром Елерса–Данло, недосконалий остеогенез, синдром «м'якої шкіри», дистрофічний бульозний епідермоліз. 2. Системні спадкові захворювання сполучної тканини з локомоторними і локомоторно-вісцеральними проявами: деформації грудної клітки, деформації хребта, патології м'язової системи, кістково-хрящові дисплазії.

До вісцеральних проявів відносять: зміни органів дихання, патології серцево-судинної, нервової системи, травного тракту, нірок, органів зору, патології ЛОР-органів, зміну шкірних покривів: тонка, легко ранима, надмірно суха або гіпереластична шкіра; легке утворення синців; шкірні стрії; шов у вигляді «цигаркового» паперу. Поряд з цим при ДСТ виявляють малі аномалії розвитку (МАР), що є індикатором порушеного морфогенезу і пошкоджень ембріонального диференціювання внаслідок генетичних і екзогенних пренатальних впливів. Можна вважати загальновизнаною думку, що серед ДСТ виділяють диференційовані захворювання, які мають чітку клінічну картину, встановлений генетичний дефект, і недиференційовані захворювання, що є генетично гетерогенною групою станів моногенної або мультифакторіальної природи. Як універсальний інструмент для диференційної діагностики різних клінічних варіантів ДСТ пропонується використання імуногенетичних методів. Виявлені відхилення в низці імунологічних, імуногенетичних і біохімічних параметрів дають змогу обґрунтувати нові методи ранньої діагностики та прогнозу клінічних варіантів ДСТ і намітити шляхи корекції функцій імунної системи та метаболізму сполучної тканини.

На сьогодні встановлено, що порушення функцій імунної системи при ДСТ на клінічному рівні здебільшого проявляються комплексними ознаками такого типового імунопатологічного стану, як синдром вторинного імунодефіциту (48,9%). У меншій частині пацієнтів фіксують ознаки формування аутоімунного (8,7%) або алергічного синдромів (8,8%). Диспластикозалежні зміни в імунній системі виявляються у 62,8% обстежених і виражаються у формуванні імунної недостатності, що виявляється в зниженні здатності Т-клітин до проліферації під дією мітогена ФГА, в дефіциті лімфоцитів, що експресують CD3+, CD4+–молекули. У низці випадків клітинний імунодефіцит поєднується з недостатністю фагоцитарної активності нейтрофілів, зниженням рівня середніх імунних комплексів, імуноглобуліну класу А і гіперпродукцією імуноглобуліну Е. У групі хворих з ДСТ, асоційованими з аутоімунними захворюваннями, виникають імунорегуляторні порушення клітинної ланки, що мають відмінний характер в порівнянні з групою пацієнтів з ізольованою ДСТ. Ці порушення виражаються посиленням супресорної функції Т-ланки імунітету, лабораторною ознакою яких є збільшення в периферійній крові вмісту CD8+–лімфоцитів. Для пацієнтів з ДСТ даної групи типовим також є наявність антитіл до нативної ДНК, криоглобулінемії і дефіциту компонентів комплекменту. З позицій розширення знань про етіологію і патогенез дерматологічних захворювань нез'ясованої природи, для удосконалення методів не стільки терапії, а найголовніше, запобігання їх розвитку, вивчення недиференційованої ДСТ має велике прогностичне значення.

УДК 616.596–002.828–085.8318:615.849.19

Усовершенствование лечения онихомикоза с использованием фотодинамической терапии

Стовбыр А.С.

Національна медична академія післядипломного образования имени П.Л. Шупика

Онихомикоз – распространенное заболевание, которое составляет до 50% всех заболеваний ногтевой пластины. В большинстве случаев оно трудно поддается лечению. Достижение полного излечения может длиться до 18 мес. В то же время полное излечение не достигается у 20–25% пациентов, которые применяли различные виды противогрибковой терапии. Системные противогрибковые препараты (например, тербинафин, итраконазол и флуконазол) используют для лечения онихомикоза из-за их способности проникать в ногтевую пластину и матрикс ногтя. Данные препараты имеют ряд побочных эффектов и высокую токсичность. Топические препараты при лечении онихомикоза, как правило, не могут проникнуть через всю толщу ногтевой пластины и обеспечить полную элиминацию возбудителя. Для решения проблемы лечения онихомикоза изучаются новые методы. Одним из них является фотодинамическая терапия (PDT) – это лечение светом с длиной волны 600–750 нм на фоне приема фотосенсибилизатора, который избирательно накапливается патогенными клетками. Свет используется для возбуждения фоточувствительного агента, что приводит к образованию активных форм кислорода, который избирательно уничтожает клетки гриба.

В исследование было включено 20 пациентов с диагнозом онихомикоза первого пальца стопы, который был подтвержден с помощью методов микроскопии и культуральной диагностики. Всем пациентам проводилась PDT. В качестве фотосенсибилизатора использовался метиленовый синий. Предварительно проводилось истончение ногтевой пластины. Процедуры проводились с учетом скорости роста ногтевой пластины 1 раз в 2–4 нед. Суммарное количество процедур определялось отрастанием здоровой ногтевой пластины и составляло от 4 до 8 процедур. Степень вовлечения ногтевой пластины и оценка тяжести проводились с помощью индекса КИОТОС и OSI. В результате лечения с использованием PDT у всех больных отмечено улучшение клинического и микологического статуса обработанного ногтя. У 14 пациентов достигнуто полное клиническое и микологическое излечение. Было отмечено также отсроченный клинический эффект через 12 нед после прекращения терапии. Осложнений или побочных эффектов не наблюдалось. Данный метод лечения в 2,3 раза снизил индекс тяжести онихомикоза (КИОТОС и OSI). PDT является перспективным методом терапии онихомикоза, как самостоятельный метод лечения, так и в комбинации с другими методами.

Кореляційний вплив клінічних проявів уродженого епідермолізу на якість життя хворих

Федоренко О.Є., Коляденко К.В., Ткачишина К.С.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Мета роботи – встановлення впливу різних клінічних проявів уродженого бульозного епідермолізу (БЕ) на якість життя (ЯЖ) хворих.

Матеріали та методи. Обстежено 43 хворих, що становило 20% від усієї їх популяції в Україні. Для оцінки використаний Бірмінгемський індекс тяжкості (БІТ) та дерматологічні індекси ЯЖ (ДІЯЖ-ДІЯЖ), а також DN4.

Результати. Проведене дослідження беззаперечно та однозначно дало змогу оцінити наявні у хворих дітей і дорослих численні соматичні ураження шкіри, нігтів, гортані, ротової порожнини. Виявлені наступні типові соматичні ураження: скутість рухів язика та звуження ротової щілини, болючість в очах, яка зростає з віком, осиплість голосу та часткова обструкція гортані, утруднення ковтання, численні атрофічні ділянки шкіри та її рубцювання, обмеження рухливості в суглобах і поступове формування міжпальцевих зрощень, рубцьова алопеція, наявність хронічних виразок на різних ділянках шкіри. Аналіз відповідей пацієнтів на конкретні питання БІТ дав можливість порівняти та оцінити всі ці клінічні прояви як у дітей, так і в дорослих. Виявлені вікові розбіжності в самооцінці хворими наявних у них об'єктивних порушень шкіри, на нашу думку, переважно обумовлені як більшою емоційністю дітей, так і більш психологічно зваженою їх оцінкою дорослими. Склалось враження, що відповіді – твердження хворих з БЕ – є яскравим проявом як мужності цих інвалідів, так і переважним проявом частково не зовсім адекватного типу їх психологічного реагування на цю тяжку вроджену соматичну патологію та напівсвідоме бажання/намагання психологічно сховатись від хвороби в роботі, спілкуванні, побуті. Обсяг цієї публікації не дає змоги детально викласти виявлені в ході обстеження залежності – впливи конкретних/певних соматичних порушень, характерних для БЕ, на ЯЖ як загалом, так і окремі її складові. Тож, доводиться обмежитись загальним висновком про вкрай значний і виразно негативний вплив зазначених хворими при їх опитуванні соматичних уражень як шкіри, так і інших органів на ЯЖ.

Висновки. 1. Використання в ході дослідження БІТ дає змогу беззаперечно та об'єктивно оцінити наявні у хворих на БЕ дітей і дорослих соматичні ураження шкіри, нігтів, гортані, ротової порожнини та ступінь їх вираженості. 2. Больові відчуття хворими переважно сприймалися як сильне печіння, частково нагадували удари струмом і переважно асоціювались зі свербіжем, пощипуванням і поколюванням. 3. Дорослий і дитячий дерматологічні індекси-опитувальники дали змогу нам отримати загальну картину відповідей хворих на БЕ дітей і дорослих на конкретні питання, що стосувались їх самооцінки, впливу специфічних соматичних уражень на ЯЖ загалом та її окремі складові.

УДК 616.517+616.523:577.21]-036-092.19

Клінічні, молекулярно-генетичні та імунологічні особливості перебігу псоріазу в поєднанні з герпесвірусною інфекцією типу 1, 2

Федорова У.В., Сизон О.О., Дашко М.О., Вольбин С.В.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Псоріатична хвороба (ПХ) належить до поширених аутоімунних дерматозів і уражає понад 5% популяції людей. У структурі патології шкіри в Україні питома вага псоріазу становить понад 10%. Сьогодні в світі та Україні спостерігають значний ріст аутоімунної патології шкіри, зокрема ПХ, саме серед людей молодого та середнього працездатного віку, що вказує на серйозність цієї медико-соціальної проблеми. У хворих на ПХ часто є коморбідна патологія, пов'язана з дизрегуляцією імунної системи, до якої і належить хронічна рецидивна вірусна інфекція – простий герпес, який досить поширений, але в більшості популяції (до 80%) перебуває в латентному стані. Герпесвірусна інфекція (ГВІ) в імуносупресивній когорти, зокрема хворих на псоріаз, періодично активується, спричинюючи рецидиви з серйозними додатковими ураженнями шкіри, слизових оболонок, нервової, репродуктивної систем тощо, значно ускладнюючи перебіг захворювання.

Мета роботи – поглиблене патогенетичне клініко-лабораторне вивчення ПХ, поєднаної з активованою рецидивною ГВІ типу 1, 2.

Матеріали та методи. У роботі проведено аналіз клінічних, молекулярно-генетичних та імунологічних особливостей перебігу ПХ в поєднанні з активованою хронічною рецидивною ГВІ типу 1, 2 на основі аналітичного порівняння відповідних показників хворих на ПХ з латентною ГВІ типу 1, 2 та з активованою ГВІ типу 1, 2 без псоріазу.

Результати. У хворих на ПХ з активованою рецидивною ГВІ типу 1, 2 у порівнянні з хворими лише на ПХ спостерігали наступні клінічні особливості: головний біль – 35,6 проти 10,5%, ураження нервової системи – 46,7 проти 23,7%, локалізація псоріатичних висипань на обличчі – 24,4 проти 7,89%, верхніх кінцівок – 53,3 проти 36,8%, крупнопляшкові елементи – 44,7 проти 4,44%, різко виражена інфільтрація – 28,9 проти 7,90%, дисемінована поширеність – 80,7 проти 65,8%, тяжкий перебіг – 31,1 проти 18,4%, стаціонарна стадія – 51,1 проти 36,8%, часто рецидивний характер перебігу – 66,7 проти 34,2%, індекс PASI – 20,2, проти 12,3. Натомість, у порівнянні з хворими лише на активовану ГВІ типу 1, 2 клінічно відмічали домінування еритеми в 73,3% хворих (проти 54,0%), набряку – у 51,1% (проти 45,0%), кірок і тріщин – у 51,1% (проти 37,7% та 32,4% відповідно), атипової форми захворювання – у 33,3% (проти 22,2%) із середньо-тяжким перебігом з кількістю рецидивів 2–5 на рік – у 35,5% (проти 24,3%).

Встановлено, що активована ГВІ типу 1, 2 супроводжувалась реплікацією специфічної ДНК вірусу герпесу 1, 2 у слині у 20,0% пацієнтів проти 12,5% та в зішкрябі з місць висипань – у 33,3% випадках проти 29,2% у хворих на псоріаз у порівнянні з пацієнтами лише з активованою ГВІ типу 1, 2 та підвищенням рівнем специфічних антитіл до вірусу герпесу типу 1, 2 класів IgM ($p=0,0485$), а особливо IgG ($p=0,0023$), у порівнянні з хворими на ПХ.

Рівень експресії молекул miR155 у хворих на ПХ з активованою ГВІ типу 1, 2 був вищий у 2,04 раза ($p=0,0361$), ніж у групі з активованою ГВІ типу 1, 2 без ПХ, а вміст лімфоцитів з експресією молекули miR146a був нижчим в 1,80 раза ($p=0,0498$) у порівнянні з групою хворих на ПХ. Встановлені прямі взаємозв'язки середньої сили між швидкістю осідання еритроцитів і кількістю лімфоцитів з експресією молекули miR155 у хворих на ПХ з активацією ГВІ типу 1, 2 ($r=0,50$; $p<0,05$ та $r=0,46$; $p<0,05$ відповідно). Фенотипування лімфоцитів у хворих на ПХ з активованою ГВІ типу 1, 2 характеризувалось збільшенням кількості NK-клітин (CD16+56+/CD45+; $p=0,0541$), цитотоксичних T-лімфоцитів (CD3+CD8+/CD45+; $p=0,0211$), T-хелперів (CD3+CD4+/CD45+; $p=0,0074$) у порівнянні зі здоровими, а NK-клітин (CD16+56+/CD45+; $p=0,0442$) і цитотоксичних T-лімфоцитів (CD3+CD8+/CD45+; $p=0,0380$) у порівнянні з хворими на ПХ, а також меншою кількістю регуляторних T-лімфоцитів (CD4+/CD25+) у порівнянні з хворими на активовану ГВІ типу 1, 2 ($p=0,0531$). У хворих на ПХ з активованою ГВІ типу 1, 2 встановлено підвищення рівнів синтезу IFN- α в 1,69 раза в слині ($p=0,0517$) та в 2,75 раза в сироватці крові ($p=0,0276$), TGF- β – в 2,49 раза в сироватці крові ($p=0,0098$) у порівнянні з хворими на ПХ, а IL-23 – в 1,93 раза порівняно з пацієнтами з активованою ГВІ типу 1, 2 ($p=0,0452$).

Висновки. Виявлені клінічні, молекулярно-генетичні та імунологічні зміни в перебігу ПХ в поєднанні з активованою хронічною рецидивною ГВІ типу 1, 2 на основі аналітичного порівняння відповідних показників хворих на ПХ з латентною ГВІ типу 1, 2 та з активованою ГВІ типу 1, 2 без ПХ вказують на необхідність оптимізації базової і противірусної терапії.

Псоріаз і серцево-судинний ризик за наявності неалкогольної жирової хвороби печінки

Цідило І.Г., Вірстюк Н.Г.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

КЗ «Івано-Франківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер»

Метою роботи було вивчення впливу псоріазу на формування серцево-судинного ризику (ССР) за наявності неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. Обстежено 110 хворих на неускладнений бляшковий псоріаз: 45 – без НАЖХП (І група) і 65 – у поєднанні з НАЖХП (ІІ група). Тривалість захворювання становила $(12,48 \pm 4,15)$ року. Для оцінки тяжкості псоріазу використовували індекс PASI (Psoriatic Area and Severity Index). НАЖХП діагностували відповідно до українських і європейських нормативних документів. ССР визначали шляхом розрахунку показників ACC/AHA ASCVD Risk, ASCVD Risk Estimator Plus, Framingham Coronary Heart Disease Risk Score, Reynolds Risk Score, Risk Score for Cardiovascular Disease, Heart Disease Risk з використанням он-лайн калькуляторів. Контролем були 20 практично здорових донорів.

Результати. У хворих на псоріаз І групи ССР за показником ACC/AHA ASCVD Risk перевищував такий у контролі у 3,18 разів, ІІ групи – 5,26 разів ($p < 0,05$); ASCVD Risk Estimator Plus – 2,45 і 5,12 разів ($p < 0,05$); Framingham Coronary Heart Disease Risk Score – 3,52 і 7,84 разів ($p < 0,05$); Reynolds Risk Score – 2,86 і 6,23 разів ($p < 0,05$); Risk Score for Cardiovascular Disease – 1,57 і 2,06 разів відповідно ($p < 0,05$). За шкалою Heart Disease Risk низький, середній і високий ССР був у 44,44; 48,89 і 6,67% пацієнтів І групи, у 32,30; 53,84 і 13,84% пацієнтів ІІ групи, що вказує на несприятливий вплив псоріазу щодо ССР, що посилюється за наявності НАЖХП. Ризик смерті впродовж 5 років у хворих на псоріаз І групи перевищував такий у контролі у 2,79 разів ($p < 0,05$), ІІ групи – 5,31 разів ($p < 0,05$). Було виявлено прямі кореляції між індексом PASI та індексом стеатозу печінки ($r = 0,56$, $p < 0,05$) та показниками ACC/AHA ASCVD Risk, ASCVD Risk Estimator Plus, Framingham Coronary Heart Disease Risk Score, Reynolds Risk Score, Risk Score for Cardiovascular Disease ($r = 0,55$, $r = 0,46$, $r = 0,61$, $r = 0,58$, $r = 0,37$ відповідно, $p < 0,05$).

Висновки. 1. Псоріаз сприяє підвищенню ССР, що збільшується за наявності супутньої НАЖХП. 2. Виявлено взаємозв'язок між тяжкістю псоріазу та вираженістю стеатозу печінки. 3. Встановлено прямі кореляції між індексом PASI та показниками ССР.

UDC615.28

Determination of biocide activity of a composition containing peracetic acid and benzalkonium chloride

Shapovalova O.V., Blazheevskiy M.Ye., Filimonova N.I.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

Introduction. Now the problems of the epidemiologically significant objects in the medical treatment facilities and diagnostic laboratories internal environment disinfection efficiency improving in are relevant. Despite the wide range of disinfectants available for use in healthcare facilities, the threat of microbial resistance and the emergence of nosocomial infections make it necessary to conduct research to develop procedures to enhance the activity of the preparations used. For this purpose the composition of complex preparations will be improved and modes under which at a minimum concentration of active substances a high biocidal effect is maintained will be studied, but at the same time a corrosion and destructive activity in relation to the treated objects and toxic effects on humans will be minimal.

The objective. To study the biocidal activity of the combined composition of peracetic acid (PAA) and benzalkonium chloride (BAC) in relation to the recommended test objects *Escherichia coli* and *Candida albicans*.

Materials and methods. We used 1% and 2% solutions of PAA; 0.1% and 0.2% solutions of BAC, both separately and their mixture in a (1:1) ratio, with an exposure of 30 and 60 minutes, temperature $(18-25)^{\circ}\text{C}$. As neutralizers we used solutions of sodium thiosulfate and sodium laurylsulfate in appropriate concentrations. Determination of disinfectants' activity was carried out by the unified culture method with a 24 h test cultures of *E. coli* strain ATCC25922 and *C. albicans* strain NCTC885653 at working concentrations of 1×10^9 MT/cm³ and 2×10^9 MT/cm³ in triplicate. The cultures were incubated at 37 °C for 7 days. The disinfectants were considered active in the absence of experimental culture growth versus intensive growth in the control cultures that were not in contact with the preparations.

Results and conclusions. It was determined that 1% PAA under the microbial load of 1×10^9 MT/cm³ and the exposure of 60 min inhibited the growth of *E. coli*, both directly and with the addition of 0.2% BAC. With an increase in the microbial load to 2×10^9 MT/cm³ 1% PAA in both exposure modes and a complex of 1% PAA with 0,1% BAC did not exhibit bactericidal action at 30 min exposure. With a high microbial load of 2×10^9 MT/cm³ the bactericidal effect of 2% PAA against colon bacillus manifested independently only at an exposure of 60 minutes, but in the mixture with 0.2% BAC the bactericidal activity increased and is already manifested at the exposure of 30 minutes. The 1% PAA and 0.2% BAC complex had a fungicidal effect on yeast-like fungi *C. albicans* at a working concentration of 1×10^9 MT/cm³ with the exposure of 60 minutes. The results obtained indicate the promise of further detailed studies of such a composition for its application in practice as a biocidal agent against microorganisms of various groups.