

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю

## «Шляхи удосконалення профілактичних, діагностичних, лікувальних заходів на первинному, вторинному, третинному рівнях надання дерматовенерологічної допомоги в контексті світових здобутків», 19-20 листопада 2020 р., м. Харків

### Анализ ассоциации клинических проявлений псориаза с антигенами гистосовместимости HLA-C\*06 и HLA-B\*27

Белозоров А. П., Сокол О. А., Милютин Е. И., Олейник И. А.  
ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

В настоящее время выявлена ассоциация псориаза и его клинических проявлений с рядом антигенов главного комплекса гистосовместимости. В связи с недостаточной изученностью данного вопроса в украинской популяции было предпринято изучение частоты выявления антигенов гистосовместимости HLA-C\*06 и HLA-B\*27 у больных псориазом с различными клиническими проявлениями заболевания. Определение антигена HLA-C\*06 проводили методом Rebała K. et al. (2009), а антигена HLA-B\*27 – методом Seipp M. T. et al. (2005). Обследовано 126 больных псориазом и 163 контрольных лиц. В группе контроля антиген HLA-C\*06 выявлялся у  $19,63 \pm 3,11\%$ , а антиген HLA-B\*27 – у  $11,04 \pm 3,019\%$  обследованных. У больных псориазом антиген HLA-C\*06 был обнаружен в  $50,0 \pm 4,45\%$  случаев, а антиген HLA-B\*27 – в  $13,04\% \pm 7,41\%$  случаев.

Таким образом, в обследованной группе больных отмечается достоверная ассоциация кожных форм псориаза с носительством антигена HLA-C\*06 ( $p < 0,05$ ), в то же время ассоциация с носительством антигена HLA-B\*27 не определяется. Не удалось обнаружить связи антигена HLA-C\*06 с развитием артропатии. Если в целом по группе частота больных с артропатией составила  $32,58 \pm 4,96\%$ , то у носителей антигена HLA-C\*06:02 этот показатель был равен  $32,55 \pm 7,14\%$ . В литературе указывают на более низкую частоту артропатии у больных псориазом, позитивных по антигену HLA-C\*06:02, однако в настоящем исследовании это обнаружить не удалось. Значительно сильнее проявлялась связь с артропатией антигена HLA-B\*27, у положительных по данному антигену больных частота артропатии составила  $66,7 \pm 9,67\%$ . Полученные результаты свидетельствуют о значительной гетерогенности псориаза и связи его клинических проявлений с различными антигенами гистосовместимости в украинской популяции.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют об ассоциации псориаза с антигеном гистосовместимости HLA-C\*06. Отмечена повышенная вероятность развития псориатической артропатии у носителей антигена HLA-B\*27.

УДК 616.972–036.15–084.085.28:615.849.19

### Особливості реєстрації нейросифілісу в Україні за період 2014–2018 рр.

Бондаренко Г. М., Нікітенко І. М., Волкославська В. М., Унучко С. В., Губенко Т. В., Безрученко О. А.  
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Збудник сифілісу – *Treponema pallidum* – є нейротропним паразитом, який виявляється в нервовій тканині вже на ранніх стадіях захворювання. Сифіліс, а особливо приховані форми захворювання, може бути причиною виникнення специфічного ураження внутрішніх органів і нервової системи. Тому нейросифіліс, а саме відсутність його окремої реєстрації в державі, привернули нашу увагу. **Мета роботи:** провести аналіз показників стану захворюваності на нейросифіліс в Україні за період 2014–2018 рр.

Проведено аналіз показників лікувально-профілактичної допомоги хворим зі шкірними та венеричними захворюваннями в Україні (2014–2018 рр.). Проаналізовано рівень реєстрації нейросифілісу в обласних шкірно-венерологічних диспансерах 14 областей України (див. табл.). За звітний період була отримана інформація про реєстрацію 108 випадків нейросифілісу і відсутність жодного випадку вісцерального сифілісу.

Звертає на себе увагу відсутність реєстрації нейросифілісу в Чернівецькій і Кіровоградській областях. Найстабільнішою реєстрація нейросифілісу була в Криворізькій, Київській, Хмельницькій, Херсонській областях, тому в цих регіонах зареєстровано найбільше

Таблиця. Реєстрація нейросифілісу в ОШВД України за період 2014–2019 рр.

№	ШВД	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Всього випадків
1	Криворізький ШВД	3	5	7	3	2	2	22
2	Чернівецький ОШВД	-	-	-	-	-	-	-
3	Кіровоградський ОШВД	-	-	-	-	-	-	-
4	Рівненський ОШВД	-	-	1	2	-	1	4
5	Київський ОШВД	-	2	3	3	7	4	19
6	Тернопільський ОШВД	1	-	1	1	-	2	5
7	ОШВД м. Краматорськ	-	2	3	3	-	1	9
8	Хмельницький ОШВД	6	5	2	1	4	-	18
9	Лисичанський ОШВД	-	3	-	-	2	3	8
10	Чернігівський ОШВД	2	1	1	-	1	-	5
11	Волинський ОШВД	-	-	-	-	-	2	2
12	Херсонський ОШВД	5	1	3	2	2	-	13
13	Харківський ОШВД	1	1	-	-	-	-	2
14	Сумський ОШВД	-	-	-	1	-	-	1
	Всього випадків:	18	20	21	16	18	15	108

випадків нейросифілісу за час спостереження. Так, у Криворізькій області було зареєстровано 22 випадки, Київській – 19, Хмельницькій – 18, Херсонській – 13 випадків. Загалом, за даними з 14 областей України, рівень захворюваності на нейросифіліс знаходиться приблизно на одному рівні – від 15 до 21 випадку на рік. Найбільше випадків нейросифілісу було виявлено в 2016 р., найменше – в 2019 р.

**Висновки.** Таким чином, наявність реєстрації випадків нейросифілісу в Україні вказує на необхідність проведення більш ретельного обстеження хворих соматичних стаціонарів і клінік психоневрологічного профілю на сифіліс з ширшим використанням трепонемних серологічних тестів, таких як ІФА та РПГА, для його раннього виявлення, а також проведення окремої реєстрації нейросифілісу на державному рівні.

УДК 616.516–036.1–07–085.849.19

## Застосування лазерної терапії в комплексному лікуванні хворих на червоний плоский лишай

Бродовська Н.Б.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Червоний плоский лишай (ЧПЛ) – хронічний дерматоз із групи ліхенів, який проявляється поширеною висипкою на шкірі, інтенсивним свербіжем, схильністю до тривалого перебігу, часто торпідного до засобів стандартного лікування, що чинить негативний вплив на психоемоційний стан хворих, знижує їхню працездатність. У зв'язку з цим удосконалення лікування хворих на ЧПЛ є важливою задачею сучасної дерматовенерології. Встановлено, що ЧПЛ є мультифакторним дерматозом, у патогенезі якого вагому роль відіграють зміни системи імунітету та прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу. **Метою роботи** було підвищити ефективність комплексного лікування хворих на ЧПЛ шляхом застосування низькоінтенсивної лазерної терапії.

Під спостереженням перебували 124 хворих на ЧПЛ (85 жінок, 39 чоловіків) віком від 24 до 67 років. Для оцінки ефективності лікування хворих на ЧПЛ визначали динаміку показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу та окремих показників імунної системи. Групу контролю становили 35 практично здорових осіб порівнянних за статтю й віком. До початку лікування у хворих на ЧПЛ виявлено зміни показників прооксидантної системи крові, що свідчать про зростання інтенсивності процесів окиснення ліпідів і білків і формування стану ендогенної інтоксикації на тлі зниження активності антиоксидантних факторів, а також зниження фагоцитарної активності та фагоцитарного числа нейтрофілів. У процесі лікування хворі на ЧПЛ були розподілені на 3 групи: 1-шу порівняльну – 42 особи, які отримували стандартне лікування; 2-гу порівняльну – 41 хворий, які додатково отримували препарат антиоксидантної дії зі вмістом кверцетину; 3-тю (основну) – 41 хворий, яким призначали комплексну терапію зі включенням кверцетину та комбіновану низькоінтенсивну лазерну терапію – надненне опромінення крові, яке виявляє імуноотропну та антиоксидантну дії, та лазерний фотофорез з маззю зі вмістом мометазону (з протизапальною дією). Комбіновану лазерну терапію здійснювали за допомогою напівпровідникового скануючого лазера SM-2 PL Gurza з використанням низькоінтенсивного (потужністю 10 мВт) лазерного випромінювання. Встановлено, що розроблене комплексне лікування хворих на ЧПЛ з комбінованим застосуванням на тлі стандартної терапії препарату кверцетину з антиоксидантною дією та комбінованою низькоінтенсивною лазерною терапією вірогідно покращує клінічні результати лікування зі збільшенням частки осіб з клінічним одужанням і значним поліпшенням порівняно з лише поліпшенням (відповідно, 75,6 і 24,4%) відносно частки таких осіб серед хворих, що отримували стандартну терапію дерматозу (відповідно, 45,2 і 54,8%) чи стандартну терапію в поєднанні з препаратом антиоксидантної дії (відповідно, 54,7 і 46,3%), а також сприяє нормалізації показників фагоцитозу та прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу в пацієнтів з ЧПЛ основної групи.

УДК 618.3/.5–06:616.972.-616.972:616.983:616.98

## Деякі особливості сифілітичної інфекції у вагітних

Волкославська В.М., Унучко С.В., Губенко Т.В., Кутова В.В., Намли І.Є.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

За незалежними неофіційними статистичними даними, поширеність сифілісу сягає 18 млн хворих. До основних причин, що сприяють поширенню сифілітичної інфекції серед населення, можна віднести як соціальні, так і значні міграційні процеси (поява вимушених переселенців), збройна агресія на Східному Донбасі, пропаганда в засобах масової інформації насильства та ставової нестриманості тощо. Так, в Україні на середину 2019 р. було приблизно 1,5 млн внутрішньо переміщених осіб. Останні результати досліджень вказують на значні зміни клінічного перебігу та епідеміології сучасного сифілісу. Більш ніж 70% хворих на сифіліс серед жінок в Україні становлять жінки з раннім латентним, пізнім і неуточненим сифілісом. Погіршення епідеміологічної ситуації призводить до зростання випадків вродженого сифілісу, передачі інфекції від матері до дитини. **Метою роботи** було вивчити останні тенденції захворюваності та особливості клінічних проявів сифілісу на сучасному етапі у вагітних.

У дослідження було включено 13 вагітних, хворих на сифіліс, обстежених і пролікованих в ДУ «ІДВ НАМНУ» віком від 19 до 42 років. Усім пацієнткам проводили серологічні, імуногенетичні, біохімічні та клінічні дослідження. Середній вік жінок становив 32 роки. Жителями міста була переважна більшість хворих – 9, села – 4 хворих. За соціальним положенням пацієнти розподілялись таким чином: працюючих було 3, непрацюючих – 10 хворих. 12 хворих мали середню освіту, вищу – 1. Кількість одружених і неодружених була практично однаковою: 7 і 6 жінок відповідно. Хворі вагітні були виявлені активно в дерматовенерологічних закладах у половині випадків. Джерелом зараження в 7 випадках були чоловіки, в 6 – випадкові знайомі. Результати серологічних досліджень показали, що мікрореакція преципітації була негативна в 7 випадках, усі трепонемні тести (ТТ; ІФА, РПГА) виявилися позитивними. Дослідження за допомогою методу імуноблоту (ІБ) було проведено 4 хворим з підозрою на пізній прихований сифіліс. Результат виявився позитивним у всіх хворих. За відсутності клінічних симптомів і встановленим строком зараження 1 хворій був встановлений діагноз «сифіліс ранній прихований» у I триместрі вагітності, у 12 хворих – «сифіліс пізній прихований» у II триместрі. Всім пацієнткам була проведена пеніцилінотерапія. Ніяких протипоказань для проведення лікування не було встановлено.

**Висновки.** Незважаючи на досягнення в діагностиці та лікуванні хворих на сифіліс, як показують епідеміологічні дослідження, в Україні більш ніж 70% хворих на сифіліс становлять хворі на ранній латентний, пізній і неуточнений сифіліс. Ця статистика також підтверджується розподілом вагітних за формами сифілісу в нашому дослідженні: у всіх хворих був діагностований латентний сифіліс. У більшості вагітних сифіліс діагностується у другій половині вагітності, що утруднює проведення повноцінного лікування пацієнток. Необхідно проводити своєчасне дослідження вагітних на сифіліс з використанням ТТ, ІБ. Для жінок з соціально-уразливих груп рекомендувати швидкий тест на місці.

УДК 616.53–002.282–036.1–07–085.262

**Оптимізація місцевої терапії папуло-пустульозного підтипу розацеа****Гулей Л.О.**

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Розацеа – хронічне рецидивне захворювання поліетіологічної природи, що належить до групи ангіопроліферативних хвороб шкіри. У структурі дерматологічної патології розацеа становить від 2 до 8% (серед європейців – від 1,5 до 10% населення), частіше діагностується в жінок 40–60 років. Враховуючи поширеність розацеа, його прогресивний перебіг і негативний вплив на якість життя, було здійснено пошук ефективних методів топічної терапії дерматозу. **Метою роботи** було оптимізувати лікування папуло-пустульозного підтипу розацеа шляхом застосування в комплексній місцевій терапії топічного препарату з умістом 1% метронідазолу.

Під нашим спостереженням перебували 25 хворих (19 жінок, 6 чоловіків) віком від 39 до 53 років, у яких було діагностовано папуло-пустульозний підтип розацеа з давністю дерматозу від 1 до 10 років. У 13 пацієнтів було діагностовано легкий ступінь тяжкості дерматозу (ЛСТД; до 10 папул і/чи папуло-пустул і транзиторна незначна центральна еритема обличчя), у 12 – середній ступінь тяжкості дерматозу (ССТД; 10–19 папул і/чи папуло-пустул і стійка помірна центральна еритема обличчя). Всі хворі скаржилися на сухість шкіри, печію, свербіж, погіршення стану після вживання алкоголю та гарячих страв, фізичного навантаження, стресу, інсоляції. У процесі лікування 13 хворим з ЛСТД застосовували комбіновану місцеву терапію – крем азелаїнової кислоти 1 раз на день, а також крем з умістом 1% метронідазолу (Розамет), який наносили двічі на день упродовж 2 міс, а 12 пацієнтам з ССТД у складі комплексної терапії призначали системні антибактеріальні препарати. Ефективність лікування визначали за швидкістю регресу вищипних елементів і суб'єктивних відчуттів хворих.

Згідно з клінічними спостереженнями, у всіх пацієнтів з ЛСТД відзначено позитивну клінічну динаміку (у 77% – клінічне одужання, у 23% – покращання), як і в пацієнтів із ССТД (у 75% – значне покращання, 16,7% – покращання, 8,3% – незначне покращання), яким, однак, призначали системні антибіотики. У всіх пацієнтів зменшилися відчуття дискомфорту в ділянці обличчя – регрес печії та свербіж. Всім хворим було рекомендовано продовжити місцево наносити крем Розамет на уражені ділянки шкіри до 3 міс з метою завершення терапії та профілактики рецидивів. Отже, лікування розацеа потребує індивідуального підходу залежно від ступеня тяжкості дерматозу. Результати досліджень свідчать, що при ЛСТД можна рекомендувати лише комбіновану топічну терапію, в тому числі застосування топічного препарату зі вмістом 1% метронідазолу (крем Розамет), водночас хворі з ССТД потребують у складі комплексної терапії тривалого системного застосування низьких доз антибіотиків.

УДК 616.5–002.1–021.5–092:612.392.64

**Патогенетичні аспекти алергодерматозів у жителів регіону з природним йододефіцитом****Денисенко О.І.**

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Алергічні захворювання шкіри – алергодерматози – є актуальною медико-соціальною проблемою сьогодення. В останні роки відзначається зростання захворюваності на алергічні дерматози з тенденцією до тяжчого їх клінічного перебігу з поширенням ураженням шкіри, частими й тривалими рецидивами, порушенням працездатності та соціальної активності хворих. Встановлено, що алергодерматози – це поліетіологічні та поліпатогенетичні захворювання шкіри, які виникають при дії екзо- та/чи аутоалергенів на тлі низьки патогенетичних чинників, серед яких – спадкова схильність, зміни імунної реактивності, розлади нервової та ендокринної регуляції тощо. **Метою роботи** було визначити стан гіпофізарно-тиреїдної системи у хворих на алергодерматози за умов постійного їх проживання в регіоні з природним йододефіцитом. Проведено обстеження 127 хворих на алергічні дерматози (екзему, atopічний та алергічний дерматити) віком від 18 до 76 років – постійних жителів Чернівецької області, яка є біогеохімічним регіоном з природною недостатністю йоду. Функціональний стан гіпофізарно-тиреїдної системи оцінювали за рівнем у сироватці крові тиреотропного гормону (ТТГ) та вільних фракцій трийодтироніну ( $T_3$ ) і тироксину ( $T_4$ ).

При визначенні у хворих на алергодерматози середніх рівнів тиреїдних гормонів і ТТГ вірогідних їх відмінностей від аналогічних показників в осіб контрольної групи встановлено не було, проте аналіз їх індивідуальних значень у кожного конкретного пацієнта виявив відхилення їх від норми більш ніж у половини – 69 (54,3%) хворих з переважанням осіб з підвищеними рівнями вільних фракцій  $T_3$  і  $T_4$  і тенденції до зниження ТТГ, що свідчить про стан гіперфункції щитоподібної залози у цих пацієнтів у період загострення в них алергічних захворювань шкіри. Водночас, зважаючи на дані літератури про можливе компенсаторне підвищення функціональної активності щитоподібної залози в період загострення алергічних дерматозів, з метою встановлення справжнього (фонового) стану щитоподібної залози у хворих на алергодерматози за умов проживання на території з природним йододефіцитом проведено обстеження цих пацієнтів у період ремісії дерматозів (через 4–5 міс після останнього загострення), внаслідок чого практично в половини – у 62 (48,8%) обстежених осіб – встановлено вірогідне зниження рівня вільної фракції  $T_3$  чи підвищений рівень ТТГ, що свідчить про наявність синдрому зниженого трийодтироніну чи стану субклінічного гіпотиреозу, які в таких пацієнтів є фоновими. Таким чином, саме синдром зниженого трийодтироніну та стан субклінічного гіпотиреозу можна віднести до факторів ризику розвитку алергічних дерматозів у жителів регіону з природним йододефіцитом.

УДК 616–002.6–036.1–036.2(477.85)

**Сучасний стан захворюваності та аспекти епідеміології сифілісу в Чернівецькій області****Денисенко О.І., Перепічка М.П.**

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Важливою медичною та соціальною проблемою сьогодення залишається сифіліс, який є системним інфекційним захворюванням і може передаватися потомству. Попри тенденції до зниження захворюваності на сифіліс в Україні, залишається значною частка прихованих (латентних) форм інфекції, що є причиною розвитку пізніх форм сифілісу з можливим розвитком вісцерального та нейро-сифілісу. Також на сучасному етапі відзначається зміна епідеміології сифілісу, що обґрунтовує актуальність вивчення як рівня й динаміки захворюваності, так і епідеміологічних особливостей сифілісу на території окремих областей країни з метою удосконалення діагностичних і профілактичних заходів у цих регіонах. **Метою роботи** було вивчити та проаналізувати показники захворюваності

та епідеміології сифілісу в Чернівецькій області за 2015–2019 рр. Проведено вивчення даних показників та їх порівняльний аналіз з показниками в Україні на підставі статистичних даних ОКУ «Чернівецький обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, інженерно-технічного та фармацевтичного супроводу діяльності закладів охорони здоров'я області» та Центру медичної статистики МОЗ України.

Встановлено, що рівень захворюваності на сифіліс у Чернівецькій області за останні 5 років (2015–2019 рр.) загалом зменшився в 1,7 раза (у 2015 р. – 11,8 випадку на 100 тис. населення, 2016 р. – 13,1, 2017 р. – 11,2, 2018 р. – 6,6, 2019 р. – 7,1 випадку). Якщо в 2015 р. він перевищував середній показник в Україні в 1,6 раза (відповідно, 11,8 та 7,4 випадку на 100 тис. населення), то в 2019 р. – став дещо нижчим за нього (відповідно, 7,1 та 7,2 випадку). Згідно з аналізом статистичних даних, захворюваність на сифіліс у Чернівецькій області є значно вищою серед міського населення: у 2015 р. – 20,6 випадку на 100 тис. населення (серед сільського населення – 9,5 випадку), 2019 р. – 11,9 випадку (серед сільського населення – 3,5 випадку), при цьому в Україні в 2019 р. захворюваність серед міського та сільського населення становила, відповідно, 6,3 та 5,3 випадку на 100 тис. населення. Отже, рівень захворюваності на сифіліс серед міського населення цієї області у 2019 р. перевищував такий серед сільського населення в 3,3 раза, а в Україні – в 1,2 раза. Також встановлено, що рівень захворюваності на сифіліс у Чернівецькій області дещо переважає серед чоловічого населення – 7,3 випадку на 100 тис. населення в 2019 р., серед жінок – 6,9 випадку, що відповідає тенденції в Україні (відповідно, 7,3 та 4,7 випадку). В 2019 р. у Чернівецькій області найвищий рівень захворюваності на сифіліс відзначався у вікових категоріях 20–24 та 40–59 років (відповідно, 15,4 та 11,4 випадку на 100 тис. населення), а загалом по Україні – 35–39 і 30–34 роки (відповідно, 12,6 та 9,6 випадку). Рівень захворюваності серед пацієнтів 60 і більше років становив 6,8 випадку на 100 тис. населення, що в 1,7 раза вище порівняно з показником в Україні (3,9 випадку). Викликає занепокоєння той факт, що в Чернівецькій області у 2019 р. рівень захворюваності на сифіліс серед жінок репродуктивного віку (15–39 років) становив 11,3 випадку на 100 тис. населення, що в 1,5 раза вище аналогічного показника в Україні (7,8 випадку). Аналіз розподілу хворих за клінічними формами сифілітичної інфекції показав, що серед жителів Чернівецької області у 2019 р. відзначалась тенденція до збільшення кількості випадків реєстрації ранніх форм сифілісу – 59 випадків (6,5 на 100 тис. населення; по Україні – 3,9) проти 56 випадків (6,2 випадку) в 2018 р. за відсутності виявлення пізніх форм сифілітичної інфекції, однак за збільшення частки реєстрації ранніх латентних форм сифілісу: 48 випадків – у 2018 р. (5,3 випадку на 100 тис. населення) та 53 випадки – у 2019 р. (5,9 випадку; по Україні – 2,4 випадку).

Таким чином, рівень захворюваності на сифіліс у Чернівецькій області за останні 5 років істотно знизився (в 1,7 раза) і досяг значення цього показника в Україні. Встановлено значно вищу захворюваність на сифілітичну інфекцію серед мешканців міст порівняно з сільськими жителями області (в 3,3 раза, в Україні – в 1,2 раза), а також визначено вікові особливості захворюваності на сифіліс у жителів регіону, зокрема констатовано високий рівень захворюваності серед жінок репродуктивного віку (в 1,5 раза вище цього показника в Україні). Попри збільшення випадків діагностики ранніх форм сифілітичної інфекції у Чернівецькій області в останні роки відзначається тенденція до збільшення кількості пацієнтів з раннім прихованим сифілісом, що слід враховувати під час обстеження жителів області та проведення цілеспрямованої профілактичної та санітарно-просвітньої роботи серед населення регіону.

УДК 616.5–002.3–085

## Особливості мікробіоценозу шкіри хворих на псоріаз

Джораєва С. К., Олійник О. І.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Нині велику увагу приділяють порушенням сталості мікробіоценозу шкіри та їх ролі в обтяженні перебігу тяжких дерматозів, у тому числі псоріазу. Псоріаз – це хронічне запальне захворювання шкіри, патогенез якого полягає в порушенні регуляції взаємодії між імунними клітинами, кератиноцитами та тригерами навколишнього середовища, зокрема мікробіотою. **Мета дослідження:** вивчення складу мікробіоценозу шкіри хворих на псоріаз з визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів (АБП) різних хімічних груп клінічно значущих різновидів стафілококів.

У дослідження було включено 27 осіб, хворих на псоріаз, з них 11 жінок, середній вік яких становив  $42,27 \pm 5,3$  року, та 16 чоловіків, середній вік яких становив  $41,81 \pm 3,41$  року. Означеним групам хворих було проведено бактеріологічне дослідження матеріалу, отриманого з осередків ураження на шкірі, з визначенням чутливості лабораторних ізолятів до АБП різних хімічних груп. Встановлено, що в складі біотопу шкіри хворих на псоріаз переважали представники роду *Staphylococcus* – 88,2%. Крім різновидів стафілококів також було ізольовано представників роду *Micrococcus*, *Corynebacterium* і *Streptococcus*, але не самостійно, а в асоціації зі стафілококами. Ступінь обсіменіння осередків ураження коливалась від  $10^4$  до  $5 \times 10^6$  КУО/мл. У структурі різновидів стафілококів переважали *S. haemolyticus* – 42,2% (18 лабораторних штамів), *S. epidermidis* – 22,2% (6 лабораторних штамів), *S. aureus* – 14,7% (5 лабораторних штамів) та *S. cohnii* – 14,7% (5 лабораторних штамів). При визначенні чутливості лабораторних штамів стафілококів до АБП різних хімічних груп встановлено, що 82,2% були резистентними до бензилпеніциліну, а 26,7% з них становили метицилінрезистентні ізоляти, що унеможливило призначення хворим у разі необхідності будь-яких  $\beta$ -лактамних антибіотиків. Лабораторні ізоляти виявили помірну резистентність до макролідів, тетрациклінів, аміноглікозидів, лінкозамідів на рівні 68,9; 48,9; 40,0 і 28,7% відповідно. Найбільшу чутливість штами проявляли до оксазолідинонів і фузидевої кислоти на рівні 91,1 і 88,9% відповідно.

**Висновки.** Проведені дослідження вказують на важливість мікробіологічного моніторингу з метою розробки раціональних підходів до лікування дерматозів, обтяжених надмірною стафілококовою колонізацією.

УДК 616.53.-002.25.-085

## Фотодинамическая терапия в лечении больных угревой болезнью

Дюдю А. Д., Полион Н. Н., Али Луай

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Акне – воспалительное заболевание волосяных фолликулов и сальных желез кожи. Как правило, очаги поражения локализуются на участках с повышенным содержанием сальных желез: лицо, грудь, спина. Акне – весьма распространенное заболевание. Согласно статистическим данным, им страдает до 80% населения в возрасте от 12 до 25 лет и примерно 30–40% лиц старше 25 лет. Более чем в одной трети случаев эта патология требует серьезного, подчас длительного лечения у специалиста.

Патогенез акне многообразен и сложен. Ключевыми факторами развития этого заболевания являются: нарушение циркуляции некоторых гормонов, дисбаланс липидов, фолликулярный гиперкератоз, возрастание патогенности микроорганизмов и развитие воспаления. При угревой болезни нарушаются процессы ороговения в устье волосяных фолликулов, куда открываются протоки сальных желез. Это приводит к закупорке роговыми чешуйками устья волосяного фолликула. Нарушение дренажной функции сально-волосяного фолликула, скопление кожного сала с измененной качественной и количественной характеристикой и отмерших роговых



чешук внутрі фолликула створюють сприятливі умови для розмноження мікроорганізмів. Все зазначені фактори обумовлюють розвиток запалення в очагах з формуванням клінічних проявів. Наявність угревої сьпи на видимих ділянках шкіри значно знижує самооцінку, викликає тривогу, депресію, дисморфобію. Пацієнти з акне дуже складно адаптуються в соціальному середовищі, серед них велика частка безробітних і самотніх осіб.

При лікуванні акне легкої і середньої тяжкості застосовують препарати для зовнішньої терапії: креми, гелі, мазі, лосьйони і т. п., що містять різні активні речовини (ретиноїди, антибіотики, бензоїл-пероксид і др.), що запобігають утворенню комедонів або руйнують їх, зменшують утворення шкірного сала і сприяють зменшенню запальної реакції. При більш тяжких формах акне призначають системні ретиноїди і антибіотики, які мають ряд небажаних реакцій.

Потреба в безпечній і високоєфективній лікувальній методі послужила стимулом для розробки фотодинамічної терапії (ФДТ) як ефективного методу лікування акне. ФДТ – це нова косметологічна технологія, яку використовують в догляді за шкірою і лікуванні акне. В ФДТ використовують світлодіодний джерело світла в поєднанні з світлочувствувальними косметичними або лікарськими засобами для лікування акне, розацеа. Енергія фотонів позитивно впливає на клітини шкіри, прискорює їх ріст, покращує вироблення колагену і еластину, сприяє мікроциркуляції крові і покращує загальний стан шкіри. **Цілью роботи** було вивчення ефективності і переносимості амінолевулінової кислоти (АЛК) в комплексній ФДТ акне.

В дослідженні брали участь 18 осіб з акне в віці від 18 до 28 років, їм проводили стандартні клінічні або лабораторні дослідження. Особи були розподілені в дві аналогічні групи по 9 осіб. Всім досліджуваным особам в час лікування і після застосування максимальної фотозахисти. Особам першої групи проводили облучення уражених ділянок шкіри світлодіодним світлодіодним пристроєм Omega light low level led з імпульсним світлом в червоному діапазоні спектра ( $630 \pm 10$  нм, глибини 1). Особам другої групи перед облученням світлодіодним світлодіодним пристроєм наносили в якості фотосенсибілізатора АЛК (Levuderm) з експозицією в час 3 хв. Після лікування (1 раз в тиждень в час 4-тижневого курсу) помітне покращення відзначалося у 88,9% осіб другої групи і у 77,8% осіб першої групи, їм призначали ФДТ з фотосенсибілізатором. Побічні ефекти були транзиторного характеру, відзначали головним чином у осіб, що отримували ФДТ з АЛК, і включали еритему, почервоніння, іноді біль і утворення корок.

Незважаючи на незначительні небажані ефекти, які виникли в час лікування, вже зараз можна стверджувати, що ФДТ акне з фотосенсибілізуючим препаратом Levuderm є перспективним методом лікування, практично не супроводжується побічними ефектами і не призводить до збільшення тяжкості захворювання при наступних рецидивах. Застосування ФДТ в поєднанні з фотосенсибілізатором АЛК дає хороші косметичні результати і є хорошим методом, що дозволяє досягти повного одужання від акне з відсутністю рецидивів в час тривалого терміну.

УДК 618.11–03.1–067

## Частота інфікування вірусом папіломи людини новонароджених, 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

Проблема діагностики та лікування захворювань, асоційованих з вірусом папіломи людини (ВПЛ), в останні роки привертає особливу увагу в зв'язку з різким зростанням захворюваності, значною контагиозністю і високим онкогенним потенціалом збудника. Дані про поширення ВПЛ у вагітних досить неоднорідні. Деякі дослідники відзначають, що загалом у них частота інфікованості папіломавірусами становить 30–65%, а інфікованість високоонкогенними генотипами – 20–30%. Є публікації, де йдеться про вищу інфікованість вагітних жінок у порівнянні з невагітними. У дітей можливі 3 способи інфікування: від матері до дитини (трансплацентарно; під час пологів, у тому числі шляхом кесаревого розтину; через слину або грудне молоко); повітряно-краплинним або контактно-побутовим шляхом. Деякі автори вважають, що ризик інфікування плода прямо пропорційний тяжкості інфекції (кількості вірусних частинок). Причому персистенція папіломавірусів упродовж декількох років у клітинах слизової оболонки верхніх дихальних шляхів дитини може стати причиною папіломатозу гортані. **Метою дослідження** було вивчення частоти інфікованості верхніх дихальних шляхів ВПЛ у новонароджених, які народилися у матерів з папіломавірусною інфекцією після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки.

Основну групу становили 40 новонароджених, які народилися у матерів з папіломавірусною інфекцією після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки. До групи порівняння увійшли 40 дітей, які народилися у матерів з фізіологічним перебігом вагітності і неускладненим анамнезом. Збір матеріалу проводили на 5-й день життя дитини шляхом взяття зіскрібка зі щік і горла. Для визначення ДНК ВПЛ в зразках діти були обстежені методом полімеразної ланцюгової реакції, завдяки якій виділяли ДНК папіломавірусів високоонкогенного (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58, 59, 66) і низькоонкогенного (6 і 11 генотипи) ризику, а також кількісної полімеразної ланцюгової реакції – для визначення вірусного навантаження з використанням тест-систем. З огляду на ризик передачі ВПЛ не лише через пологові шляхи, а й контактним шляхом за допомогою різних маніпуляцій нами проаналізовано тип вигодовування новонароджених у пологовому будинку.

Результати досліджень показали, що стан усіх дітей після народження було оцінено як задовільний. Діти основної групи та групи порівняння після народження перебували на вільному режимі грудного вигодовування. 87,5% новонароджених основної групи вигодовувалися грудним молоком. 12,5% дітей основної групи і 5,0% дітей групи порівняння отримували догодовування сумішшю до фізіологічного об'єму, відповідно до віку, через зниження лактації у їх матерів. У 82,5% дітей основної та 95,0% дітей групи порівняння ранній неонатальний період протікав задовільно. Під час верифікації ДНК ВПЛ у новонароджених обстежуваних груп у групі порівняння інфікованих ВПЛ не виявлено. Частота інфікованості новонароджених основної групи була 22,5%. У 92,5% випадків виявляли папіломавіруси високого онкогенного ризику (генотипи 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58, 59, 66) і в 7,5% – низькоонкогенного (генотипи 6 і 11) ризику. Папіломавірусна інфекція у вигляді моноінфекції визначалася у 57,5% випадків. У 42,5% випадків було виявлено відразу кілька генотипів ВПЛ. Серед генотипів переважали типи 16, 31 і 33, які зустрічалися в 27,5% випадків кожен. Середнє вірусне навантаження в зразках, взятих у новонароджених основної групи було вище порога клінічної значущості і становило  $3,84 \pm 1,32$  lg г.е. на 100 тис. клітин.

Таким чином, є необхідним спостереження дітей, які народилися у матерів з папіломавірусною інфекцією після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки, враховуючи те, що в них висока ймовірність персистенції ВПЛ у верхніх дихальних шляхах і розвитку клінічних проявів респіраторного папіломатозу в майбутньому. Проведення ефективних противірусних заходів у жінок з папіломавірусною інфекцією перед плануванням вагітності є профілактикою розвитку в дітей вірус-асоційованих захворювань верхніх дихальних шляхів.

УДК 616.517–056.12

## Мікробіота шкіри у хворих на поширений псоріаз

Жукова Н.В.<sup>1</sup>, Солошенко Е.М.<sup>2</sup>, Шаповалова О.В.<sup>3</sup>, Гіржанова І.В.<sup>4</sup><sup>1</sup> КНП «Харківський міський шкірно-венерологічний диспансер № 2»<sup>2</sup> ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»<sup>3</sup> Національний фармацевтичний університет, м. Харків<sup>4</sup> ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечнікова НАМН України», м. Харків

Псоріаз є одним з найпоширеніших хронічних рецидивних мультифакторних дерматозів, що характеризується запаленням дерми з порушенням кератинізації в бік гіперпроліферації епідермальних клітин, а також ураженням нігтів, суглобів і волосистої ділянки голови. За даними відомих публікацій, на псоріаз страждає 3–4% населення планети, незалежно від статі, віку та етнічної належності, при цьому питома вага хворих на цю патологію в загальній структурі шкірних хвороб сягає від 10 до 40%. Однак, незважаючи на широке поширення псоріазу і численність досліджень з цієї проблеми, дотепер не склалося однозначних уявлень про його патогенез, зокрема залишається невисвітленою роль стану мікробіоти шкіри.

Об'єктом мікробіологічних досліджень були мікроорганізми, що виділялися як зі шкіри уражених ділянок хворих на псоріаз, так і зі здорових ділянок шкіри без ознак шкірного захворювання. Кількість мікроорганізмів виражали в колонієутворювальних одиницях (КУО) на 1 мл відокремлюваного з осередку. Всього проведено 122 дослідження мікробіоценозу шкіри від 29 хворих на поширений псоріаз, прогресуючої стадії, бляшкової форми (16 чоловіків і 13 жінок) віком від 16 до 78 років та від 10 умовно здорових волонтерів (з них жінок – 5 осіб, чоловіків – 5 осіб).

Результати проведених досліджень свідчили, що у хворих на поширений псоріаз на поверхні ураженої шкіри виявляли різні штами стафілококів – *Staphylococcus hominis* (26,32%), *Staphylococcus epidermidis* (21,05%), *Staphylococcus haemolyticus* (15,8%), *Micrococcus* spp. (10,53%), *Staphylococcus aureus* (7,9%), *Staphylococcus saprophyticus* (5,26%), тоді як на контрольних ділянках умовно здорової шкіри реєстрували переважно *Staphylococcus epidermidis* (27,78%), *Corynebacterium* spp. (25,0%), *Staphylococcus hominis* (13,88%).

Таким чином, у хворих на псоріаз виявлені порушення мікробіоценозу шкіри з уражених і умовно здорових ділянок, що характеризувалися зміною якісного і кількісного видового спектру мікроорганізмів, а саме появою в осередках ураження *S. haemolyticus*, вірогідного підвищення *Corynebacterium* spp., *Micrococcus* spp., *S. hominis*, *Staphylococcus capitis*, *Staphylococcus aureus* на фоні зниження або вірогідного підвищення вмісту *S. epidermidis*.

УДК 616.5–06:616.891]-036.1–07

## Psychosomatic skin diseases as an interdisciplinary problem

Karvatska Yu. P.

Higher State Educational Establishment Of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi

Psychosomatic skin diseases are registered quite often, they account for 14–18% in the structure of skin pathology and are an urgent problem of dermatovenereology. At the same time, every fifth patient in psychotherapy hospitals has skin symptoms. One of the main causes of these diseases are psychogenic factors. The group of psychosomatic dermatoses includes such common diseases as psoriasis, herpes zoster, neurodermatitis, urticaria, eczema and others. According to clinical observations, the frequency of emotional factors among other causes of recurrence and recurrence of their dermatoses is 25–50%, and treatment of almost 40% of such patients is ineffective if we do not take into account the role of psychogenic factors in the development of these dermatoses. Due to this, psychosomatic skin diseases are an interdisciplinary problem, they need a comprehensive approach to their diagnosis, treatment and prevention of their exacerbations, which involve not only dermatologists but also doctors of other specialties.

While examining the patient with psychosomatic dermatoses we should remember that skin is an organ of the human body, which is available for inspection by others, so any changes in the condition of the skin are a significant psychogenic problem for the patient, even if these are minimal manifestations. At the same time, due to the proximity of the skin and the nervous system in the genetic aspect, in the development of psychogenic disorders or psychological diseases in humans, skin changes or unintentional damage to the skin by the patient often occur. The causes of psychosomatic diseases are more mental processes of the patient than the direct physiological causes. If a medical examination cannot identify the physical or organic cause of the illness, or the illness is the result of emotional processes such as anger, anxiety, depression, etc., then the illness can be classified as psychosomatic. Those skin diseases that belong to the group of psychosomatic dermatoses – psoriasis, lichen ruber planus, urticaria, eczema, neurodermatitis and others, doctor have to point out that it is important for the future specialist is not only to recognize clinical signs of the actual dermatological disease, but also to remember the neurogenic causes and triggers of psychosomatic diseases and distinguish from dermatological artifacts such as dermatomania (trichotillomania, onychophagia, neurotic excoriation), mutilation (simulation, aggravation, pathomia), psychopathy (mythomania, neurotic excoriations, arthritic cheilitis, etc.). Treatment of psychosomatic diseases directly depends on the dominant causes, the patient himself, his desire to be healthy and the competence of specialists and is a complex process that involves the interaction of specialists in various fields of medicine: psychologists, psychotherapists, dermatologists.

Thus, while treating psychosomatic skin diseases it is important to have an interdisciplinary approach and understanding of the diversity of pathogenetic links of psychophysiological processes in the development and course of psychosomatic dermatoses, as well as mastering modern methods and techniques of treatment and rehabilitation of patients with psychosomatic skin diseases.

УДК 616.517–06–091.8–092

## Дослідження частоти коморбідних станів у хворих на псоріаз

Коваленко А.Ю., Макуріна Г.І.

Запорізький державний медичний університет

Псоріаз залишається однією з актуальних проблем сучасної клінічної дерматології. Поширеність псоріазу в Україні впродовж останніх десятиріч неухильно зростає. Значна кількість клінічних форм дерматозу, індивідуальний характер перебігу, складний патогенез, різноманіття терапевтичних напрямів створюють значні складнощі для діагностики та лікування пацієнтів. Досліджено різні ланки патогенезу цього захворювання, визначено основні напрями терапії, але дотепер проблема лікування хворих на цей дерматоз залишається відкритою. Відомо, що у хворих на псоріаз підвищується ризик тяжких хронічних захворювань: артеріальної гіпертензії, серцево-судинної патології, цукрового діабету та інших так званих коморбідних захворювань. **Метою роботи** було дослідити, яка патологія зустрічалася у хворих на псоріаз найчастіше.

Дослідження проводили серед 107 пацієнтів, які перебували на лікуванні в стаціонарі КУ «ЗОШВКД ЗОР» у 2019–2020 рр. Діагноз псоріазу встановлювали на підставі характерної клінічної картини дерматозу, для діагностики коморбідних станів використовували додаткові лабораторні та інструментальні методи, анкетування за госпітальною шкалою депресії. У результаті обстеження явища тривоги або депресії спостерігали в 72 пацієнтів (67,3%), підвищений індекс маси тіла – 59 (55,1%), артеріальна гіпертензія була виявлена у 48 осіб (44,9%), гіперглікемія – 11 (10,3%), дисліпідемія – 31 (29,0%). Слід зазначити, що за наявності супутньої патології спостерігався тяжчий та ускладнений перебіг псоріазу. Таким чином, найчастішою патологією, яка виявлялась у хворих на псоріаз, були психоемоційні розлади. Володіючи цими знаннями, треба запроваджувати заходи для запобігання зазначеним станам: проводити ранню діагностику за допомогою анкетування, змінювати спосіб життя та призначати препарати, що покращують психічний стан пацієнтів.

УДК 681.142.35:518

## О влиянии профессионально-производственных факторов на состояние здоровья рабочих кожаной промышленности в Украине

Кугаевская Н.В.<sup>1</sup>, Солошенко Э.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> НИИ гигиены труда и профессиональных заболеваний ХНМУ, г. Харьков

<sup>2</sup> ГП «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Кожаная промышленность среди всех отраслей легкой промышленности Украины является одной из наиболее перспективных. На кожаных заводах работает значительный контингент рабочих, 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 современное состояние научных исследований в данной отрасли, этот вид производства еще не стал объектом комплексных клинических и санитарно-гигиенических исследований, которые включали бы и изучение условий труда с учетом особенностей технологического процесса, многообразия вредных производственных факторов и оценку токсических свойств используемых химических соединений.

Гигиенические исследования и оценка состояния здоровья работающих по данным углубленного медицинского осмотра и заболеваемости с временной утратой трудоспособности выполнены на 2 кожаных предприятиях Украины: КПО «Большевик» (г. Харьков) и АО «Возко» (г. Вознесенск Николаевской обл.). Гигиенические исследования включали изучение химического состава воздуха рабочей зоны, измерение параметров шума и вибрации на рабочих местах производственного оборудования, параметров микроклимата, определение показателей тяжести и напряженности труда, производственного освещения, гигиенических особенностей технологических процессов зольения, дубления, крашения, механической обработки мокрого полуфабриката (мездрение, отжим, разводка, строжка), растяжки и сушки, обработки сухих кож (шлифовка, прессование, апшретирование), а также определение показателей тяжести и напряженности труда, производственного освещения. Условия труда на этапе первичной обработки кожанно-мехового сырья на кожанно-сырьевом заводе, в производствах хромовой и подошвенной кожи, при приготовлении химических реагентов, переработке мездры и изготовлении товаров народного потребления.

Сравнивая состояние здоровья рабочих двух кожаных предприятий – Харьковского и Вознесенского, – отмечали общие черты выявленной патологии, которые с большой долей уверенности можно считать профессионально-обусловленными и связанными с условиями труда. Это, во-первых, дистрофические и воспалительные изменения слизистой носоглотки в форме вазомоторных (аллергических) ринитов, фарингитов, ларингитов, наиболее часто встречающиеся в тех профессиях, где имеется значительный контакт с химическими веществами раздражающего действия (сернистый ангидрид, кислоты серная и муравьиная, хроматы, формальдегид, аммиак, фенол, сероводород, метилакрилат). При этом четко прослеживается нарастание патологии с увеличением производственного стажа. Во-вторых, это вертеброгенная патология с ее клиническими проявлениями в виде болевого синдрома, развитие которой обусловлено тяжестью труда из-за пребывания рабочих более 40% рабочего времени в неблагоприятной рабочей позе в наклонном положении туловища, а также большого числа наклонов туловища в смену. В третьих, это частые заболевания микозами, обусловленные ношением прорезиненной спецодежды и спецобуви, что способствует распространению грибковой инфекции.

Из выявленных различий в состоянии здоровья работающих на этих двух кожаных предприятиях следует отметить преобладание среди терапевтической патологии на ХКО «Большевик» сердечно-сосудистых заболеваний (чаще всего гипертонической болезни), а на Вознесенском заводе – заболеваний желудочно-кишечного тракта. Более частая сердечно-сосудистая патология у рабочих Харьковского кожаного завода «Большевик» может быть обусловлена нахождением предприятия в большом городе, где на человека влияет высокий уровень урбанизации (Вознесенский завод расположен в сельской местности), а также большей степенью тяжести труда (показатель тяжести труда на ХКО «Большевик» 4,69, а на Вознесенском предприятии – 3,85 усл. ед.). Частая выявляемость желудочно-кишечных заболеваний на Вознесенском кожзаводе, вероятно, связана с сочетанным влиянием неблагоприятных производственных факторов, что подтверждается повышением суммарного показателя «вредности» труда на 13,7% по сравнению с ХКО «Большевик», в которой ведущую роль скорее всего играет химический фактор, более чем вдвое превышающий таковой на ХКО «Большевик» (соответственно, 0,50 и 0,24 усл. ед.).

Таким образом, сравнительный анализ влияния профессионально-производственных факторов на состояние здоровья рабочих двух кожаных предприятий Украины, находящихся в различных географических зонах, можно сделать следующие выводы: 1. Производственные факторы химической природы раздражающего и дистрофического действия вызывают поражение прежде всего верхних дыхательных путей, что оценивается как стигма профессионального воздействия, а при выраженных клинических проявлениях – как профессионально-обусловленные заболевания. 2. На частоту вертеброгенной патологии оказывает влияние тяжесть труда. 3. Грибковые поражения кожи могут быть причиной сенсibilизации и возникновения аллергодерматозов и других аллергозов. 4. Четкого влияния условий труда на частоту наиболее распространенных заболеваний терапевтической группы установить не удается.

УДК 579.861.2:616.5–002–056.3(043.3)

## Лабораторні підступи до діагностики та прогнозування перебігу алергодерматозів, обтяжених стафілококовою інфекцією

Кутасевич Я.Ф., Джораєва С.К., Гончаренко В.В., Соболь Н.В., Щоголева О.В., Іванцова О.К., Усік І.В.  
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

За даними ВООЗ, алергійні захворювання, до яких можна віднести й хронічні алергодерматози, а саме атопічний дерматит (АД) та справжню екзему (СЕ), посідають третє місце у світі після серцево-судинної та онкопатології. Останні дослідження свідчать про те, що бактерії і гриби здатні посилювати або підтримувати запальний процес шкіри хворих на алергодерматози, зумовлювати сенсibilізацію організму, пригнічувати функціональну активність клітин імунної системи. Це обумовлює

тяжкість захворювання, складність вибору оптимальної терапії (особливо зовнішньої) та резистентність до неї, це підкреслює актуальність досліджень, спрямованих на вивчення взаємодії між *Staphylococcus aureus* і макроорганізмом. Окрім того, залишається недостатньо вивченою ефективність різних лабораторних методів діагностики у хворих на алергодерматози інфекційно-запальних ускладнень стафілококового генезу та не розробленими доступні для широкого використання прогностичні критерії розвитку їх важких форм. **Мета дослідження** – розробити прогностичні критерії тяжкості перебігу алергодерматозів, обтяжених стафілоковою інфекцією, на підставі бактеріологічних та імунологічних показників пацієнтів і фенотипових характеристик штамів стафілококів.

У дослідження було включено 252 пацієнти, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні дерматології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», та 40 практично здорових осіб репрезентативного віку та статі. За нозологічними формами алергодерматозів розподіл обстежених хворих становив: АД – 95 пацієнтів (середній вік – 27,8 року) та СЕ – 157 хворих (середній вік – 47,8 року). Особливості виникнення та розвитку захворювання встановлювали на підставі скарг хворих, даних анамнезу життя та хвороби, а також результатів клінічного обстеження. Усім пацієнтам основної групи було проведено визначення бальної оцінки проявів і тяжкості алергодерматозів: АД – за допомогою напівкількісної шкали SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis); СЕ – за допомогою індексу тяжкості захворювання і площі ураження EASI (Eczema area and severity index). Пацієнтам на початку лікування були проведені бактеріологічні дослідження з визначенням складу основних біотопів (шкіра, верхні дихальні шляхи) та імунологічне обстеження зі встановленням рівнів специфічних IgE до аутоштамів *S. aureus*.

У результаті вивчення складових мікробіоти ураженої та інтактної шкіри було відзначено домінування представників роду *Staphylococcus* як у вогнищах ураження пацієнтів усіх груп, так і на контрольних ділянках шкіри практично здорових осіб. Сумарний відсоток стафілококів серед штамів мікроорганізмів, вилучених з біотопу «шкіра» від хворих на алергодерматози, сягав 89,5 і 88,9% від практично здорових осіб. Різниця спостерігалася у видовому складі стафілококів (з домінуванням *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*) і за ступенем обсіменіння шкіри хворих на алергодерматози. При вивченні у хворих рівнів обсіменіння осередків ураження показано, що навіть у пацієнтів з легким ступенем тяжкості алергодерматозів показники достовірно відрізнялись від показників контрольної групи:  $(5,1 \pm 0,2)$  lg КУО/см<sup>2</sup> у хворих на АД та  $(5,1 \pm 0,2)$  lg КУО/см<sup>2</sup> у хворих на СЕ проти  $(4,3 \pm 0,2)$  lg КУО/см<sup>2</sup> у контрольній групі ( $p \leq 0,05$ ). Найбільш ця різниця помітна у хворих з помірним і важким ступенем тяжкості захворювань:  $(6,5 \pm 0,2)$  і  $(7,0 \pm 0,2)$  lg КУО/см<sup>2</sup> у хворих на АД та  $(5,9 \pm 0,1)$  і  $(6,0 \pm 0,1)$  lg КУО/см<sup>2</sup> – на СЕ відповідно ( $p \leq 0,05$ ).

При дослідженні біоматеріалу, отриманого з верхніх дихальних шляхів хворих на АД, показано, що зі збільшенням ступеня тяжкості захворювання також поглиблюються і дисбіотичні зміни у складі мікроценозів верхніх дихальних шляхів. Кількість ізоляцій штамів *S. aureus* зростає з 7,7% при легкому ступені тяжкості АД до 25,8% при помірному та до 51,7% – при важкому. Аналогічна тенденція спостерігалась при дослідженні матеріалу від хворих на СЕ зі зростанням кількості вилучень штамів *S. aureus* зі збільшенням ступеня тяжкості хвороби: з 7,4% при легкому до 15,3% та 21,5% при помірному та важкому, тоді як кількість ізоляцій штамів *S. epidermidis* мала зворотну залежність зі зниженням кількості виділення з 48,2% до 47,5% та 35,4% відповідно.

Під час проведення імунологічних досліджень встановлено, що в порівнянні з контрольною групою здорових осіб найвищі ( $p \leq 0,05$ ) ступені сенсибілізації до антигенів стафілококів виявлено у групах хворих з помірним і важким ступенем тяжкості АД з рівнями сироваткових IgE, відповідно:  $(0,5 \pm 0,1)$  і  $(14,9 \pm 1,0)$  та  $(40,5 \pm 5,4)$  УО/мл. У пацієнтів з важким і помірним ступенем тяжкості СЕ теж встановлено високий ступінь сенсибілізації до антигенів стафілококів, але з дещо нижчим ступенем зростання рівнів специфічних сироваткових IgE відносно їх величин у здорових осіб контрольної групи, відповідно:  $(15,8 \pm 1,5)$  і  $(8,4 \pm 0,5)$  та  $(0,5 \pm 0,1)$  УО/мл.

Таким чином, за результатами багатофакторного аналізу визначено показники та їх величини (з достатнім рівнем дискримінативності і достовірності) для використання поєднаних і самостійних прогностичних критеріїв розвитку важкого ступеня АД та СЕ. Достовірно вищу ймовірність важкого перебігу алергодерматозів прогнозують у пацієнтів з рівнями мікробного обсіменіння осередків ураженої шкіри  $\geq 6,5$  lg КУО/см<sup>2</sup> при АД і  $\geq 6,0$  lg КУО/см<sup>2</sup> при СЕ ( $p \leq 0,05$ ) і специфічних сироваткових IgE до ПКАг ауто-*Staph*  $\geq 15$  УО/мл при АД ( $p \leq 0,01$ ) і  $\geq 8,5$  УО/мл при СЕ ( $p \leq 0,02$ ).

УДК 616.527–07–085.357+615.27

## Клініко-анамнестичні критерії стероїдної резистентності хворих на акантолітичний пемфігус

Кутасевич Я. Ф., Олійник І. О., Маштакова І. О., Абдалла А. Е.-С. Е.-С.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Акантолітичний пемфігус (АП) – це тяжке аутоімунне захворювання шкіри та/або слизових оболонок, що має високий відсоток летальності (до 10%) та майже у 80% випадках призводить до інвалідизації. **Мета роботи:** визначити клініко-анамнестичні критерії стероїдрезистентності хворих на АП.

Під час аналізу 174 випадків враховували вік і стать пацієнтів; чинники, що сприяли появі первинного висипу та його локалізації; чинники, що сприяли розвитку загострення; ступінь поширення дерматозу (індекс IKEDA); стартову дозу системних глюкокортикостероїдів (СГКС) та дозу, на якій спостерігали загострення. За результатами аналізу 174 випадків були сформовані 2 групи. До I групи увійшли хворі, які отримували СГКС-терапію, вона налічувала 70 випадків. У II групі налічувалось 104 випадки, де хворим окрім СГКС призначали імунодепресанти (ІД). Середній вік хворих у I групі був більший, ніж у II групі:  $54 \pm 1,42$  та  $50,76 \pm 1,25$  відповідно. За гендерним розподілом у обох групах переважали жінки: I група жінки/чоловіки (ж/ч) – 1,7/1; II група ж/ч – 1,97/1. Як найпоширенішу причину дебюту дерматозу зазначали стрес, застуду, лікування зубів, інсоляцію в обох групах, та більша кількість хворих (I група – 28,6%, II – 34,7%) появу первинного висипу ні з чим не пов'язувала. За тяжкістю дерматозу в I групі переважали з легким перебігом (майже 50%), у II групі – з середнім ступенем тяжкості (53%). Стартова доза (с.д.) СГКС у хворих I групи коливалась від 160 до 45 мг/добу, хворі впродовж першого року досягали базисної підтримувальної дози 25–20 мг/добу. Загострення виникало через 1–2 роки внаслідок застуди – в 27,1% випадків, стресу – 21,4%, синдрому відміни – 14,2%, рентген-опромінення – 11,3% тощо; у 12,8% випадків причину загострення встановити не вдалося. У II групі с.д. СГКС починалась із 160–60 мг/добу. Хворим у 20,2% випадках призначали імунодепресанти (ІД) на 2-й тиждень лікування за відсутності терапевтичного ефекту від високих доз преднізолону. У 21,2% випадків загострення виникало в разі спроби зниження СГКС на 15–20% від с.д. та у 58,6% – на дозі 37,5–35 мг/добу.

**Висновки.** Клініко-анамнестичними критеріями стероїдрезистентності є: відсутність позитивної динаміки дерматозу при високих дозах СГКС при монотерапії, що не дає змоги знижувати дозу гормонів; часті рецидиви та торпідний перебіг загострення дерматозу, що призводить до необхідності комбінованої терапії СГКС та ІД або цитостатичних препаратів.



УДК 616.5:616–002.828:616.596:616–08–031.84

## Лікування оніхомікозів у хворих на псоріатичну оніходистрофію

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

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

За даними літератури, поширеність оніхомікозу серед осіб, що страждають на псоріаз, становить 10–22%. Відмічається постійне зростання цього показника, що зумовлює необхідність розробки нових методів терапії. **Мета** – підвищити ефективність терапії хворих на псоріатичну оніходистрофію, ускладнену оніхомікозом, шляхом використання у комплексному лікуванні засобів, що покращують структуру нігтьової пластини.

Під наглядом було 27 хворих на псоріатичну оніходистрофію, ускладнену оніхомікозом. Із них 21 пацієнт страждав на артропатичний псоріаз. Вік пацієнтів становив від 42 до 65 років. У всіх хворих відмічалось ураження нігтьових пластин як на кистях, так і на стопах. Під час мікроскопічного дослідження в 74,1% було виявлено дерматоміцети, в 25,9% – дріжджові клітини. В комплексному лікуванні хворі отримували комбіновану зовнішню терапію оніхомікозів: 1) відшарування нігтьових пластин; 2) 1% розчин нафтифіну гідрохлориду; 3) мікозан набір для нігтів. Курс лікування тривав 6–12 міс.

**Отримані результати:** після проведеної терапії відмічалось значне покращення структури нігтьової пластини, а саме: припинення розвитку оніхогрифозу, поява блиску та гладкості поверхні. На 6-му місяці у 78,2% хворих була досягнута мікологічна негативація. Клінічна ремісія відмічалась на 7–8-му місяці терапії. Таким чином, хворі на псоріатичну оніходистрофію мають бути обстеженими на мікотичну інфекцію та отримувати комплексну місцеву терапію з використанням засобів, що покращують структуру нігтьової пластини (Мікозан) з метою прискорення строків клінічної та мікологічної негативації.

УДК 619.972–07

## Місце серологічних показників ліквору під час встановлення діагнозу нейросифілісу

Кутова В. В., Білоконь О. М., Бондаренко Г. М.,  
Нікітенко І. М., Дегтяр Т. В., Губенко Т. В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Останніми роками в Україні на тлі зниження захворюваності на сифіліс спостерігається зростання частки пізніх його форм. Актуальність цієї роботи зумовлена необхідністю вдосконалення методик діагностики та моніторингу випадків нейросифілісу, захворюваність яким у сьогоденній епідеміологічній ситуації залишається високою. Для діагностики сифілісу зазвичай використовують трепонемні тести, що дають змогу виявити специфічні антитіла в сироватці хворих на всіх стадіях захворювання. Водночас отримані результати не завжди дають можливість встановити діагноз нейросифілісу. З цієї точки зору являє інтерес простеження відповідності серологічних показників рівня антитіл до *Treponema pallidum* у лікворі пацієнтів з пізніми формами сифілісу. **Метою дослідження** був аналіз співвідношення серологічних показників і діагностичних можливостей лабораторних методів під час дослідження ліквору для підтвердження діагнозу нейросифілісу.

Об'єктом дослідження став ліквор пацієнтів з пізніми формами сифілісу. Для встановлення діагнозу нейросифілісу проводили постановку регламентованих імунологічних реакцій відповідно до діючих методичних рекомендацій і наказів МОЗ України: реакція мікропреципітації (РМП), метод імуноферментного аналізу (ІФА), реакція імунофлуоресценції (РІФ-ц), реакція пасивної гемаглютинації (РПГА), метод імуноблоту (ІБТ) в модифікації ІФА-Different. Як відомо, в разі виявлення позитивних серологічних реакцій на сифіліс у сироватці хворих діагноз нейросифілісу може бути встановлений тільки за наявності позитивних реакцій у лікворі. У всіх 23 пацієнтів з неврологічними симптомами і підозрою на можливу етіологічну роль сифілітичної інфекції в розвитку цих симптомів проведено дослідження спинномозкової рідини на наявність специфічних антитіл до *Tr. pallidum*.

Всі зразки ліквору досліджували за допомогою нетрепонемних (НТТ) і трепонемних (ТТ) серологічних методів. У 23 (100%) зразках ліквору всіх пацієнтів з діагнозом «пізній сифіліс» при постановці РМП неспецифічні антитіла до кардіоліпінового антигену не виявлені, що вказує на відсутність активного процесу. З 23 зразків ліквору, отриманих від пацієнтів з пізніми формами сифілісу за допомогою ТТ, в 13 (56,5%) випадках за допомогою методу ІФА виявлено сумарні IgG+IgM до *Tr. pallidum*, і в одному випадку показник був сумнівний. Під час наступного тестування позитивних за ІФА зразків ліквору з використанням методів РПГА і РІФ-ц результати були позитивними (++++) в 6 (46,2%) зразках, в 7 (53,8%) – слабопозитивними (++) . Методом ІФА частота виявлення трепонемних антитіл була вищою, ніж за допомогою методів РПГА, РІФ-ц, і становила 13 (56,5%) і 6 (46,2%) відповідно. Позитивні та слабопозитивні результати, без клінічних проявів інфекції, наразі не є достатніми для встановлення діагнозу нейросифілісу, тому нами проведено верифікацію результатів аналізів, отриманих методами ІФА, РПГА і РІФ-ц з використанням ІБТ у модифікації ІФА-Different.

Імуноблот є високоспецифічним референтним методом для вищезазначених результатів ТТ з позитивними, слабопозитивними або невизначеними результатами аналізів, отриманих в тому числі за допомогою РПГА, РІФ, ІФА. Цей метод дає змогу виявити антитіла до відповідних антигенів *Tr. pallidum* в залежності від їх молекулярної маси (15, 17, 41, 47 kDa). В одній реакції може бути виявлено зв'язування антитіл з декількома антигенами, кожен з яких може бути точно охарактеризований. Під час постановки ІБТ у модифікації ІФА-Different з 13 зразками ліквору позитивними до білка 17 виявились всі (100%) зразки, що співпадало з результатами ІФА і вказувало на сифілітичну інфекцію в минулому. Із них до 3 білків – 17, 15, 47 – у 2 (15,4%) випадках; до 2 білків – 17, 15 – у 4 (30,8%) випадках відповідно; до білка 41 не було позитивних результатів в жодному випадку.

Виходячи з отриманих даних, за результатами ІБТ в модифікації ІФА-Different в 6 (46,2%) зразках ліквору виявлені імуноглобуліни до 2 і більше білків – 17, 15, 47, що переконливо свідчить про наявність нейроінфекції натеper. В 7 (53,8%) випадках виявлені імуноглобуліни тільки до 1 білка – 17, що також вказувало на перенесену в минулому сифілітичну інфекцію. Таким чином, ІБТ у модифікації ІФА-Different дав можливість верифікувати діагноз нейросифілісу у 6 (46,2%) пацієнтів за наявністю в зразках ліквору імуноглобулінів до *Tr. pallidum*. Все вищевикладене вказує на можливість і необхідність використання в клінічній практиці в складних діагностичних ситуаціях, де необхідна адекватна інтерпретація лабораторних результатів, комплексного клініко-серологічного обстеження пацієнтів з позитивними серологічними реакціями на сифіліс для встановлення діагнозу нейросифілісу.

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

## Особливості перебігу протозойних статевих інвазій, спричинених представниками *Trichomonas*, з урахуванням порушень психоемоційного стану пацієнтів

Мавров Г.І.<sup>1,2</sup>, Осінська Т.В.<sup>1</sup>, Щербакова Ю.В.<sup>1,2</sup>,  
Калашнікова І.В.<sup>1</sup>, Зеленська Т.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

<sup>2</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Відомо, що в організмі людини можуть жити кілька десятків найпростіших мікроорганізмів. Морфологічно вони можуть бути досить схожими з *Trichomonas vaginalis*, а саме *Trichomonas tenax (elongata)*, що мешкає в каріозних зубах і запалених ясеневих кишнях, і *Pentatrichomonas hominis (abdominalis)* – коменсалом товстого кишківника людини. Тим не менш, донедавна вважали, що виключно *T. vaginalis* здатна колонізувати уrogenітальний тракт і спричинювати в ньому запальні процеси, що в багатьох випадках додатково призводило до порушення психоемоційного стану пацієнтів. Мета – підвищити ефективність дерматовенерологічної допомоги серед груп населення, уразливих щодо ППСШ і ВІЛ-інфекції, шляхом оптимізації діагностичних методів у осіб з протозойною статевією інфекцією, спричиною представниками *Trichomonas*.

Під спостереженням перебували 170 осіб із ключових груп, уразливих щодо ППСШ/ВІЛ, хворих на уrogenітальні інфекції з хронічним перебігом. Основну групу становили 92 хворих (57 чоловіків і 35 жінок). Визначення наявності *T. vaginalis* здійснювали з використанням мікроскопічного та культурального методів дослідження (середовище СКДС) у вагінальних та уретральних зразках. Верифікація *T. tenax* і *P. hominis* проводилась за допомогою ПЛР, зокрема, для визначення збудників застосовували експериментальні оригінальні праймери, спеціально розроблені за допомогою найсучаснішої модифікації ПЛР, а саме ПЛР у реальному часі (ПЛР-РЧ). Оцінку психоемоційного стану пацієнтів проводили за допомогою госпітальної шкали тривоги й депресії (HADS).

Встановлено широку поширеність протозойних інвазій сечостатевої системи, спричинених трихомонадами, а саме в 92 (54,1%) зі 170 обстежених хворих на ППСШ з хронічним перебігом. Так, з 92 хворих *T. vaginalis* діагностували в 77 (83,7%), *T. tenax* – у 14 (15,2%) і *P. hominis* – у 34 (36,9%) випадках. Скарги з боку уrogenітального тракту мали 83 (90,2%) хворих (відділення, відчуття свербіж, печіння, дизурії) – без суттєвої різниці між інфікуванням різними видами трихомонад. Патологію сечостатевого тракту відмічали у (84,4 ± 3,8)% хворих, при цьому уретрити, простатити, ендоцервіцит, ерозію шийки матки, лейкоцитоз (дані мікроскопії уrogenітальних мазків) достовірно частіше ( $p < 0,01$ ) діагностували в пацієнтів з інфекцією, спричиною *T. vaginalis*. Безсимптомний перебіг захворювання достовірно частіше діагностували у хворих з моноінфекцією, ніж змішаною ( $p < 0,01$ ).

Під час оцінки психоемоційного стану пацієнтів з трихомонадною інфекцією за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) середній бал за шкалою тривоги становив 10, що відповідає клінічно вираженій тривозі. При цьому рівень тривоги був вищий у жінок (середній бал 12 у порівнянні з 8 балами в чоловіків). За шкалою депресії середній бал становив 8. У жінок також відзначався вищий бал 9 проти 6 в чоловіків. Також кількість балів за шкалою тривоги прямо корелювала з тривалістю захворювання.

Отже, за допомогою сучасних методів діагностики (ПЛР) підтверджено наявність у сечостатевої системі людини 3 видів трихомонад, а саме не лише *T. vaginalis*, а й *T. tenax* і *P. hominis*, що в більшості випадків спричиняло запалення сечостатевої системи та порушення психоемоційного стану пацієнтів, що прямо корелювало з давністю захворювання.

УДК 616.5-003.873-07-085.26.015.4

## Особливості діагностичної тактики та ефективність топічного окисника в лікуванні хворих на себорейний кератоз

Макуріна Г.І., Чернеда Л.О.

Запорізький державний медичний університет

В Україні щорічно, згідно з Національним канцер-реєстром, збільшується рівень вперше виявлених пацієнтів з пухлинами шкіри. Така сама позитивна динаміка спостерігається і щодо реєстрації хворих на себорейний кератоз. Незважаючи на відсутність чітких статистичних даних, на практиці лікар майже кожного дня стикається з цією патологією. Водночас типовим стає «омолодження» дерматозу, адже повідомляють про виникнення вогнищ вже в молодому віці. Широка поширеність патології в жодному разі не може стати фактором втрати лікарем діагностичної цільності. Себорейний кератоз є великим імігрантом зляканих новоутворень шкіри або частиною пухлинної колізії. Відомо, що зазначений дерматоз характеризується значною варіабельністю клінічних і гістологічних варіантів. Дерматоскопічна картина також може відрізнятися від класичних патернів і демонструвати зовсім не типові ознаки: багатокомпонентність, ретикулярність, бовеноїдо-, шпиг- і кератоакантомоподібні структури, блакитні ділянки. У лікуванні кератом найчастіше використовують інвазивні методи, що не завжди задовольняють естетичні потреби пацієнта. Перспективним напрямом терапії є використання топічних лікарських засобів. Тому важливо комплексно та всебічно обстежувати пацієнта, впроваджуючи чіткий діагностичний алгоритм, який сприятиме вибору персоналізованої терапії із застосуванням топічних лікарських форм.

Було обстежено 20 пацієнтів із себорейним кератозом. Окрім візуального огляду було проведено дерматоскопічне та патоморфологічне дослідження вогнищ. Найчастіше ураження локалізувались на шкірі тулуба – 10, обличчя та волосистої частини голови – 5, бокової поверхні шиї – 3, верхніх кінцівок – 2. Під час дерматоскопії виявляли класичні патерни: міліумоподібні кісти в 9 випадках, комедоноподібні отвори – у 5, мозгові звивини – в 7, края «об'їдені мілью» – у 2, верукозну поверхню – у 3, структури за типом «відбитка пальця» – в 1, патерн «бруківка» виявлений одноразово. Судинний компонент за типом шпильок для волосся, що рівномірно та симетрично розташовується на поверхні кератом, виявлений у 2 пацієнтів. Під час патоморфологічного аналізу частини вогнищ переважачим став акантотичний варіант – у 14 випадках, папіломатозний і ретикулярний – у 5 й 1 пацієнта відповідно. З лікувальною метою було призначено 30% розчин перекису водню щоденно впродовж 5 днів, що призвело до утворення на місці ураження кірочки, яка зникла через 1–1,5 тиж після терапії з наступним повним клінічним одужанням без виникнення постзапальних змін або рубців. Деякі пацієнти повідомляли про появу незначного печіння в місці нанесення розчину, починаючи з 3–4-го дня лікування, але дані відчуття зникали через 10–15 хв. Упродовж наступних 6 міс рецидив у жодному випадку не зафіксований.

Таким чином, діагностичний алгоритм хворих на себорейний кератоз має охоплювати клінічний, дерматоскопічний і патоморфологічний аналіз з наступним вибором лікувальної тактики. Оптимізація останньої з використанням топічного окисника сприяє підвищенню комплаєнсу між лікарем і пацієнтом.

УДК 616.5–006.81

## Останні тенденції та темпи поширення меланоми шкіри в Україні

Намли І.Є., Волкославська В.М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Меланома – одна з найагресивніших пухлин людини мультифакторного генезу. Проблема ранньої діагностики та лікування меланоми залишається досить актуальною в усьому світі. За даними Globocan, в 2018 р. лише в Європі було зареєстровано близько 144 тис. нових випадків меланоми і 27 тис. смертей від неї (18,8%). За останні 10 років стався значний прорив у лікуванні меланоми шкіри та слизових оболонок, що пов'язано із застосуванням таргетної терапії (BRAF/MEK-інгібіторів) і імунотерапії. Нові підходи в терапевтичній тактиці меланоми дають змогу поліпшити результати лікування і підвищити виживаність хворих на меланому. **Метою роботи** було вивчення останніх тенденцій і темпів поширеності меланоми в різних вікових групах в Україні.

Було проаналізовано стан проблеми злоякісної меланоми шкіри серед населення України. Використовували статистичні дані Національного канцер-реєстру України і дані Міжнародного агентства з вивчення раку – International Agency for Research on Cancer (IARC), отримані від спільного з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) проекту Globocan.

**Результати.** За даними Бюлетеня Національного канцер-реєстру № 21 «Рак в Україні», у 2015 р. було зареєстровано 2538 нових випадків меланоми шкіри, 2018 р. – 2835, а в 2019 р. – 2842. За 2015–2019 рр. кількість хворих зросла на 11%. Летальність упродовж одного року серед хворих з меланою шкіри III стадії в областях України варіювалася від 10 до 50%, а серед хворих з IV стадією хвороби – від 33 до 100%. Згідно з даними Globocan, у 2018 р. частка зареєстрованих випадків меланоми шкіри в Україні становила 2,3% від усіх злоякісних новоутворень і посіла 15-те місце в структурі всієї онкологічної патології. Звертають на себе увагу вікові показники поширеності меланоми шкіри серед чоловіків та жінок за 2019 р. Так, у віковій категорії від 0 до 19 років меланома частіше зустрічалась серед представників чоловічої статі. Починаючи з 20 і до 64 років поширеність меланоми переважала серед жінок, причому у віці 35–49 років вона була вищою більш ніж удвічі в порівнянні з чоловіками. Піки реєстрації випадків меланоми, як серед чоловіків, так і серед жінок, припадали на вікову групу 80–84 роки, з 21 035,5 і 14 590,1 випадку відповідно.

**Висновки.** Незважаючи на досягнення в терапії хворих на меланому, в Україні летальність протягом першого року залишається високою. У зв'язку зі зростанням випадків меланоми шкіри в останні роки потрібно підвищувати обізнаність лікарів різного профілю про це захворювання. Більше звертати увагу населення на необхідність самоогляду та регулярного відвідування фахівців, особливо людей з груп ризику.

УДК 616.517.8–07–085.262–085.281

## Комплексне лікування хворих на краплеподібний параспоріаз із застосуванням топічного препарату піритіону цинку

Перепічка М.П., Денисенко О.І., Винник М.С.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Актуальною задачею сучасної дерматовенерології є удосконалення способів лікування хворих на краплеподібний параспоріаз (КП). Останніми роками відзначається збільшення кількості випадків хворих на КП, у тому числі серед осіб молодого працездатного віку. Дерматоз характеризується поширеним ураженням шкіри, хронічним перебігом, часто торпідним до лікування, що є причиною зниження чи втрати хворими працездатності на тривалий час. **Метою роботи** було підвищити ефективність лікування хворих на КП шляхом застосування в комплексній терапії топічного засобу зі вмістом цинку піритіону.

Під нашим спостереженням перебували 39 хворих на КП, з них 21 чоловік і 18 жінок віком від 19 до 43 років, з тривалістю дерматозу від 1 міс (вперше виявлений) до 2 років (рецидив дерматозу). У процесі лікування хворі були розподілені на 2 групи: порівняльну – 19 осіб, яким на тлі базової системної терапії призначали топічний кортикостероїдний засіб, та основну – 20 осіб, яким як засіб топічної терапії призначали аерозоль з 2% цинку піритіону – Скін-Кап (тричі на день – 7 днів і двічі на добу ще 3–4 тиж), який окрім антисептичної зумовлює кератолітичну та протизапальну дію (за рахунок пригнічення проліферації епідермоцитів). За допомогою аналізу динаміки клінічних проявів дерматозу встановлено, що вже на перших етапах лікування у хворих на КП з основної групи відзначався швидший (на 3–4 дні) відносно групи порівняння регрес гострозапальних проявів висипань, припинення свербіжів і появи свіжих висипань, а також зменшення чи повний регрес інфільтративних проявів папул. Через місяць після початку лікування в 15 (75,0%) осіб основної групи констатовано клінічне одужання, в решті 5 (25,0%) осіб – значне покращення чи покращення; у пацієнтів групи порівняння, відповідно, стан клінічного одужання – у 8 (42,1%) осіб і значне покращення чи покращення – в 11 (57,9%) осіб, що при застосуванні непараметричного дисперсійного аналізу Фрідмана з визначенням с-квадрату ( $c^2$ ) вказує на вірогідно кращі клінічні результати в пацієнтів основної групи ( $c^2 = 4,36$  за критичного значення  $c^2 = 3,48$ ). Слід відзначити, що всі пацієнти основної групи переносили топічне застосування аерозолю з піритіоном цинку добре, без побічних дій чи ускладнень. Отже, застосування в комплексній терапії КП аерозолю з 2% цинку піритіону добре переноситься пацієнтами та сприяє покращенню клінічних результатів лікування цього дерматозу.

УДК 616.53–003.4/006

## Лечение больных с гиперплазией сальных желез

Полион Н.Н., Дюдюк А.Д., Салей Е.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Гиперплазия сальных желез (ГСЖ) – распространенное доброкачественное состояние. ГСЖ – заболевание, которое очень часто встречается в зрелом возрасте и проявляется множественными папулами диаметром 1–5 мм с мелкими сосудами на поверхности и пупковидным вдавлением в центре, из которого иногда выдавливается небольшое количество кожного сала. Местом наиболее частой локализации высыпаний при ГСЖ является кожа лба, висков, щек. ГСЖ наблюдается более чем у 1% здорового населения. Имеются сообщения о семейном характере заболевания, при котором отмечается множественная ГСЖ, которая возникает в период полового созревания и прогрессирует с возрастом. В основе развития заболевания лежит тот фактор, что с возрастом метаболизм себоцитов замедляется, что, в свою очередь, приводит к скоплению недоразвитых себоцитов в сальной железе и формированию доброкачественного очагового поражения с характерными клиническими проявлениями. С возрастом количество очагов увеличивается. После расчесов, бритья или других травм папулезные образования могут краснеть, воспаляться и кровоточить, что еще более снижает качество жизни больных. В литературе сведения о возможности злокачественной трансформации при ГСЖ отсутствуют.

Различные предлагаемые медикаментозные методы лечения больных с данным заболеванием неэффективны. Способы профилактики появления новых высыпаний отсутствуют. Однако существует несколько эффективных косметологических методов: лазерное удаление папул, электрокоагуляция, криотерапия и другие деструктивные методы. Каждый из указанных методов лечения больных с ГСЖ имеет как положительные, так и отрицательные явления. Учитывая вышеизложенные факты, была поставлена цель – разработать методику фотодинамической терапии (ФДТ) с фотосенсибилизатором.

Под нашим наблюдением находились 8 больных мужчин, средний возраст –  $55 \pm 2,7$  года. Во время сбора анамнеза выявляли наличие диабета, порфирий, нарушений свертываемости крови, аллергических реакций, герпетической инфекции, нарушений пигментации, склонности к образованию келоидных рубцов, фоточувствительности и лекарственно-зависимого фотодерматита, а также определяли тип и состояние кожи. В качестве фотосенсибилизатора использовали аминолевулиновую кислоту (АЛК). Пациенты проходили лечение 1 раз в месяц в течение 4 мес. С целью фотосенсибилизации на пораженный участок наносили Levuderm с экспозицией 30–60 мин, после чего проводили облучение синим светом светодиодным видеофлуоресцентным устройством Omega light low level led в течение 10–15 мин. Участки, где предполагалось проводить лечение, перед нанесением фотосенсибилизатора очищали водой с применением очищающего геля. Всем наблюдаемым больным во время проводимой терапии и после проводилась максимальная фотозащита.

У 6 пациентов (75%) при использовании ФДТ с применением препарата Levuderm отмечался положительный результат в отношении лечения ГСЖ. При этом после проведенной терапии не наблюдалось образования рубцов, а покраснение и шелушение сохранялись в течение 4–7 дней. У 2 пациентов были очаги гиперплазии больших размеров, которые уменьшились в 3–4 раза, а после проведения дополнительного лечения разрешились. На основании полученных результатов можно сделать **выводы**: применение ФДТ с фотосенсибилизатором в лечении больных с ГСЖ является независимым перспективным методом с хорошей эффективностью и переносимостью. В случае неэффективности первоначального лечения врач может поменять параметры при следующих сеансах. Можно увеличить плотность энергии, использовать наложение импульсов или увеличить время облучения.

УДК 616.596, –002,77.

## Епідеміологія та клініка дерматомікозу нігтьових пластинок

Поліон Н. М., Дюдюк А. Д., Салей О. А., Алі Л. Х.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Онїхомікоз – грибкове ураження нігтьових пластинок, що становить близько половини всіх захворювань нігтьових пластинок і є досить поширеним у сучасному суспільстві. Онїхомікоз – інфекційне захворювання, яке може не лише проявитися косметичним дефектом нігтьових пластинок, а й призводити до розвитку патологічного стану в інших органах і системах. Тому санація мікотичної інфекції має проводитися якомога раніше й бути адекватною та обґрунтованою етіологічним агентом, віком хворого, клінічними проявами та іншими факторами. Діагноз онїхомікозу стоп установлювався за клінічними проявами захворювання та результатами лабораторних методів дослідження. Мікотичний характер патологічного процесу підтверджувався шляхом мікроскопічного виявлення елементів гриба в структурі ураженої частини нігтьових пластинок і виділенням культури збудника на твердих живильних ідентифікувальних середовищах. Розподіл хворих на онїхомікоз за віком, соціальним станом і родом занять було проведено відповідно до типових демографічних показників населення досліджуваного регіону.

У 54 (55,7%) чоловіків і 29 (29,9%) жінок, хворих на онїхомікоз, які були під нашим спостереженням, було виділено *Trichophyton rubrum*. З інших дерматоміцетів у хворих виділяли *Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale*, який було ідентифіковано у 8 (8,2%) чоловіків і 6 (6,2%) жінок. Серед цвілевих грибів, що були виділені з уражених нігтьових пластинок, був *Scopulariopsis brevicaulis*. Хворі пов'язували виникнення захворювання: 65 (67,1%) – з подібними ураженнями нігтьових пластинок у близьких родичів, 21 (21,7%) – з відвідуванням басейну та лазні. Решта хворих не могли вказати причину виникнення захворювання. Розподіл пацієнтів за віком був таким: 14,4% – до 40 років [10 чоловіків (10,3%), 4 жінки (4,2%)], 22,6% – 41–50 років [15 чоловіків (15,5%), 7 жінок (7,2%)], 37,1% – 51–60 років [25 чоловіків (25,8%), 11 жінок (11,3%)], 25,8% – 61 рік і старше [14 чоловіків (14,4%), 11 жінок (11,3%)]. 62,9% хворих на онїхомікоз під час спостереження були старше 51 року. Серед хворих переважали чоловіки – 66,0%. Давність ураження нігтьових пластинок становила від 9 міс до 23 років. Сімейний статус був таким: 80 (82,4%) – перебували в шлюбі, 6 (6,2%) – не були у шлюбі, 11 (11,3%) – розлучені. За соціальним станом розподіл був таким: зі службовців – 8 (8,2%), робітників – 28 (28,9%), приватних підприємців – 4 (4,1%), пенсіонерів – 54 (55,7%), непрацюючих – 3 (3,1%). Залежно від площі ураження нігтьової пластинки хворі на онїхомікоз розподілились таким чином: ураження від 1 до 50% – у 17 (17,5%), 50% – 18 (18,6%), від 50 до 80% – 47 (48,5%) і тотальне ураження – в 15 (15,5%) пацієнтів. Форма ураження нігтьових пластинок у 61 (62,9%) хворого мала дистально-латеральний, у 21 (21,6%) – поверхнево білий і в 15 (15,5%) – тотально-дистрофічний характер. Тривалість захворювання у жінок становила: від 1 міс до 5 років – у 18 (18,5%), 6–10 років – 12 (12,3%), понад 10 років – 3 (3,1%) пацієнток. У чоловіків ураження нігтьових пластинок тривало 0–5 років – у 32 (32,9%), 6–10 років – 24 (24,7%), понад 10 років – 8 (8,2%) пацієнтів.

Таким чином, у більш ніж половини хворих на онїхомікоз, які були під нашим спостереженням, мікотичне ураження нігтьових пластинок тривало до 5 років. Тривалість захворювання більше ніж 10 років відмічали в 11,3% пацієнтів. Серед хворих встановлено ураження до 2 нігтьових пластинок – у 20 (20,5%), від 3 до 4–36 (37,1%),  $\geq 5$ –29 (29,9%). Менша тривалість захворювання на онїхомікоз у жінок, на нашу думку, пояснюється більшою їх увагою до стану нігтьових пластинок порівняно з чоловіками; тривалість мікотичного ураження шкіри та її придатків певним чином впливала на кількість уражених нігтьових пластинок у обстежених хворих.

УДК 616.5–002–08–05:577.352.336

## Стійкість еритроцитів пацієнтів із сенсibiлізацією до лікарських засобів у гіпоосмотичному середовищі

Семко Г. О.<sup>1</sup>, Левицька О. В.<sup>1</sup>, Залюбовська О. І.<sup>2</sup>, Литвиненко М. І.<sup>2</sup>, Шаповалова О. В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

<sup>2</sup> Харківський національний медичний університет

<sup>3</sup> Національний фармацевтичний університет, м. Харків

Відомо, що реакції алергічного генезу розвиваються в разі застосування середньотерапевтичних доз лікарських засобів (ЛЗ), характеризуються системними порушеннями і розглядаються не як симптом або синдром, а як лікарська хвороба з переважним ураженням однієї із систем, найчастіше шкіри. Натепер єдиної точки зору щодо причини виникнення й механізмів розвитку сенсibiлізації до лікарських засобів немає. Показники осмотичного гемолізу еритроцитів дають змогу охарактеризувати стійкість еритроцитів до ушкоджувальних факторів у динаміці перебігу хвороби, провести її діагностику, зробити прогноз та оцінити ефективність здійснюваної терапії. **Мета роботи** – вивчити стійкість еритроцитів у гіпоосмотичному середовищі у хворих на хронічні дерматози із сенсibiлізацією до ЛЗ.



Під спостереженням знаходились 46 хворих на поширені хронічні дерматози із сенсibiliзацією до ЛЗ в анамнезі віком 21–25 років. За результатами алерготестів хворі були розподілені на 2 групи: 1-ша група (29 осіб) – хворі на хронічні дерматози з підтвердженою сенсibiliзацією до ЛЗ, 2-га група (17 осіб) – хворі на хронічні дерматози, в яких алергічні реакції на ЛЗ в анамнезі не були підтвержені специфічними тестами. Контрольну групу становили 15 практично здорових осіб. Усі обстежені були порівнянними за віком і статтю.

Гіпоосмотичний лізис еритроцитів здійснювали внесенням клітин до розчину NaCl у концентрації від 40 до 120 ммоль/л. Ступінь гемолізу еритроцитів оцінювали за оптичною щільністю рідини, отриманої після осадження негемолізованих еритроцитів, і виражали у відсотках у порівнянні з оптичною щільністю зразків, у яких гемоліз еритроцитів спричинювався дистильованою водою (100% гемоліз). Осмотичний гемоліз еритроцитів реєстрували на спектрофотометрі СФ-46 при довжині хвилі 536 нм.

Встановлено, що характер кривих гемолізу еритроцитів був подібний у всіх досліджуваних групах. Спочатку при зниженні концентрації NaCl спостерігається поступове збільшення гемолізу клітин, яке змінюється різким зростанням їх гемолітичного пошкодження. При концентрації хлориду натрію 40 ммоль/л реєструється 100% гемоліз еритроцитів як хворих, так і здорових донорів. Однак при інкубації в 75 мМ розчині NaCl спостерігається вірогідне збільшення відсотка еритроцитів, що зазнають гемолізу, у хворих як 1-ї, так і 2-ї групи порівняно з показниками контрольної групи. Показано, що для оцінки часткового гемолізу еритроцитів хворих на дерматози найінформативнішим є показник гіпоосмотичного гемолізу при інкубації еритроцитів у 75 мМ розчині NaCl. Встановлено, що у хворих на хронічні дерматози із сенсibiliзацією до ЛЗ знижена осмотична резистентність еритроцитів, що, ймовірно, обумовлене збільшенням пулу низькостійких і середньостійких еритроцитів.

УДК 612.115.3–615.273.53–616.155.1–008.1

## Модельні експерименти дослідження структурно-функціонального стану еритроцитів під впливом лікарських засобів

Солошенко Е. М., Кондакова Г. К., Ярмак Т. П., Шевченко З. М., Левицька О. В., Цимбал В. М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Діагностика лікарської хвороби (ЛХ) на сучасному етапі продовжує залишатись актуальною проблемою. Відомо, що дотепер не існує лабораторного методу, за допомогою якого можна було б у 100% випадків підтвердити дані алергологічного анамнезу і виявити етіологічний фактор ЛХ. Тому пошук методів її діагностики триває. Нашу увагу привернули еритроцити як об'єкти, на поверхні яких можуть адсорбуватися різні субстанції, в тому числі комплекси антиген–антитіло. **Мета роботи** – дослідження структурно-функціонального стану еритроцитів під впливом лікарських засобів (ЛЗ) у модельних експериментах для обґрунтування способу діагностики ЛХ із залученням еритроцитів.

Структурно-функціональний стан еритроцитів оцінювали шляхом визначення рівня перекисного та осмотичного гемолізу. При цьому проби крові хворих на ЛХ, стабілізовані цитратом натрію, попередньо інкубували впродовж 2 год за температури 37 °С з додаванням антибіотиків (цефтріаксон), а також протипротозойних і антибактеріальних засобів (метронідазол, орнізол) у концентрації 250 мкг/мл. У результаті експериментальних досліджень виявлено посилення гемолітичної активності еритроцитів під впливом цефтріаксону, про що свідчить збільшення вдвічі рівня перекисного гемолізу (контрольні проби –  $6,13 \pm 0,26\%$ ; дослідні –  $12,07 \pm 0,61\%$ ,  $p < 0,05$ ). Встановлено, що при інкубації *in vitro* антибіотик цефтріаксон до 70% зв'язується з тіннями еритроцитів. Це призводить до збільшення гемолітичної активності еритроцитів у 0,45% розчині хлориду натрію (контрольні проби –  $6,24 \pm 0,25\%$ ; дослідні –  $10,39 \pm 0,84\%$ ,  $p < 0,05$ ), що, вірогідно, пов'язано з накопиченням молекул цефтріаксону в мембранах еритроцитів. У модельних експериментах з метронідазолом спостерігали менш виражений його вплив на резистентність еритроцитів. Так, після інкубації еритроцитів з метронідазолом показник перекисного гемолізу становив  $8,36 \pm 0,14\%$ ,  $p < 0,05$ , а показник осмотичного гемолізу залишився практично без змін –  $6,99 \pm 0,19\%$ . Таким чином, на підставі проведених модельних експериментів з еритроцитами хворих на ЛХ під впливом цефтріаксону і метронідазолу виявлено збільшення рівня перекисного гемолізу, що свідчить про порушення структурно-функціонального стану мембран еритроцитів. Виявлені зміни є показником того, що еритроцити можна розглядати як чутливу систему, безпосередньо залучену в механізми розвитку сенсibiliзації до ЛЗ.

УДК 616.155.1: 616.379–008.64

## Вплив лікарських засобів на сорбційну здатність еритроцитів у модельних експериментах

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

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Завдяки виявленому ефекту неспецифічної сорбції еритроцитів при різних патологічних станах в останні роки цьому феномену еритроцитів приділяється велика увага. **Мета роботи** – вивчити в модельних експериментах вплив антибіотиків і протипротозойних (антибактеріальних) засобів на сорбційну здатність еритроцитів, щоб встановити можливість використання даного феномену для оцінки сенсibiliзації до лікарських засобів (ЛЗ).

У короткострокових модельних дослідах *in vitro* досліджували прямий вплив антибіотика цефалоспоринового ряду цефтріаксону та протипротозойного (антибактеріального) засобу орнізолу на сорбційну здатність глікокаліксу еритроцитів до двох барвників: альціанового синього (СЗГАС) і метиленового синього (СЗГМС). Альціановий і метиленовий синій є вітальними барвниками, які здатні зв'язуватися з гліколіпідами, глікопротеїдами і кислими мукополісахаридами. У низькій концентрації (0,005% розчин) вони не ушкоджують клітини, не проникають в цитоплазму і сорбуються глікокаліксом клітин у кількості, пропорційній до вмісту в них білків і вуглеводів. За допомогою аналізу модельних експериментів щодо впливу цефтріаксону та орнізолу на СЗГАС встановлено, що середнє значення СЗГАС еритроцитів становило  $(45,3 \pm 1,7)\%$ . Після інкубації еритроцитів з цефтріаксоном відбувалося достовірне збільшення СЗГАС еритроцитів ( $p < 0,05$ ) по відношенню до показника контролю і становило  $(53,7 \pm 2,1)\%$ . Середнє значення СЗГАС еритроцитів після інкубації з орнізолом становило  $(51,3 \pm 1,7)\%$ , що також достовірно перевищувало контрольний показник. Можна припустити, що під час інкубації еритроцитів з досліджуваними ЛЗ відбувається пошкодження клітин зі зміною їх сорбційних властивостей, що проявляється посиленням інтенсивності фарбування клітин барвником, збільшенням гемолітичної активності еритроцитів та активації окислювальних процесів. Під час дослідження в модельних експериментах прямого впливу цефтріаксону та орнізолу на СЗГМС, навпаки, сорбційна здатність еритроцитів виявилась вірогідно нижчою в порівнянні з контролем.

Таким чином, виявлені в експерименті зміни структурно-функціональних властивостей еритроцитів під впливом ЛЗ свідчать, що еритроцити є чутливою системою, яка може бути безпосередньо залученою в механізми розвитку сенсibiliзації до ЛЗ.

УДК 616.056.3–616.085.097

## Сенсибілізація до лікарських засобів у хворих групи ризику щодо ІПСШ/ВІЛ

Солошенко Е. М., Мавров Г. І., Ярмак Т. П., Шевченко З. М., Осинська Т. В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Терапія уrogenітальних інфекцій на сучасному етапі стала складною проблемою у зв'язку з тим, що у хворих на ІПСШ останніми роками почастішали випадки розвитку алергічних реакцій на лікарські засоби (ЛЗ). **Мета** – виявлення сенсибілізації до ЛЗ у хворих групи ризику щодо ІПСШ/ВІЛ та аналіз частоти її реєстрації.

Під наглядом перебували 28 хворих групи ризику щодо ІПСШ/ВІЛ віком від 22 до 53 років, з них жінок 25 (89,3%), чоловіків – 3 (10,7%). За діагнозами хворі розподілялись наступним чином: трихомоніаз – 10 (35,7%) хворих; хламідіоз – 6 (21,4%); трихомоніаз і хламідіоз – 8 (28,6%); хламідіоз та уреоплазмоз – 4 (14,3%). У всіх хворих збирали індивідуальний і родинний алергологічний анамнез. З метою виявлення сенсибілізації до ЛЗ хворих обстежили за допомогою імунологічних методів (реакція агломерації лейкоцитів; оцінка швидкості седиментації еритроцитів, навантажених алергеном; оцінка рівня поглинення ультразвуку еритроцитами, навантаженими алергеном). На підставі проведених досліджень встановлено, що у хворих групи ризику щодо ІПСШ/ВІЛ сенсибілізація до ЛЗ виявилась у 24 (85,7%) хворих, у тому числі на антибіотики – у 19 (67,8%), при цьому на один ЛЗ – у 13 (46,4%), а на два та більше – у 11 (39,3%); на протипротозойні (антибактеріальні) засоби (метронідазол, орнідазол, метреса) – у 8 (28,6%); на анальгетики та судинні засоби – у 4 (14,3%) обстежених. Не виявлено сенсибілізації в 4 (14,3%) хворих.

Таким чином, серед хворих групи ризику щодо ІПСШ/ВІЛ сенсибілізацію до ЛЗ реєструють у 85,7% обстежених, при цьому моноенсибілізацію – у 46,4% хворих, а поліенсибілізацію – у 39,3% обстежених переважно на антибіотики (67,8%), протипротозойні (антибактеріальні) засоби (28,6%), а також анальгетики та судинні засоби (14,3%). На підставі проведених досліджень перед лікуванням хворих групи ризику щодо ІПСШ пропонується: збір алергологічного анамнезу, проведення імунологічного обстеження за допомогою специфічних тестів, а в разі виявлення сенсибілізації до ЛЗ – залучення до комплексу терапії гіпосенсибілізуючих засобів.

УДК [616.517:616.895.4]-08-035

## Рівень серотоніну в сироватці крові хворих на псоріаз у стадії загострення за наявності асоційованих психоемоційних порушень

Солошенко Е. М., Шевченко З. М., Ярмак Т. П., Матюшенко В. П.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Псоріаз тісно пов'язаний зі стресовими чинниками та емоційними порушеннями, при яких стрес-залежні гормони збільшують синтез серотоніну. Тому серотонінергічна система, яка складається з серотонінових молекул, рецепторів і переносників, може відігравати провідну роль у патогенезі псоріазу. **Метою роботи** було встановити рівень гальмівного нейромедіатора серотоніну у хворих на псоріаз із супутніми психоемоційними розладами залежно від давності захворювання.

Було проаналізовано вміст серотоніну в сироватці крові 80 пацієнтів з псоріазом (40 жінок і 40 чоловіків, середній вік – 39,2 ± 5,6 року) до лікування залежно від давності захворювання з використанням імуноферментного методу згідно з інструкцією виробника. Хворі були розподілені на дві групи: до I групи увійшли 40 осіб з асоційованими тривожними та тривожно-депресивними розладами та давністю захворювання до 10 років; до II групи – 40 пацієнтів з асоційованими тривожними та тривожно-депресивними розладами й давністю захворювання понад 10 років. Усі пацієнти перебували в стадії загострення хвороби. Контрольну групу становили 20 здорових осіб. Дослідження рівня серотоніну в пацієнтів із псоріазом дало змогу виявити достовірне його зниження ( $p < 0,05$ ) у хворих I групи у 1,5 раза ( $83,8 \pm 1,1$  нг/мл) та II групи – у 1,4 раза ( $56,6 \pm 2,1$  нг/мл) відносно цього показника в контрольній групі ( $135,4 \pm 10,2$  нг/мл), причому в пацієнтів II групи зазначений показник був нижчий у 1,6 раза, ніж у I групі.

Таким чином, за наявності психоемоційних розладів відмічається зниження рівня гальмівного нейромедіатора серотоніну, тривалий перебіг захворювання супроводжується більшим зниженням рівня цих показників. Корекція супутніх психоемоційних розладів, зокрема за допомогою методів психофармакотерапії, сприятиме підвищенню ефективності терапії основного захворювання, покращенню соціальної адаптації та якості життя хворих на псоріаз.

УДК 616.53–002.282–036.1–07:616.155.32–097:612.017

## Діагностичне значення визначення сироваткового рівня інтерлейкіну-17а та інтерлейкіну-18 у хворих на розацеа

Сторожук М. В., Денисенко О. І.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Розацеа – поширений хронічний дерматоз, що характеризується ураженням відкритих ділянок шкіри (центральної ділянки обличчя), тривалим перебігом і частою торпідністю до лікування, що обґрунтовує актуальність з'ясування патогенетичних ланок і вдосконалення лікування цього дерматозу. Зважаючи на вагоме значення імунних механізмів у розвитку й перебігу хронічних дерматозів, **метою роботи** було визначити та проаналізувати вміст прозапальних цитокінів – інтерлейкіну (ІЛ)-17а та ІЛ-18 у сироватці крові хворих на розацеа залежно від характеру клінічного перебігу дерматозу.

Обстежено 36 пацієнтів з розацеа (25 жінок, 11 чоловіків) віком від 26 до 67 років, з яких у 17 осіб діагностовано еритематозно-телеангіектатичну, а в 19 осіб – папуло-пустульозну форму дерматозу. У 18 хворих тривалість дерматозу була до року, в решті 18 осіб – більше року. Контрольну групу становили 18 практично здорових осіб порівнянних за віком і статтю. Вміст у сироватці крові ІЛ-17а та ІЛ-18 визначали методом імуноферментного аналізу. Встановлено, що в сироватці крові хворих на розацеа істотно підвищений, порівняно з показником осіб контрольної групи, вміст прозапального цитокіну ІЛ-17а (в 4,11 раза,  $p < 0,001$ ), який підсилює дію інших прозапальних цитокінів, активує ангіогенез через фактор росту ендотелію судин (VEGF), підсилює та пролонгує гнійно-запальні процеси тощо. На підтвердження цього визначено, що рівень ІЛ-17а є значно вищим (в 1,54 раза,  $p = 0,035$ ) у хворих на папуло-пустульозну форму розацеа порівняно з еритематозно-телеангіектатичною формою дерматозу та у хворих з тривалістю розацеа більше року порівняно з його рівнем у пацієнтів з нетривалим (до року) перебігом дерматозу (в 1,61 раза,  $p = 0,016$ ). Водночас у хворих на розацеа встановлено підвищений рівень ІЛ-18 (в 1,63 раза,  $p = 0,002$ ), який є важливим модулятором імунної відповіді, особливо на ранніх етапах запальних процесів. Під час обстеження хворих на розацеа визначено тенденцію до більш істотного підвищення рівня

ІЛ-18 у пацієнтів з еритематозно-телеангіектатичною формою і тривалістю дерматозу до року (в 1,77 раз,  $p < 0,001$ ; за тривалості розацеа більше року – в 1,49 раз,  $p = 0,017$ ), що вказує на роль ІЛ-18 як одного з імунних чинників ініціації запальних процесів при розацеа.

Отже, у хворих на розацеа встановлено підвищений сироватковий рівень прозапальних цитокінів – ІЛ-17А та ІЛ-18, при цьому виявлено залежність їх змін від характеру клінічного перебігу дерматозу, що свідчить про важливе значення цитокінової ланки регуляції запальних процесів у патогенезі розацеа та важливість моніторингу вмісту в сироватці крові ІЛ-17А та ІЛ-18 як прогностичних критеріїв клінічного перебігу розацеа та ефективності лікування таких пацієнтів.

УДК 616–073.26

## Поверхностное натяжение плазмы крови и уровень эндогенной интоксикации у больных лекарственной болезнью

Хмель Н.В.<sup>1</sup>, Колесников В.Г.<sup>1</sup>, Кондакова А.К.<sup>2</sup>, Солошенко Э.Н.<sup>2</sup>, Семко Г.А.<sup>2</sup>, Цымбал В.Н.<sup>2</sup>, Галагуря Д.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Институт радиофизики и электроники им. А. Я. Усикова НАН Украины, г. Харьков*

<sup>2</sup> *ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»*

<sup>3</sup> *Медицинский колледж Харьковского национального университета*

Динамическое поверхностное натяжение (ПН) плазмы крови значительно изменяется при различных патологических состояниях – анафилактический шок, рак, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек и др. Установлено, что ПН определяется вязкостью и составом крови (альбуминемией, липидемией, объемом циркулирующей плазмы и рН среды, изменением концентрации и соотношения электролитов, продуктов перекисного окисления липидов, гормонов и рядом других факторов). Известно, что развитие патологических состояний сопровождается возникновением эндогенной интоксикации (ЭИ). Важным фактором ЭИ является появление в кровотоке веществ, обладающих детергентным действием. Эти вещества обладают поверхностно-активными свойствами, то есть способны адсорбироваться на жидких границах раздела фаз и изменять ПН плазмы крови. **Целью работы** стало изучение динамического ПН плазмы крови и его связи с уровнем ЭИ у больных лекарственной болезнью (ЛБ).

Материалом исследования послужила плазма крови 25 больных ЛБ и 13 практически здоровых доноров. Плазму крови получали путем центрифугирования стабилизированной гепарином крови при 3000 об./мин в течение 10 мин. Уровень ЭИ оценивали по содержанию и спектру веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ) в плазме крови. Для оценки ПН плазма в объеме  $V = 135$  мкл помещалась в измерительную кювету, расположенную на пьезо-платформе (частота акустического «sweeper»-режима составляла  $f = 10,10$  кГц) волноводной части измерительно-регистрирующего комплекса миллиметрового диапазона. Несущая частота мм-диапазона радиочастот была фиксированной, составляла  $f = 37,5$  ГГц; выбор ее был связан с учетом того факта, что эта частота приходится на область дисперсии диэлектрической проницаемости свободной воды. Полученные результаты оценивались статистически с помощью критерия Стьюдента. Измерение ПН у больных ЛБ показало значительное его снижение по сравнению с контрольной группой (контроль –  $(46,0 \pm 0,5)$  мН/м, пациенты –  $(43,8 \pm 0,4)$  мН/м,  $p < 0,05$ ). Данный показатель не зависел от клинической тяжести заболевания. Выявлено повышенное содержание ВНСММ в плазме крови у больных ЛБ: катаболический пул веществ увеличен на 21%, а анаболическая их составляющая – на 44% по сравнению с группой контроля. Вероятно, одной из возможных причин снижения ПН при ЛБ является изменение концентрации макромолекулярных компонентов плазмы, что подтверждают полученные данные о значительном увеличении содержания ВНСММ в плазме крови данных больных и совпадает с показателями ПН.

Таким образом, определение ПН плазмы крови может найти применение в клинической практике как критерий оценки уровня ЭИ и поиска новых методов, направленных на устранение именно этого компонента ЭИ.