

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю

«Здобутки та проблеми дерматовенерологічної науки в військовий час»

(конференція присвячена 30-річчю
Національної академії медичних наук України)

23-24 листопада 2023 р., м. Харків

Peculiarities of skin microbiota in patients with psoriatic disease

Astsaturov H. Ye., Syzon O.O., Babak I.D., Dashko M.O.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv

Characteristic changes in the macroorganism state are reflected in the disorders of microbial landscape of all topographical skin zones. It should be noted that the study of the skin microbial landscape in patients with psoriasis have episodic and unstructured nature. Thus, it is claimed that the findings of the skin microbiocenosis disorder in patients with psoriasis are characterized by changes in the quantitative and qualitative spectrum of microorganisms, in particular, by the appearance of *Staphylococcus haemolyticus* in the foci, probable increase in the number of *Corynebacterium spp.*, *Micrococcus spp.*, *Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus capitis*, *Staphylococcus aureus* on the background of an oppression or a significant increase in the colonization of *Staphylococcus epidermidis*. The purpose of our work was to investigate the quantitative composition of microscopic flora and the degree of skin induration of patients with psoriasis, depending on the clinical course (clinical form, stage) and duration of the disease.

Materials & Methods: The study of the skin microscopic flora was performed from the lesions in 37 patients with psoriasis, which were under observation. 28 apparently healthy persons formed the control group. The material was taken using a replica plating method with subsequent microbiological identification of microorganisms.

Results: It has been established that patients with psoriasis, which were under observation, had the skin microbial landscape of the lesions formed mainly of *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, *Bacillus* and *Micrococcus* genera. The clearest microbial contamination of the lesions has been observed in psoriatic erythroderma, slightly less accentuated skin microbial contamination has been found in patients with the widespread form of dermatitis and the presence of arthropathy, and the least number of microorganisms have been found in patients with common psoriasis without complicated phenomena. The progressive stage of psoriasis has been characterized by a higher level of microbial contamination. It has been established that patients with psoriasis have a very significant dependence of contamination degree of *S. aureus*, *S. epidermidis* and *S. saprophyticus* from the duration of dermatitis course, the growth of which had contributed to the intensification of microbial contamination. Thus, the highest level of microbial contamination have been observed in patients with erythroderma, progressive stage of the pathological progress and duration of the disease for more than 20 years.

Conclusions. Analyzing the obtained results, we observed a tendency that *Staphylococcus aureus* and *Staphylococcus epidermidis* are the dominant components of the skin microbial landscape of lesions in patients with psoriasis, which allows us to consider them as trigger factors of the pathological process.

Intensity of the immune response in their body, which in turn leads to the formation of immunodeficiency.

The given data are the results of scientific research work 0120U105735

Оптимізація топічного лікування мікозів стоп в пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу

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

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Найбільш розповсюдженими дерматологічними захворюваннями у хворих на діабет типу 2 є сквамозно-гіперкератотична форма мікозу ступней. Шкірна симптоматика розвивається повільно, починаючи з утворення невеличких змозолістей та гіперкератозу в ділянках, що зазнавали тиску. Приєднанню грибкової інфекції сприяє порушення кровообігу та травматизація шкіри стоп. Однією з ланок вирішення проблеми є підбір необхідного препарату, який містить компоненти с вираженими кератолітичними та гідратуючими властивостями.

Метою дослідження стало вивчення клінічної ефективності бальзаму для ніг від змозолістей та гіперкератозу з протигрибковим ефектом.

Матеріали і методи лікування. Під нашим спостереженням знаходилося 32 хворих (17 чоловіків і 15 жінок у віці від 43 до 53 років) з мікотичним ураженням стоп. Діагноз грибкового ураження стоп підтверджувався мікроскопічним дослідженням на предмет виявлення патологічних грибів у вогнищах ураження. У всіх пацієнтів давність захворювання на цукровий діабет складала від 2 до 5 років.

Результати та їх обговорення. Перед нанесенням бальзаму на шкіру стоп із змозолістями та гіперкератотичними ділянками всім пацієнтам був рекомендований гігієнічний догляд. Після чого наносився бальзам на проблемні ділянки сухої, чистої шкіри ніг два рази на день. В усіх пацієнтів на підшвах шкіра була суха, атрофічна, лущилась, мала рожево-фіолетове забарвлення на кінчиках пальців; на ступнях – крайовий гіперкератоз всієї п'яти, в міжпальцевих проміжках присутні ознаки рубромікозу або епідермофїтії. Всіх хворих турбував свербіж, відчуття болю та дискомфорту при ходьбі.

В своєму складі бальзам містить велику кількість сечовини, яка забезпечує протеолітичний ефект у роговому шарі, сприяє його розривленню, що прискорює злущування зроговілих клітин епідермісу. Клімбазол забезпечує протигрибковий ефект. Олія авокадо насичує епідерміс ліпідами відновлюючи еластичність шкіри. Алантоїн і молочна кислота попереджають зневоднення клітин, пом'якшують шкіру, сприяють її регенерації. Ефірна олія чайного дерева має антисептичну дію.

Покращення клінічної картини спостерігалось через 4 тижні, суб'єктивні відчуття (свербіж, біль та дискомфорт при ходьбі) зникли у більшості – 18 (56,2%) хворих на 5-й день, у 10 (31,3%) на 7 день та у 4 (12,5%) на 10 день; почервоніння та лусочки вже через 1 тиждень лікування зменшувалися у 12 (37,5%) пацієнтів, через 2 тижні у 15 (46,9%) і через 3 тижні у 5 (15,6%) хворих; змозолості та гіперкератоз зникали у 14 (43,8%) на третій тиждень, у 17 (53,1%) – на 4 тижні лікування і лише у 1 (3,2%) хворого після 5 тижнів використання бальзаму. Для контролю лікування пацієнтам проводили трьохкратний аналіз на виявлення патологічних грибів, який проводився після використання бальзаму після 4 тижнів лікування з інтервалом 5 днів. Результати аналізу були від'ємними у всіх пацієнтів. Через 1,5 місяця шкіра стоп набувала природнього кольору, гіперкератотичні ділянки зникали.

Висновки. Отримані дані підтверджують високу ефективність бальзаму, який може бути рекомендований як лікувально-профілактичний засіб для догляду за діабетичною ступнею так і для видалення мозолей та гіперкератотичних ділянок, в тому числі з мікотичним ураженням.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735

Цитокіновий пул у хворих на ліхеноїдні дерматози

¹Біловол А.М., ¹Пустова Н.О., ^{1,2}Гаврилюк О.А., ¹Ткаченко С.Г., ¹Берегова А.А., ¹Тубелець Ю.М.

¹Харківський національний медичний університет, м.Харків

²ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м.Харків

В останні десятиліття відбулася еволюція клінічних проявів як псоріазу, так і червоного плоского лишая. Все частіше зустрічаються атипові та стерті форми, які стійкі до традиційної терапії та є наслідком впливу як зовнішніх, так і внутрішніх факторів. За таких умов деякі етіопатогенетичні аспекти хронічних ліхеноїдних дерматозів трансформуються під впливом сучасних тригерів. Вивчення імунологічних розладів у пацієнтів з хронічними ліхеноїдними дерматозами триває протягом останніх кількох десятиліть, як і спроби імунологічної корекції хронічних ліхеноїдних дерматозів за допомогою імуномодуляторів, імунодепресантів і селективних антагоністів цитокінів.

Метою дослідження було оцінити рівень інтерлейкіну-4 (ІЛ-4), інтерлейкіну-8 (ІЛ-8) та інтерлейкіну-17 (ІЛ-17) у сироватці крові хворих на псоріаз та червоний плоский лишай.

Матеріали і методи. У дослідженні під спостереженням знаходилось дві групи хворих з підтвердженим діагнозом псоріаз та червоний плоский лишай. Першу групу склали 50 хворих на псоріаз, з них 19 жінок і 31 чоловік, середній вік 41,4 року. У другу групу увійшли 50 хворих на червоний плоский лишай, у тому числі 22 жінки та 28 чоловіків, середній вік 41,2 року. Контрольну групу склали 15 здорових осіб, показники яких вважалися нормальними. Дослідження рівня ІЛ-4, ІЛ-8, ІЛ-17 проводилось із застосуванням діагностичних ІФА-наборів згідно з інструкцією виробника тест-систем.

Результати. Аналіз пулу інтерлейкінів виявив глибокі порушення цитокінового балансу у хворих на ліхеноїдні дерматози. Зареєстровано незначне (на 16%) підвищення рівня ІЛ-4 у хворих на псоріаз та достовірне зниження (на 75%) у хворих на плоский лишай відносно контролю. Рівень ІЛ-4 у хворих на псоріаз був у 5 разів вищий, ніж у хворих на червоний плоский лишай, і ця різниця була достовірною. ІЛ-4 відомий як протизапальний цитокін, який виробляється активованими Т-лімфоцитами, еозинофілами, базофілами та тучними клітинами. Його імуномодулююча дія має імуносупресивну спрямованість і відіграє важливу роль у процесах запальної та імунної відповіді, росту та диференціації В-лімфоцитів, синтезі та секреції антитіл. Достовірне підвищення сироваткового ІЛ-8 зареєстровано у хворих на ліхеноїдні дерматози, на 84% у хворих на псоріаз і на 76% у хворих на червоний плоский лишай. ІЛ-8 є відомим прозапальним цитокіном, що виробляється різними клітинами, включаючи кератиноцити, здатний стимулювати хемотаксис нейтрофілів, базофілів і лімфоцитів, дегрануляцію нейтрофілів, індукувати ангіогенез і впливати на проліферацію кератиноцитів. Рівень ІЛ-17 у сироватці крові хворих на ліхеноїдні дерматози був вірогідно підвищений на 85% у хворих на псоріаз і на 71% у хворих на червоний плоский лишай. ІЛ-17 – відомий прозапальний цитокін, надлишок якого відіграє ключову роль у розвитку аутоімунного запалення при псоріазі, ревматоїдному артриті, червоному вовчаку. Цей інтерлейкін виробляється лімфоцитами Th-17, стимулює активацію нейтрофілів і макрофагів, продукцію інтерферону- γ і TNF; відіграє ключову роль в антибактеріальному та протигрибковому імунітеті.

Висновки. За результатами проведених досліджень виявлено глибокі відхилення балансу цитокінів у хворих на ліхеноїдні дерматози, які мали різноспрямований характер щодо ІЛ-4 (тенденція до зростання на 16% при псоріазі та достовірне зниження на 75% при червоному плоскому лишай) та односпрямований характер щодо ІЛ-8 та ІЛ-17 (підвищення на 84% і 85% відповідно при псоріазі та збільшення на 76% і 71% відповідно при червоному плоскому лишай) порівняно зі здоровими донорами.

Особливості лабораторної діагностики сифілісу серед пацієнтів з різними соматичних стаціонарів

Бондаренко Г.М., Нікітенко І.М., Безрученко О.А., Кутова В.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Сучасна серологічна діагностика сифілісу, за виключенням скринінгового обстеження, має комплексний характер. Слід зазначити, що на теперішній час ні один серологічний метод який використовується не володіє 100% специфічністю. В зв'язку з цим, актуальною проблемою сифілідології є отримання достовірного результату з використанням специфічних методів, які володіють високою чутливістю і специфічністю та направлені на зменшення об'єму необхідних серологічних досліджень.

Матеріали і методи. В дослідженні, на наявність антитіл до *T. pallidum* були використані 333 зразки сироватки крові, що отримані від 70 пацієнтів з психоневрологічними порушеннями – I група, 39 пацієнтів з отоларингологічною патологією – II група, 8 пацієнтів з порушеннями зорового аналізатору – III група та 216 пацієнтів з інфекціями, що передаються статевим шляхом – IV група, а також колекція атестованих контрольних сироваток в кількості 100 зразків, що знаходиться в референс – лабораторії

з зовнішнього контролю якості лабораторних досліджень на сифіліс НАМН України ДУ «ІДВ НАМН». Дослідження проводилося відповідно до Наказу МОЗ України за № 997 від 22.11.2013 р.

Результати. Метод RPR, був використаний для оцінки скринінгової діагностики сифілісу в досліджених 333 зразках сироватки крові отриманих від різного контингенту вищезазначених пацієнтів. Позитивні результати за методом RPR було отримано у 6 (2,7%) зразках сироватки крові із 216 обстежених IV групи пацієнтів. Всі інші 117 (100%) зразків сироватки крові I, II та III групи пацієнтів.

Використані НТТ тести РМП та RPR при обстеженні зразків сироватки крові від хворих соматичних стаціонарів показали однакові результати (із 333 зразків у 6 (1,8%) були позитивні), але метод RPR виявився більш об'єктивним при оцінці результатів досліджень.

Методом РПГА специфічні трепонемні антитіла були виявлені серед хворих соматичних стаціонарів із I групи – у 2 (2,9%) зразках сироватки, серед хворих II групи – у 1 (2,6%) зразка і серед хворих III групи – у 1 (12,5%) зразка. В IV групі пацієнтів з ІПСШ, виявлення було найбільшим – у 30 (13,9%) досліджених зразках сироватки крові. Так, за всіма показниками РПГА було позитивно в 34 (10,2%) випадках із 333 обстежених пацієнтів.

За показниками ІФА методу сумарні антитіла до *T. pallidum* виявлені у 34 (10,2%) із 333 обстежених пацієнтів. Специфічні трепонемні антитіла виявлені у хворих соматичних стаціонарів із I групи – у 2 (2,9%) зразках сироватки, у пацієнтів II групи – у 1 (2,6%) зразка, у пацієнтів III групи – у 1 (12,5%) зразку і у пацієнтів IV групи – у 30 (13,9%) з ІПСШ, виявлення було найбільшим – у 30 (13,9%) досліджених зразках сироватки крові.

Висновки. Отримані результати серологічного обстеження пацієнтів з патологією органів зору, слуху та психічними розладами вказують на необхідність використання в клінічній практиці принципу комплексного серологічного обстеження пацієнтів НТТ та ТТ тестами з використанням зразків сироватки крові.

Оптимізація лікування хворих на червоний плесканий лишай з урахуванням функції гепатобіліарної системи

Бродовська Н.Б., Волошина Х.-Б.А., Токар О.В., Боднараш Д.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Червоний плесканий лишай – це хронічне запальне захворювання шкіри з групи ліхенів. У структурі патології шкіри червоний плесканий лишай складає біля 3%, однак в останні роки відзначається тенденція до зростання рівня захворюваності на червоний плесканий лишай, що можна зокрема пояснити частими стресовими ситуаціями, зумовленими подіями воєнного часу. Дерматоз у більшості пацієнтів характеризується поширеним ураженням шкіри, інтенсивним свербіжем, що є причиною зниження їх працездатності та соціальної активності. Все це обґрунтовує актуальність проблематики червоного плескатого лишая та удосконалення способів його лікування. Однією з можливих причин обтяженого клінічного перебігу дерматозу може бути наявність у пацієнтів патології органів травлення, зокрема гепатобіліарної системи, а також розлади мікроциркуляції, особливо при локалізації висипки на нижніх кінцівках, що слід враховувати при комплексному обстеженні та лікуванні таких пацієнтів.

Мета роботи – підвищити ефективність лікування хворих на червоний плесканий лишай шляхом поєданого застосування у комплексній їх терапії препаратів із гепатопротекторною та ангіопротекторною діями.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебували 46 пацієнтів (31 жінка, 15 чоловіків) віком від 21 до 76 років, хворих на червоний плесканий лишай із поширеним ураженням шкіри, чисельними запальними папулами з інтенсивним свербіжем, а на нижніх кінцівках – із формуванням верукозних бляшок. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб подібного віку й статі. Для визначення функціонального стану органів гепатобіліарної системи у хворих на червоний плесканий лишай застосовували лабораторні (біохімічні, імуноферментні) та інструментальні (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини) методи дослідження.

Результати роботи. При комплексному обстеженні у значної частини – у 33 (71,7%) з 46 обстежених хворих на червоний плесканий лишай виявлено супутні захворювання органів гепатобіліарної системи, у тому числі: хронічний холецистит – у 24 (52,2%) пацієнтів, хронічний гепатит невірусного генезу – у 9 (19,6%) хворих та гепатит С – у 3 (6,5%) осіб, які супроводжувалися змінами показників біохімічного аналізу крові: підвищенням вмісту в сироватці крові білірубину, активності трансаміназ, рівня холестерину, а також змінами ліпідного спектру крові. Зважаючи на результати обстеження пацієнтів, у комплексному лікуванні 23 хворих на червоний плесканий лишай (основна група) призначали препарат із вмістом екстракту артишоку (*Synara scolymus*) із гепатопротекторною дією та ангіопротекторний препарат із вмістом троксерутину (впродовж місяця), решта 23 пацієнти (порівняльна група) отримали стандартне лікування дерматозу. Згідно клінічних спостережень, у пацієнтів із червоним плесканим лишаєм основної групи констатовано більш швидкий регрес елементів висипки на шкірі – у середньому на 7–12 днів відносно пацієнтів порівняльної групи, а також відзначено тенденцію до нормалізації показників біохімічного аналізу крові. Через місяць після завершення лікування у пацієнтів основної групи стан клінічного видужання чи значне покращення на шкірі констатовано у 16 (69,6%) осіб, а лише покращення – у 7 (30,4%) пацієнтів, а серед хворих на червоний плесканий лишай із групи порівняння відповідно – у 9 (39,1%) та у 14 (60,9%) осіб, що згідно із непараметричним дисперсійним аналізом Фрідмана має достовірну відмінність ($\chi^2 = 4,29$ за критичного значення цього показника – 3,84).

Висновки. Застосування у комплексній терапії хворих на червоний плесканий лишай препарату гепатопротекторної дії із вмістом екстракту артишоку та ангіопротекторного препарату із вмістом троксерутину сприяє нормалізації показникам функціональної активності органів гепатобіліарної системи таких пацієнтів, а також достовірно підвищує клінічні результати їх лікування.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U101550).

Особливості перебігу псоріазу у хворих, що перенесли Covid-19

Вітковська М.О.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Тригерним фактором маніфестації або загострення дерматологічного процесу у людей, які перенесли інфекцію Covid-19, імовірно являються гіперзапальні реакції, що розвиваються при хворобі. Описані випадки загострення дерматологічного процесу під час активної фази захворювання та після перенесеного Covid-19. Причина та патогенез шкірних проявів при інфекції поки що

не встановлені, але найбільш імовірно вони обумовлені інфекційно-алергічним ураженням судин, а також високим рівнем прозапальних цитокінів.

Матеріали та методи. У дослідження було залучено 109 пацієнтів, хворих на псоріаз, в тому числі 69 хворих, що перенесли Covid-19, та 40 пацієнтів, що не хворіли на Covid-19, і склали групу порівняння. Всі пацієнти перебували на лікуванні у відділенні дерматології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». Вік хворих від 18 до 75 років, що характеризує захворюваність у всіх вікових категоріях. Всім пацієнтам виконувалась етіологічна лабораторна діагностика: визначення імуноглобулінів класу G та M до SARS-CoV-2 із застосуванням імунологічних методів виявлення. У кожному клінічному випадку проводили збір анамнестичних відомостей, оцінку клінічної картини дерматозу, всім хворим виконували клініко-лабораторне обстеження, що включало дослідження периферичної крові, біохімічних показників плазми (печінкові проби, коагулограма), загальний аналіз крові та сечі.

Результати та обговорення. Судячи з даних більшість хворих, що перенесли Covid-19, відмічають зміну характеру дерматозу після перенесеної інфекції та її лікування, що свідчить про актуальність проблеми. З 69 пацієнтів хворих на псоріаз, перенесших Covid-19, відмічають загострення захворювання, в тому числі ті пацієнти, що отримували системну глюкокортикостероїдну терапію під час лікування Covid-19. 41 пацієнт (60%) відмічав загострення стану після перенесеної коронавірусної інфекції, при цьому у пацієнтів переважає еритродермія з токсичним компонентом. Системну кортикостероїдну терапію отримували 18 хворих з приводу дерматозу, або при лікуванні Covid-19, та 12 з них відмічали погіршення стану (67%), що свідчить про недоцільність використання глюкокортикостероїдної терапії, яка призводить до зміни характеру дерматозу, при цьому 6 пацієнтів не відмітили погіршення стану після лікування кортикостероїдами.

У більшості хворих спостерігались поширення площі патологічного процесу, зміни характеру висипів з чергових бляшок на розповсюджений висип, збільшення інтенсивності активного лущення у осередках локалізації з поширенням на волосисту частину голови. В особливо тяжких випадках відзначались гостро виражені зміни характеру процесу, які хворі не помічали при попередніх спостереженнях, а саме: поява стійкого свербежу з нестерпною печією шкіри, залучення до запального процесу усієї поверхні шкіри, поява стійкої гіперемії з інфільтратами та набрякlostями навіть до розвитку еритродермії.

Висновок Приймаючи до уваги значну кількість загострень процесу після перенесеного Covid-19, особливо у разі лікування захворювання системними глюкокортикостероїдами, необхідна розробка рекомендацій по запобіганню загострень захворювання у цієї категорії дерматологічних хворих.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0121U112084

Study of morphological features of skin lesions in patients with psoriasis

Vozniak I. Ya., Syzon O.O., Chaplyk-Chyzho I.O., Turkevych S.A.

Danylo Haltsky Lviv National Medical University, Lviv

Psoriasis is a skin disease that is accompanied by systemic inflammation and affects about 1 to 5% of the population worldwide.

The **aim** of our research was to determine morphological peculiarities of skin lesions in patients with common psoriasis, investigation of the levels of expression of immunohistochemical markers of vascularization.

Materials and methods. 80 patients with psoriasis were observed. The control group consisted of 20 practically healthy people (donors) of the same age. Skin biopsy with histological evaluation of biopsy materials was performed for all patients to establish form and severity of the course of psoriasis according to requirements of morphological chapter of contemporary classification.

Results and discussion. Applying the scale of intensity of skin vascularization according to Amin M.M. et. al. (2012), it was detected that damaged dermal areas due to psoriasis, on average, had 17.25 ± 5.34 micro vessels at magnification ($\times 400$), which corresponds to the level of moderate vascularization (11–20 capillaries). Normal skin in control group had mean index 4.32 ± 2.01 at ($\times 400$) at the level of weak vascularization (4–10 capillaries), which statistically reliably differs from general group ($p < 0.05$). Analysis of the condition of vascular bed at different levels of severity of psoriasis course showed that a number of cells at moderate degree of severity (22.65 ± 5.87) was considerably higher than at mild psoriasis (10.09 ± 3.22), and even more numerous than in CG (4.32 ± 2.01). Statistically reliably both groups differ between them ($p < 0.05$), and with CG ($p < 0.05$).

According to Fisher's exact test, distribution of absolute meanings of monitoring of intensity of cytoplasmic staining with VEGF marker in all groups between them had a reliable difference ($p < 0.05$). We detected a moderate correlation connection between increased intensity of VEGF expression and amplification of the severity of psoriasis course ($r = +0.430$). According to Fisher's exact test, distribution of monitoring of intensity of cytoplasmic staining with MMP-9 marker in all groups between them had a reliable difference ($p < 0.05$); a moderate correlation connection between increased intensity of MMP-9 marker expression and amplification of the severity of psoriasis course was detected ($r = +0.532$).

Conclusions. The results of conducted clinical, morphological and immunohistochemical investigations enable to consider importance of neoangiogenesis processes in pathogenesis of this dermatosis and need in elaboration of therapeutic measures with direct influence on this aspect of pathogenesis.

The given data are the results of scientific research work 0120U105735

Захворюваність дітей інфекціями шкіри та підшкірної клітковини (мікози стоп, дерматофітози, короста) та псоріазом за 2017–2022 рр.

Волкославська В.М., Белостоцький Ю.Б., Гаврилюк О.А.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Статистичні дані по захворюваності дитячого населення інфекціями шкіри та підшкірної клітковини і псоріазом актуальні в даний час у зв'язку зі значними міграційними процесами населення, економічною ситуацією в Україні, воєнними діями в деяких регіонах.

Метою дослідження було – з'ясувати динаміку захворюваності вищезазначеними інфекціями і псоріазом у період з 2017 до 2022 рр. Матеріалом для обробки були використані таблиці, отримані з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Таблиця 1. Захворюваність дерматофітозами, коростою і псоріазом серед дітей на 100000 населення

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Дерматофітози	229,2	211,8	231,2	140,3	118,3	90,5
Короста	40,1	37,0	33,6	20,9	19,7	16,5
Псоріаз	21,7	22,2	17,7	12,7	13,8	12,9

При обробці даних матеріалів використовувалося порівняння цифр захворювання вищенаведеної таблиці. Дерматофітози серед дитячого населення мають тенденцію до зниження з 229,2 у 2017 р. до 90,5 у 2022 р. на 100000 населення, з незначним ростом до 231,2 у 2019 р. Захворюваність коростою стабільно знижується з 40,1 до 16,5 до 2022 р. на 100000 населення. Аналогічна динаміка по зниженню захворюваності фіксується і по псоріазу – з 21,7 у 2017 р. до 12,9 у 2022 р. на 100000 населення. Мікози стоп у дітей у період 2017–2022 рр. не реєструвалися.

Вивчений матеріал свідчить про значне погіршення реєстрації захворюваності інфекціями шкіри та підшкірної клітковини і псоріазом серед дитячого населення України, що може бути наслідком міграційних процесів, на що повинні звернути увагу керівники всіх лікувальних установ, що надають допомогу дитячому населенню на всіх рівнях (медичні та соціальні працівники, освітяни, працівники правоохоронних органів, сімейні та шкільні лікарі, педіатри, психологи, дерматовенерологи, інфекціоністи та ін.).

Modern medicine on the threshold of onychomycosis treatment

Hayevska M. Yu., Savchuk O.

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

Actuality: Onychomycosis is one of the most spreading fungal infections of the nail's bed, of the nail's matrix and/or of the ungual's plate, what accounts for up to the 50% in the structure of the pathology's reasons in the dermatologic praxis. According to the results of the WHO, fungal disease of the nails is observed in the 5–25% of the Earth's population and this index is tend to rise. In Ukraine more than 31% of the citizens suffer from the fungal diseases. The results of the numerous researches in the field of the athlete's foot in the whole world show that, the sickness rate has been arose in last 10 years in 2,5 times and accession of the sickness rate constitutes 5% each year.

Onychomycosis is the fungal nail's disease, which can be provoked nearly by the 50s kings of funguses but the main germs are the cataneous funguses. Onychomycosis causes the destruction of the nails, pain of the different intense, makes them looking ugly, what in its turn, causes the psychological, esthetic and functional problems. The most popular place for onychomycosis is the toes. Men can have the illness more often than women. The authors of the foreign publications claim that it is connected with the differences in the hormone's level and as a result with different possibilities to suppress the growth of the cataneous funguses.

The onychomycosis curing depends on the clinical image, the number of the damaged nails and the complexity of the damage. The systemic curing is necessary while proximal subungual onychomycosis and distal-lateral onychomycosis with the damaging of the nail's matrix. The combination of the systemic and current treatment increases the rate of the curing.

Materials and methods: There were inspected 136 patients with onychomycosis, which damages from 25% up to 75% of the square of at least one big toe's nail. (73 men and 63 women, aged from 18 to 60 years old). The whole complex of the investigation contained: anamnesis, general surveying, general and common laboratory tests. All patients' pathological aspirate was microscopically evaluated (nail's section) and culture-based investigated (inoculation for Sabouraud environment).

After the first visit, there were explained to the patients how to use the investigated medicine. Complex drug product is a hyaloid achromic liquid in the plastic tube, 10 ml volume, with a silicone plastic cap, which guarantees accurate application on the nail. Thin layer of the liquid was applied onto the all damaged nails before sleep every day. The thumb or the big toe were chosen to be targetoriented for all further investigations. The patients came back after the first visit in 2, 4 or 8 weeks to estimate the effectiveness of the investigated medication.

Results: The part of the patients who admitted getting better with the goal-oriented nail was 94,7% in comparison with the input number (128/136 patients). After 2 weeks of curing, the part of the patients who had been getting better was 68,4% 98/136). After 4 weeks this Index had raised. After 8 weeks there had been raising the part of the patients, who had admitted that goal-oriented nail had been becoming less thick, less crimp, softer and had a less changed color. After the 8 weeks of curing there were documented the visual improvement of the nail's catastasis as in the patients with primary moderate intensity of the infection, as in the patients with primary difficult infection. During the curing period the visual characteristics of the fungal infection were regressing, the nails were becoming congenerous and smooth.

This research was made to estimate the early clinical effects of the curing by complex drug product for patients with onychomycosis. The effectiveness was estimated by the improvement of the look of the damaged nail in comparison with the primary situation. The continuation of the curing gave the retrogression of the typical characteristics of the nail's fungal infection: especially the surface of the nail became softer and the color less changed. In the course of the evaluation of the nail's condition (thickness, change of color, fragility, softness) more patients admitted the improvement after the 2,4 and 8 weeks in comparison with the primary situation. The appliance of this topical liquid also guaranteed the high compliance, thanks to the excellent acceptability and application one time per day. The prospects for further researches: The prospective is to investigate the distant results of the application of the complex drug product medication in the complex therapy of the patients who suffer from onychomycosis.

Особливості психоемоційних розладів та якості життя в жінок з акне

Дашко М.О., Сизон О.О., Возняк І.Я., Іванюшко-Назарко Н.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

На сучасному етапі акне відносять до групи дерматозів, які викликають соматопсихічний резонанс внаслідок реального або передбачуваного естетичного дискомфорту.

Мета роботи – вивчити якість життя та показники реактивної і особистісної тривожності у жінок з акне залежно від тривалості захворювання.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 134 молодих жінок хворих на акне віком від 18 до 45 років. Усім пацієнтам було визначено дерматологічний показники якості життя, реактивної та особистісної тривожності. Вивчення якості життя пацієнта проводили за допомогою психометричної анкети опитувальника Dermatology Life Quality Index (DLQI). Для оцінки тривожності пацієнтів з акне використовували опитувальник Спілберґера-Ханіна, який складається з 40 питань-суджень, з котрих з першого по двадцяте – призначені для оцінки реактивної тривожності та з двадцять першого по сорокове – для визначення особистісної тривожності. Оцінка рівнів тривожності за результатами показників здійснювалася в таких межах: до 30 балів – низький, 31–45 балів – середній, більше 45 балів – високий.

Результати та обговорення. Згідно клінічних ознак, у 42 (31,34%) хворих діагностовано вугрову хворобу I ступеню, 41 (30,60%) – II ступеню, 39 (29,10%) – III ступеню, 12 (8,96%) – IV ступеню, причому лише 48 (35,56%) осіб з тривалістю захворювання до 1 року та 86 (64,44%) – від 1 до 5 років. Групу контролю склали 35 практично здорових осіб подібного віку.

У всіх обстежених пацієнтів ДІЯЖ достовірно ($p < 0,001$) відрізнялися в хворих з акне залежно від тривалості захворювання: в жінок з тривалістю захворювання до 1 року цей показник становив $15,19 \pm 0,62$ (значний вплив дерматологічного захворювання на ЯЖ) та від 1 до 5 років – $22,21 \pm 0,68$ (дуже значний вплив дерматологічного захворювання на ЯЖ), причому найбільший вплив акне пацієнти відмічали на повсякденну активність та приватне життя.

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

Висновок. У всіх обстежених жінок з акне відмічали значний вплив захворювання на ЯЖ, причому найбільший вплив пацієнти відмічали на повсякденну активність та приватне життя, особливо пацієнтки з тривалістю захворювання акне від 1 до 5 років. Також відмічались підвищення рівня тривожності, особливо особистісної в групі жінок з тривалістю захворювання від 1 до 5 років. Це обґрунтовує необхідність пошуку нових комплексних методів лікування пацієнтів з акне з врахуванням впливу захворювання на тривожність та якість життя пацієнтів.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735

Важливість вивчення на сучасному етапі здобувачами медичної освіти аспектів епідеміології та клініки глибоких мікозів

¹Денисенко О.І., ¹Перепічка М.П., ²Денисенко О.В., ²Дригубко Ж.Д.

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

²Чернівецький медичний фаховий коледж м. Чернівці

Глибокі (вісцеральні, системні) мікози – група захворювань грибової природи різних за етіологією, патогенезом, шляхами інфікування та клінічними проявами, при яких окрім шкіри та слизових оболонок можуть уражатися внутрішні органи та системи. Глибокі мікози – це рідкісні дерматози, які найбільш поширені в ендемічних регіонах, частіше – у країнах із жарким кліматом, проте випадки захворюваності на глибокі мікози реєструються практично у всіх країнах світу, у тому числі – в Україні.

Глибокі мікози, до яких відносять групу бластомікозів (європейський, північноамериканський, південноамериканський бластомікоз або параконцидіоз, бластомікоз келоїдний або амазонський гленоспороз), кокцидіомікоз, гістоплазмоз, хромомікоз, споротрихоз та мадуромікоз, характеризуються тривалим клінічним перебігом, схильністю елементів висипки до розпаду, що може призвести до косметичних вад шкіри, а при ураженні внутрішніх органів та відсутності адекватного лікування – до можливих летальних наслідків.

В останні роки у зв'язку з активною міграцією населення, у тому числі – у країни з високим рівнем поширення глибоких мікозів, а також через часте вимушене скупчення людей у випадку кризових ситуацій, нерідко за відсутності необхідних санітарно-гігієнічних умов та доступу до спеціалізованої медичної допомоги, зростає ризик поширення серед населення інфекційних хвороб, у тому числі – грибової етіології. Зараженню дерматомікозами, у тому числі – системними мікозами, можуть також сприяти зниження імунологічної резистентності організму через стресові ситуації, незбалансоване харчування, тривале переохолодження, а також недостатній догляд за шкірою тощо. Все це підвищує ризик поширення глибоких мікозів серед верств населення та обґрунтовує актуальність володіння медичними працівниками знаннями про аспекти епідеміології, клініки, принципів діагностики та лікування цієї групи мікозів.

З метою набуття знань про основні аспекти глибоких мікозів здобувачами медичної освіти на додипломному етапі підготовки медичних фахівців пропонується підготовка та оприлюднення студентами на практичних заняттях тематичних презентацій, присвячених питанням етіології, епідеміології, клінічних проявів, принципів діагностики та лікування глибоких мікозів, а також тема глибоких мікозів розглядається на одному з засідань студентського наукового гуртка. Водночас на післядипломному етапі підготовки медичних спеціалістів – лікарів-інтернів за спеціальністю «дерматовенерологія», а також лікарів-слухачів на циклах стажування чи тематичного удосконалення – здобувачам освіти читаються тематичні лекції з детальним висвітленням клінічних проявів різних клінічних форм глибоких мікозів із наведенням відповідного фотоілюстративного матеріалу, а також проведенням диференційної діагностики з іншими дерматозами, які мають схожу клінічну симптоматику, детальним розглядом методів діагностики та принципів лікування. Також при читанні лекцій та проведенні семінарських і практичних занять, присвячених інфекційним чи неінфекційним дерматозам з клінічними проявами, подібними до глибоких мікозів (туберкульоз шкіри, лімфому, третинний сифіліс та ін.), розглядається диференційна діагностика зі схожими клінічними проявами цих захворювань із наведенням тематичного фотоілюстративного матеріалу, розглядом методів їх лабораторної діагностики та тактики подальшого ведення пацієнтів.

Висновок. Отже, реалії останніх років – стан війни, вимушені міграційні процеси та інші несприятливі чинники можуть спричинити ріст інфекційних хвороб, у тому числі – захворюваності на глибокі мікози, у зв'язку з чим підвищується актуальність вивчення здобувачами медичної освіти різного освітнього рівня аспектів етіології, епідеміології, клініки, діагностики, диференційної діагностики та тактики ведення пацієнтів із глибокими мікозами, що повинно забезпечити своєчасну діагностику цих захворювань та належний рівень надання населенню фахової медичної допомоги.

Combined use in a comprehensive treatment of allergodermatosis the enzymatic and combined angioprotective agents

Denysenko O.I., Stepan N.A., Fedoruk V.O., Krukovska D.A.
Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

Allergodermatosis is a widespread group of allergic skin diseases including allergic dermatitis, eczema, atopic dermatitis etc. According to clinical observations in recent years allergodermatosis has been marked to have a tendency to more severe clinical course with diffuse skin lesions, the signs of acute inflammation in the skin lesion foci (erythema, swelling, infiltration), which becomes a cause of decreased or lost ability to work and social activity for a long time. Improvement of therapeutic efficacy of patients suffering from allergodermatosis is a topical task of modern dermatology. According to the results of the scientific research conducted, changes of the immune and neuroendocrine regulation, metabolic disorders, as well as skin microcirculation disorders are of considerable value for its development and course.

The aim of the study. To improve the efficacy of treatment of patients suffering from allergodermatosis with the signs of acute inflammation in the skin lesion foci by means of administering an enzymatic drug containing Serratiopeptidase and the combined angioprotective drug containing Diosmin and Hesperidine.

Material and methods. 54 patients suffering from allergodermatosis were examined including 29 males and 25 females aged from 19 to 79 years. Eczema was diagnosed in 41 patients (13 patients with true eczema, 28 – with microbial forms of eczema, that is, paratraumatic and varicose), and atopic dermatitis was diagnosed in 13 patients (eczema-like or lichenoid forms). All the patients presented diffuse skin lesion foci. They were associated with acute inflammatory signs (erythema, swelling). In the process of treatment, patients were divided into two groups: comparative (28 patients including 21 ones with eczema and 7 with atopic dermatitis) with standard treatment, and the main group (26 patients including 20 individuals with eczema and 6 with atopic dermatitis). In addition to the standard therapy, the latter received the enzymatic drug containing Serratiopeptidase (1 tablet 3 times a day during 10 days) and a combined angioprotective drug containing Diosmin and Hesperidine (500 mg – 1 tablet 2 times a day during 7 days followed by 2 tablets once a day during 14 days more).

Results. As clinical observations have shown, patients with eczema and atopic dermatitis from the main group, who were prescribed an angioprotective drug containing Diosmin and Hesperidine and an enzymatic drug containing Serratiopeptidase against the background of the standard therapy, experienced a reduction in hyperemia and edema in earlier periods, while patients with eczema – cessation of wetting in foci of skin lesions with a reduction in the duration of their treatment (an average of 5–6 days). On completion of treatment, the condition of clinical recovery was stated in 9 (32,1%) patients with allergodermatosis, considerable improvement – in 19 (67,9%) individuals. Among the patients from the main group there were 16 (61,5%) and 10 (38,5%) patients respectively, which according to the applied nonparametric dispersive Friedman's analysis has a reliable difference ($\chi^2 = 4,69$ with the critical value of this parameter 3,84). It is indicative of reliably better clinical results of treatment of such patients.

Conclusions. A combined administration an enzymatic drug containing Serratiopeptidase and the combined angioprotective drug containing Diosmin and Hesperidine into a comprehensive therapy of patients suffering from allergodermatosis with acute inflammatory signs on the skin promotes to reduce hyperemia and swelling signs in the skin lesion foci quicker and to improve reliably clinical results of treatment of such patients.

The given data are the results of scientific research work (state registration number: 0120U101550).

Використання вакцинації проти вірусу папіломи людини в якості профілактики рецидивування передраку і початкових стадій раку шийки матки після органозберігаючого лікування

Єгоров О.О.

Харківський національний медичний університет

Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2, м. Харків

Папіломавірусна інфекція є основним етіологічним фактором розвитку передраку і початкового раку шийки матки (РШМ). В даний час єдиним доведеним методом лікування неопластичних процесів нижнього відділу геніталій є ексцизійна терапія. Проте рецидиви захворювання у різні терміни після завершення лікування – часте явище, при цьому можливості проведення повторних хірургічних маніпуляцій стають обмеженими. Рецидиви, як правило, часто повторюються або через інфікування новими генотипами вірусу папіломи людини (ВПЛ), або через реактивацію латентних форм чи аутоінокуляцію в різних чутливих ділянках шийки матки. Тому, хоча профілактична вакцинація проти ВПЛ знизила захворюваність на пов'язану з ВПЛ патологію, як і раніше, існує потреба в зниженні ризику рецидиву існуючих станів у невакцинованих пацієнтів. Поряд із ліквідацією патологічного вогнища необхідно використовувати терапевтичні схеми, які передбачають усунення чи ослаблення впливу факторів виникнення, персистенції та прогресування захворювання. Останнім часом у світі однією з дискусійних тем в гінекології та онкології є терапевтична роль вакцин проти ВПЛ. Оскільки жодна вакцина ще не була ліцензована для терапевтичного використання, особливий інтерес викликає передбачувана роль профілактичної вакцинації проти ВПЛ як ад'ювантне лікування пацієнтів з рецидивними захворюваннями, пов'язаними з ВПЛ. До цього часу було запропоновано кілька гіпотез для пояснення точних захисних механізмів вакцинації проти ВПЛ у інфікованих: перехресний захист щодо інших типів ВПЛ; хірургічне лікування уражень ВПЛ може зменшити місцеву запальну реакцію та відновити змінений на фоні ВПЛ цервіко-вагінальний гомеостаз, де вакцина може бути ефективною; вакцини проти ВПЛ стимулюють клітинно-опосередкований імунітет, який також може відігравати роль у запобіганні рецидивуючій інфекції; запобігання аутоінокуляції на нових відкритих анатомічних ділянках. Повторне відкриття ролі профілактичних вакцин проти ВПЛ у вторинній профілактиці може прокласти шлях до нової ери у лікуванні захворювань, пов'язаних із ВПЛ.

Метою дослідження було оцінити ефективність профілактичної вакцинації проти ВПЛ для зниження ризику рецидивів у жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкового РШМ.

Основну групу склали 40 жінок, яким після органозберігаючого лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (СІН) II–III ступеня та РШМ $T_{1a1}N_0M_0$ була проведена вакцинація двовалентною вакциною проти ВПЛ 16 та 18 типів або тетравалентною вакциною проти ВПЛ 16, 18, 6 та 11 типів. До групи порівняння увійшли 40 невакцинованих жінок, яким було виконано тільки органозберігаюче лікування СІН II–III ступеня та РШМ $T_{1a1}N_0M_0$. Усі жінки, які брали участь у дослідженні, були подібними за віком, соціальним станом та репродуктивним анамнезом. За кількістю та типом високоонкогенних ВПЛ у досліджуваних групах не було достовірних відмінностей. Всім включеним у дослідження було проведено комплексне обстеження, яке передбачало оцінку їх клінічного стану, збирання анамнезу, скарг, гінекологічний огляд, кольпоскопію, бактеріологічне, вірусологічне (визначення

високоонкогенних ВПЛ методом полімеразної ланцюгової реакції), цитологічне та гістологічне дослідження. Рецидив визначався як виявлення інфекції одним і тим же генотипом ВПЛ протягом як мінімум 6–12 місяців (персистуюча інфекція) та/або цитологічна зміна та/або цервікальне гістологічне ураження будь-якого ступеня (SIL/CIN) у пацієнтів з негативним котестом у першому пост-контролі. Оцінювали рецидив протягом 6–60 місяців після лікування. Для статистичної обробки даних використовували програму Microsoft Excel. Достовірність динаміки показників оцінювали за t-критерієм Стьюдента для парних варіант. Вірогідними вважали їх відмінності при значеннях $p < 0,05$.

Результати досліджень показали, що у жінок основної групи рецидив CIN I діагностовано у 10,0% випадків, в групі порівняння – у 15,0% випадків. Проведені дослідження показали і нижчу частоту рецидиву CIN II у жінок основної групи (7,5%) на відміну від жінок групи порівняння (12,5%). Рецидив CIN III стався у 2,5% жінок основної групи та 5,0% жінок групи порівняння. Аналіз груп підтвердив нижчий рівень рецидиву CIN у жінок основної групи, на відміну від жінок групи порівняння. Можливо, це пов'язано із перехресною блокадою інфікування новими генотипами ВПЛ. Також підвищення природної імунної відповіді шляхом вакцинації жінок, раніше інфікованих ВПЛ, може стримувати реплікацію вірусу і тим самим запобігати його реактивації та перетворення на активну продуктивну інфекцію і, отже, викликати неоплазію шийки матки. Отримані результати показали високу ефективність застосування вакцинації проти ВПЛ у жінок після органозберігаючого лікування передраку та початкового РШМ у запобіганні розвитку рецидивів, що підтверджує ефективність, етіопатогенетичну обґрунтованість та доцільність застосування запропонованої тактики в клінічній практиці.

Висновок. Таким чином, дані дослідження вказують на те, що вакцинація проти ВПЛ може відігравати допоміжну роль до хірургічного лікування неопластичних уражень шийки матки і, відповідно, зниження ризику їх рецидивів і подальшого обтяження процесу.

Застосування реакції непрямой імунофлуоресценції (технологія біочип) для серологічної діагностики епштейн-барр-вірусної у пацієнтів із локалізованою склеродермією

Жук О.О.¹, Гук М.Т.¹, Шкільна М.І.¹, Смаглій З.В.¹, Грицишин Л.Є.¹, Семенова Р.О.²

¹Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль

²КНП «Тернопільський обласний клінічний шкірновенерологічний диспансер» Тернопільської обласної ради

Вступ. Локалізована склеродермія – хронічна хвороба сполучної тканини з переважним ураженням шкіри і підлеглих тканин, яка характеризується появою вогнищ склерозу на тлі запальних явищ (еритеми, набряку) і подальшим розвитком атрофії та гіпо- чи гіперпигментації шкіри. Тригерними чинниками розвитку локалізованої склеродермії можуть бути травми, стреси, вакцинація, підвищений радіаційний фон, нейроендокринні порушення, контакт із хімічними речовинами, вживання деяких медичних препаратів, укуси комах, перенесені вірусні або бактерійні інфекції, зокрема кліщові інфекції, спричинені *Borrelia burgdorferi s. L.* та *Bartonella spp.*

Епштейн-Барр вірус (англ. – Epstein-Barr virus (EBV), вірус герпесу людини 4-го типу досить розповсюджений у людській популяції. За даними науковців у різних регіонах світу серопозитивними щодо цього збудника є близько 90–95% дорослих.

Хронічна EBV-інфекція може характеризуватися загальною слабкістю, білью голови, підвищеною пітливістю, кашлем, утрудненим носовим диханням, неприємними відчуттями в горлі, болями в м'язах і суглобах, наявністю висипань на шкірі. Оскільки хронічна активна EBV-інфекція немає патогномонічних проявів чи характерної симптоматики, суттєві складнощі виникають при діагностиці недуги, особливо встановленні її стадії. Натепер здебільшого застосовують імунологічні методи діагностики.

Мета – діагностувати EBV-інфекцію у хворих із локалізованою склеродермією жителів Тернопільської області за вмістом сироваткових антитіл класів М та G до вірусного капсидного антигену та його білків: gp125 і p19, антитіл класу G до ядерного і раннього антигенів, визначених одночасно за допомогою РНІФ (технологія БІОЧИП).

Матеріал і методи. Під спостереженням було 25 хворих віком від 18 до 57 років із локалізованою склеродермією, які протягом 2019–2023 рр. лікувались амбулаторно в КНП «Тернопільський обласний клінічний шкірновенерологічний диспансер» Тернопільської обласної ради. Чоловіків було 9 (36,0%), жінок – 16 (64,0%).

Діагноз локалізованої склеродермії встановлювали на підставі характерних клінічних проявів недуги і формулювали згідно з класифікацією МКХ-10, код L94.0.

Для діагностики EBV-інфекції використали мультиплексну РНІФ (технологія БІОЧИП), тест-система «BIOCHIP Sequence EBV (with avidity determination)» (EUROIMMUN, Німеччина), яка містить капсидний антиген (англ. – viral capsid antigen, VCA) і його білки: gp125 і p19, ядерний (англ. – Epstein-Barr nuclear antigen, EBNA) і ранній антигени EBV (англ. – early antigen, EA).

Результати визначення специфічних антитіл до зазначених антигенів EBV оцінювали в полі зору флуоресцентного мікроскопа (Olympus IX70, ок ×10, об ×20;40) за яскраво-зеленим світінням імунного комплексу антиген-антитіло, міченого флуоресцентним, яке було специфічним для кожного із вказаних антигенів.

Результати. За допомогою реакції непрямой імунофлуоресценції (технологія БІОЧИП) у 21 (84,0%) із 25 пацієнтів із локалізованою склеродермією діагностовано хронічну EBV-інфекцію, 42,9% із яких мали стадію реактивації, 33,3% – давнє інфікування, 23,8% – хронічну інфекцію з недавною реактивацією.

Окрім наявності вогнищ склеродермії, пацієнтів найчастіше турбували збільшення лімфатичних вузлів (42%) і біль у м'язах та суглобах (32%).

Висновок. РНІФ з використанням технології БІОЧИП для діагностики хронічної EBV-інфекції у пацієнтів із локалізованою склеродермією, мешканців Тернопільської області застосований вперше і продемонстрував високу інформативність.

Психіатрія та дерматологія – дві дисципліни, одна проблема

Ковтун Л.О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса,

Сучасна психодерматологія – це розділ медицини, який поєднує взаємодію між дерматологією та психіатрією або навпаки психіатрією та дерматологією, де головну роль у патогенезі хвороби відіграють біологічні, психологічні та соціальні фактори. Воєнний стан в Україні не є винятком, від цього негативного тригера страждають як пацієнти з хронічними шкірними хворобами, так і пацієнти з психічними розладами.

Шкіра та нервова система тісно пов'язані одна з одною анатомічними, фізіологічними, функціональними зв'язками. Спочатку свого розвитку вони походять від одного зародкового листка – ектодерми, потім на них впливають однакові гормони та нейроендокринні фактори.

Стародавні вчені вважали, що стрес може мати значний вплив на організм. Гіппократ, грецький лікар, відомий як батько медицини, стверджував, що стрес може викликати різноманітні захворювання, включаючи проблеми з травленням, головні болі та втому.

Гален, римський лікар, вважав, що стрес може послабити імунну систему і зробити людину більш сприйнятливою до хвороб.

Ці ранні спостереження заклали основу для сучасного розуміння впливу стресу на організм.

У 1799 році британський дерматолог Роберт Вільям задокументував психодерматозний стан – маячний паразитоз.

Британський дерматолог та хірург Вільям Джеймс Еразм Вільсон вперше застосував поняття «шкірний невроз», з поясненнями таких захворювань, як алопеція, гіпергідроз, свербіж, марення паразитами та їх зв'язок з депресією, тривогою.

Фізичний та психічний стрес має великий вплив на нервову, ендокринну та імунну системи, які можна об'єднати в одну нейро-імунно-шкірну систему. Порушення в імуннозахисті, імунорегуляції, імуннопатології приводить до загострення дерматозів або виникнення нових при психічних розладах.

Мета роботи: зрозуміти складний зв'язок між нервовою системою і шкірою, а також те, як з одного боку психологічні фактори можуть впливати на здоров'я та зовнішній вигляд шкіри, з другого боку, як хронічні дерматози впливають на стан нервової системи.

Результати та їх обговорення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я до 20% людей у всьому світі відчувають психічні розлади, а до 10% людей мають захворювання шкіри.

Дослідження в цій галузі показали, що психічні розлади, такі як тривога і депресія, можуть призвести до шкірних захворювань, таких як акне, екзема, псоріаз. Крім того, захворювання шкіри також можуть нести значний вплив на психічне здоров'я.

Досвідчений дерматолог завжди повинен запідозрити психічні або психологічні розлади у шкірного пацієнта, адже шкірне захворювання – це «зовнішня видима хвороба, а психічний розлад – це «внутрішня» невидима хвороба. Цю невидиму хворобу можна розпізнати в тісному контакті з пацієнтом, який має довіру до лікаря

Для виявлення та оцінки психодерматологічних розладів застосовуються такі методи, як опитувальники: індекс якості життя в дерматології (DLQI); індекс самообслуговування в дерматології, орієнтований на людину (PeDeSI); індекс інвалідності при псоріазі (PDI); опитувальник Dermatitis Family Impact (DFI).

Єдиної загально визнаної системи кваліфікації психодерматозних розладів не існує, але найбільш загально визнаною є система, яка розроблена John Y.M. Коо та Chai Sue Lee.

Згідно цієї класифікації психодерматологічні розлади поділяють на три категорії.

До першої категорії відносять психофізіологічні розлади, коли емоційний стрес може посилити симптоми, прикладом є псоріаз, екзема, нейродерматит. В шкірних хворобах цієї категорії психічні фактори відіграють важливу роль в етіології та клінічному перебігу. Ці захворювання шкіри прискорюються або загострюються стресовими ситуаціями.

Друга категорія – це первинні психічні розлади, які призводять до шкірних симптомів. До них відносяться розлад дерматологічних уявлень (марення паразитозу), порушення сприйняття тіла (дисморфічні розлади тіла), порушення контролю імпульсів (трихотіломанія, невротичні екскоріації, екскоріроване акне, нейродерміт, оніхотіломанія, вузликове пруритго), симульовані шкірні захворювання (артифікаційний дерматит, симульований дерматит), психогенний свербіж, шкірні фобії, атипичні больові розлади (глосодінія, вульводінія, скротодінія).

До третьої категорії відносять вторинні психічні розлади, коли спотворений стан шкіри може призвести до психологічних проблем, таких як депресія та тривога.

Якщо з психофізіологічними розладами кваліфікований дерматолог може впоратись самостійно, то з пацієнтами другої та третьої категорій потрібна допомога психіатра та психолога.

Висновки. Психодерматологія – це перспективний напрямок, як в дерматології, психіатрії, психології. Лікування психодерматологічних розладів повинно бути тісно пов'язано з цими дисциплінами.

Лікар дерматолог мусить запідозрити та мати на увазі психічні розлади у пацієнтів з хронічними та довгопротікаючими дерматозами, використовувати у лікуванні не тільки дерматологічні фактори, а психологічні і соціальні.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U113996)

Визначення динаміки формування стійкості до діоксидину референс штамів *S. aureus* ATCC 25923, *P. aeruginosa* ATCC 27853

¹Кутасевич Я.Ф., ¹Джорасва С.К., ²Ляпунов М.О., ¹Гончаренко В.В.

¹ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

²ДНУ «Науково-технологічний комплекс «Інститут монокристалів НАН України», м. Харків

В сучасних умовах світовою тенденцією мікроекології інфекцій є зростання резистентності різних збудників до дії антимікробних препаратів, прямим відображенням якої є можлива клінічна неефективність антибактеріальної терапії, що призводить до негативних наслідків соціального та економічного характеру. Більшість дослідників визнають, що антибіотикорезистентність досягла критичного рівня та далі зберігає тенденцію до поширення.

Мета: вивчення динаміки формування стійкості до діоксидину референс штамів *S. aureus* ATCC 25923, *P. aeruginosa* ATCC 27853.

Матеріали і методи Селекцію стійких варіантів мікроорганізмів здійснювали шляхом послідовних пересівань бактеріальної культури в нові порції поживного бульйону, який містить концентрації препарату, що ступінчасто підвищуються, починаючи з концентрації, удвічі меншої мінімальної бактерицидної концентрації (МБК).

Результати досліджень Штам *S. aureus* ATCC25923 в умовах селективного тиску ступінчастого підвищення концентрацій діоксидину сформував високий рівень стійкості до цього препарату (МБК=20 мг/мл) протягом 29 днів (7 пасажів). Цей рівень стійкості в два рази перевищив концентрацію діоксидину у препараті, а рівень МБК цього штаму вчетверо, порівняно з вихідним. Для штаму *P. aeruginosa* ATCC 27853 за 20 діб (6 пасажів) культивування в умовах селективного тиску діоксидину відбулося підвищення МБК діоксидину 8 разів – до значення 10 мг/мл. Показано, що препарат, що вивчається, виявляє більш високий рівень активності проти грамнегативних бактерій, ніж проти грампозитивних бактерій,

що узгоджується з даними інших дослідників, які раніше повідомляли про нижчу активність діоксидину щодо деяких грам-позитивних бактерій.

Висновок Таким чином, перевірка динаміки формування стійкості до діоксидину у референтних штабів мікроорганізмів продемонструвала виникнення варіантів, стійких до дії препарату, у штама *S. aureus* ATCC25923 (МБК \geq 10 мг/мл), та відсутність аналогічних для *P. aeruginosa* ATCC 27853, що вказує на можливість використання діоксидину при тривалій терапії ранової інфекції відповідної етіології.

Дослідження проведені в рамках виконання НДР «Розробка нових засобів та методів зовнішнього лікування бойових травматичних ушкоджень шкіри та прилеглих тканин залежно від фази ранового процесу», № держреєстрації 0123U101367.

Резидентні Т-клітини пам'яті в шкірі хворих на псоріаз

Кутасевич Я.Ф., Кондакова А.К., Гойденко Н.І.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Формування імунологічної пам'яті відіграє значну роль в розвитку псоріазу. Припускають, що даний тип клітин відіграє активну роль в підтримці постійного запалення в тканинах, персистенція Т-клітин пам'яті приводить до хронічного рецидивуючого перебігу дерматоза.

Мета дослідження – проаналізувати субпопуляційний склад Т-клітин пам'яті в шкірі хворих на вульгарний псоріаз в період загострення захворювання.

Матеріалом для дослідження були зразки шкіри, які були отримані за допомогою панч-біопсії, взяті з ділянки шкірної псоріатичної висипки у 5 хворих на вульгарний псоріаз. В якості контрольного матеріалу було досліджено однотипно взятий біопсійний матеріал із шкіри передньої черевної стінки у 4 умовно здорових донорів відповідного віку.

Імуногістохімічні (ІГХ) реакції проводили з антитілами проти антигенів людини: поліклональним CD3 (DAKO, поліклональні), моноклональними CD4 (DAKO, clone 4B12), CD8 (DAKO, clone C8/144B), у відповідності до рекомендацій виробника. Результати імуногістохімічної реакції оцінювали напівкількісним методом в балах від 0 до 6 за загальноприйнятою методикою з урахуванням забарвлених клітин. 0 балів визначали при відсутності зафарбовування, 1 бал – до 10%, 2 бали – до 20%, 3 бали – до 30%, 4 бали – до 40%, 5 балів – до 50%, 6 балів – більше 50% забарвлених клітин.

Результати та висновки. Встановлено, що в біоптатах шкіри хворих спостерігається збільшення в 1,5 рази кількості CD3+ лімфоцитів, в 2 рази – CD4+ лімфоцитів та в 3 рази – CD8+ лімфоцитів. Отримані дані вказують на роль CD4+ та CD8+ лімфоцитів в локальній пам'яті дерматозу.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U103066)

Вміст цитокінів в плазмі крові хворих на вульгарний псоріаз, які перенесли COVID-19

Кутасевич Я.Ф., Джораєва С.К., Кондакова Г.К., Сокол О.А., Солошенко Е.М., Шевченко З.М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Внаслідок гіперзапальних реакцій коронавірусна COVID-19, що розвиваються, може бути тригерним фактором маніфестації або загострення псоріазу у людей, які перенесли цю інфекцію.

Мета дослідження – проаналізувати профілі цитокінів ІЛ-17, ІЛ-10, ІЛ-8, ІЛ-6, ІЛ-4 та ІЛ-1 β пацієнтів з вульгарним псоріазом та пацієнтів з псоріазом, які перенесли COVID-19.

Матеріали і методи. Було обстежено 2 групи пацієнтів: 1 група – 46 пацієнтів, хворих на вульгарний псоріаз в період загострення захворювання; 2 група – 15 пацієнтів з загостренням псоріазу, які перенесли коронавірусну інфекцію в легкій чи середньо важкій формі. Хворі знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні дерматології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». Контрольну групу склали 15 умовно здорових донорів. Визначали рівні цитокінів ІЛ-1 β , ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-17а, ІЛ-4, ІЛ-10 в крові хворих та практично здорових осіб за допомогою імуноферментного методу (ELISA) з використанням наборів реактивів «Human ELISE Kit» (Fine Biotech., Китай), відповідно до інструкції компанії-виробника. Для оцінки різниці між групами використовували U-критерій Манна-Уїтні. Результати вважали достовірними при $p < 0,01$. Всі розрахунки проводились з використанням програми Microsoft Excel (Office 365).

Результати та висновки. Було встановлено, що у хворих на псоріаз, які перенесли COVID-19, більш високі рівні ІЛ-1 β , ІЛ-6 та ІЛ-8 в крові ніж у хворих на вульгарний псоріаз, що може бути тригерним фактором загострення псоріазу у пацієнтів, які перенесли COVID-19.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U112084)

Розробка єдиних умов проведення сучасних регламентованих лабораторних досліджень на сифіліс

Кутова В.В., Білоконь О.М., Дегтяр Т.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Розробка та впровадження єдиних умов проведення сучасних регламентованих серологічних досліджень на сифіліс спрямована на забезпечення якісних умов виконання цих досліджень у всіх клініко-діагностичних закладах МОЗ України, які беруть участь у системі внутрішньо лабораторного (ВКЯ) та зовнішнього (ЗКЯ) контролю якості лабораторної діагностики сифілісу. Як найбільш інформативна і відповідна сучасним умовам форма представлення стандартизованого опису методу дослідження було визначено стандартну операційну процедуру (СОП).

Стандартні операційні процедури найбільшою мірою враховують нюанси технології проведення дослідження в умовах окремої серологічної (клініко-діагностичної) лабораторії, що має свою індивідуальну організаційну структуру, штатну чисельність персоналу, комплектацію лабораторного обладнання, обсягу та регулярності проведення різних видів та набором виробничих приміщень.

Мета роботи. Розробка комплексу типових СОП для різних методів лабораторних досліджень на сифіліс з метою стабілізації діагностичного процесу в клініко-діагностичних лабораторіях.

Матеріали та методи. Розробка СОП виконувалася для тих лабораторних методів дослідження на сифіліс, які потребують ВКЯ та ЗКЯ: мікроскопія в темному полі, реакції прямої імунофлуоресценції, реакція мікропреципітації з кардіоліпіновим антигеном (VDRL), реакція швидких плазмених реагінів (RPR), реакції пасивної гемоглютинації (РПГА), імуноферментний метод (ІФА).

Результати досліджень. Робота проводилася співробітниками лабораторії серології з функціями референс-лабораторії з зовнішнього контролю якості серологічних досліджень на сифіліс, у рамках виконання наукової тематики НДР ДУ «ІДВ НАМНУ», що спрямована на стабілізацію та зниження сифілітичної інфекції в Україні. Під час обстеження пацієнта з метою діагностики сифілітичної інфекції застосовують методи, які належать до методів з якісним або напів-кількісним обліком результатів дослідження, стосовно яких не застосовується технологія, представлена в ISO/IEC17025:2005.

Облік та інтерпретація прямих методів детекції збудника сифілісу, таких як мікроскопія в темному полі або реакція прямої імунофлуоресценції виконуються у якісний спосіб оцінки результату дослідження; він виражається відповіддю на питання: виявлено чи ні збудника захворювання. До методів дослідження з напів-кількісною оцінкою результатів дослідження можна віднести такі серологічні реакції на сифіліс, як VDRL, RPR та РПГА. При проведенні цих досліджень результати визначення імунних антитіл до антигенів збудника сифілісу оцінюються з використанням суб'єктивно інтерпретованих критеріїв, а результати досліджень виражаються в умовних якісних одиницях – плюсах: від + до +++++. Крім цього, при використанні зазначених методів розроблено напів-кількісне визначення титру антитіл, тобто максимального розведення проби досліджуваного біоматеріалу, при якому ще спостерігаються позитивні результати дослідження. Вихідне розведення зразка біоматеріалу в кожному з перерахованих методів відрізняється: так, наприклад, в нетрепонемних тестах (VDRL та RPR) спочатку досліджують цілісні зразки сироватки або плазми крові, і наступні дворазові розведення: 1:2, 1:4, 1:8 і т.д.; у той час як мінімальне розведення зразків сироватки/плазми крові в РПГА відповідає 1:80, а наступні розведення становлять: 1:160–1:320, 1:640 і т.д. Імуноферментне дослідження також спрямоване на визначення специфічних антитіл до *T. pallidum*, проте результати цього дослідження виражаються у вигляді кількісних величин, що характеризують інтенсивність поглинання потоку світла при його проходженні через реакційне середовище, так званим показником оптичної густини (ОГ). Кінцевою метою дослідження на сифіліс методом ІФА зразків біологічного матеріалу, отриманих від пацієнта, є отримання даних, що свідчать про наявність (позитивний результат), або відсутність (негативний результат) у цих зразках антитіл по відношенню до антигенів *T. pallidum*. При цьому важливим та суттєвим для подальшої долі хворого є отримання правильних (достовірних, точних) результатів аналізу. Необхідною умовою цього є впевненість у тому, що дослідження виконано правильно і результати відповідають необхідним критеріям якості.

Висновки. Розроблені стандартні операційні процедури (СОП) забезпечать якісне виконання всіх регламентованих видів лабораторних досліджень, включно з методиками проведення внутрішнього (ВКЯ) та зовнішнього (ЗКЯ) контролю якості, як нерозривної та невід'ємної складової частини кожного виду дослідження.

Підходи до обстеження пацієнтів із поверхневими васкулітами шкіри

Матвейва Л.В.

Клініко-діагностичного центру ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ

Васкуліт шкіри – це дерматоз, який проявляється неспецифічним запаленням стінок дермальних і гіподермальних кровеносних судин різного калібру. Актуальним є вивчення фактору росту ендотелію судин (VEGF – Vascular endothelial growth factor), який має безпосереднє відношення до васкулітів і являє собою фактор росту з важливою проангіогенною активністю, чинить мітогенний та антиапоптотичний вплив на ендотеліальні клітини судин, збільшуючи їх проникність, сприяючи міграції клітин. Завдяки цим ефектам фактор активно сприяє регуляції ангіогенних процесів. Родина VEGF має наступні складові: VEGF-A (має різні ізоформи), VEGF-B, VEGF-C, VEGF-D, VEGF-E (вірусний VEGF), VEGF-F (VEGF зміної отрути) фактор росту плаценти (PlGF), а також до цієї родини вчені додали фактор росту ендотелію судин внутрішньої секреції (EG-VEGF).

Аналіз досліджуваних показників родини VEGF дозволяє удосконалити підхід до діагностики та лікування пацієнтів з поверхневими васкулітами шкіри. Також в ході роботи було проведено обстеження хворих у суміжних спеціалістів: гематолог, ревматолог, ЛОР, офтальмолог, невропатолог.

Метою роботи було дослідити стан судин шкіри у хворих на поверхневі васкуліти шкіри, із аналізом окремих показників крові та даних щодо наявної супутньої патології, для визначення алгоритму обґрунтованого лікування.

Матеріали та методи. До обстеження були залучені хворі із різними клінічними формами поверхневого васкуліту шкіри (Шамберга, Дукаса-Капетанакіса, лейкоцитокластичний, ліхеноїдна пурпура Гужеро-Блюма). Також було проаналізовано фактори, які сприяли виникненню даного процесу на шкірі та проведено дослідження агрегаційних показників крові, загального фактору росту судин та фактору росту судин А.

Було обстежено 84 пацієнта віком від 17 до 86 років, серед яких 53 жінки та 31 чоловік. У 33-х хворих проаналізовано вміст в крові ендотеліального фактору росту судин (загальний та А). Давність процесу на шкірі становила від декількох днів до 8-ми років. З'ясовано, що у порівнянні з показниками норми (до 42,6 пг/мл) загальний ендотеліальний фактор росту судин у групи пацієнтів, залучених до дослідження (14 хворих), був значно вищим – діапазон показника коливався від 24,39 до 808,33 пг/мл. У більшості хворих ці показники становили від 7,4 до 96,07 пг/мл, проте, траплялися виняткові випадки із значно підвищеним рівнем – 361,5 та 808,33 пг/мл. Також встановлено, що в іншій групі, де досліджувався ендотеліальний фактор росту судин А (19 хворих), всі показники значно виходили за межі референтних значень (< 1,01) та коливалися від 7,4 до 37,5.

Результати. Було встановлено, що обстежені пацієнти мають наступні супутні захворювання: глаукома – 4 хворих, постінфарктний кардіосклероз – 3, церебральний атеросклероз – 6, багатовузловий зоб – 26, тиреоїдит – 1, цукровий діабет – 8 (переважно II типу). Саме ці хворі перебувають під диспансерним спостереженням у відповідних спеціалістів.

Висновки. Під час дослідження була проведена комплексна оцінка поверхневих васкулітів шкіри з урахуванням показників загального фактору росту судин, фактору росту судин А, які у більшості хворих (3 з 33) перевищували показники норми. Також було виявлено наявність ряду супутніх патологій, котрі значною мірою впливали на загальний стан пацієнта.

Специфіка психоемоційного стану у військових хворих на псоріаз

Маштакова І.О., Матюшенко В.П.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Багаторічні дослідження пацієнтів хворих на псоріаз довели, що психоемоційний стан відіграє значну роль як у виникненні захворювання так і у його рецидивах. Військові зараз перебувають у ситуації яка тримає їх у стані напруги, що може призвести до емоційних зривів. У бойовій обстановці головні причини психологічного стресу є загроза життю та відповідальність за виконання завдання, невизначеність майбутнього, дефіцит часу для прийняття рішень при здійсненні бойових дій. Додатковими стресовими факторам є психологічна невідповідність.

Мета дослідження. Вивчити рівень тривожних порушень у військових, хворих на розповсюджений псоріаз у стадії загострення.

Матеріали і методи. В умовах клініки ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» було обстежено 48 військових чоловіків хворих на розповсюджений псоріаз в прогресуючій стадії. Середній вік хворих склав 51.2±5.3 років. Контрольну групу склали 7 здорових осіб. Усі пацієнти піддавалися комплексному клінікопато-психосоматичному обстеженню. Тяжкість та розповсюдженість шкірного процесу у хворих на псоріаз оцінювалася за індексом PASI та коливалася від 37 до 62 балів. Тривожність у хворих на псоріаз вивчали за шкалою самооцінки Спілберґера–Ханіна. Даний тест є джерелом інформації про самооцінку пацієнта рівня своєї тривожності в даний момент (реактивна тривожність) і особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини).

Результати. Внаслідок проведеного дослідження, встановлено: Проведені дослідження рівня тривожності встановили, що (75,7%) мали високий рівень реактивної тривожності, (26,1%) – помірний рівень та (7,2%) – низький рівень реактивної тривожності. Також виявлено, що (32,9%) мали високий рівень особистої, (59,8%) – помірний рівень та (7,2%) – низький рівень особистої тривожності. Середній бал реактивної тривожності серед усіх 48 хворих становив 56,9±0,8, що відповідало високому рівню, а особистої тривожності – 40,9±0,6, що перебуває у межах помірного рівня. Таким чином, більшість хворих (75,7%) мали високу реактивну тривожність, що потрібно враховувати при призначенні комплексної терапії.

Висновки. Таким чином, більшість хворих (75,7%) мали високу реактивну тривожність, що можна пояснити швидкоплинністю і напруженістю сучасних бойових дій, масованим застосуванням різних видів зброї і військової техніки, а звідси тривалими фізичними та психологічними навантаженнями, які часто перевищують захисні можливості психіки військовослужбовців та потрібно враховувати при призначенні комплексної терапії.

Особливості змін клінічної картини хронічних дерматозів у хворих, що отримували імуносупресивну терапію

Олійник О.І., Джораєва С.К.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

У структурі захворюваності на шкірні хвороби важливе місце відводиться хронічним захворюванням шкіри та підшкірної клітковини, серед яких найбільш поширеними є псоріаз, атопічний дерматит, екзема та вульгарний пемфігус.

Матеріали та методи. У проведеному дослідженні брали участь 229 пацієнтів хворих на тяжкі хронічні дерматози. До когорти було залучено 169 осіб з псоріазом, 23 особи з вульгарним пемфігусом та 37 осіб хворих на алергодерматози. Загальна кількість жінок серед обстежених становила 111 осіб (48,5%), а кількість чоловіків – 118 осіб (51,5%). Крім того, в рамках дослідження була сформована контрольна група, що складалася з 17 клінічно здорових осіб.

Слід відзначити, що серед хворих на псоріаз 67 особам (34,9%) попередньо проводилася імуносупресивна терапія (ІСТ). Зокрема, 21 особа (31,3%) отримувала цитостатичні імунодепресанти (ЦС) разом із системними глюкокортикостероїдами (СГКС), 16 осіб (23,9%) отримували лише СГКС, і 30 осіб (44,8%) отримували лише ЦС терапію.

Важливо відзначити, що всі пацієнти, хворі на вульгарний пемфігус, раніше отримували ІСТ. Зокрема, 13 пацієнтів (56,5%) отримували СГКС, а 10 пацієнтів (43,5%) отримували комбінацію СГКС та ЦС.

Серед пацієнтів, хворих на алергодерматози, 20 осіб (54,1%) попередньо отримували ІСТ препаратами СГКС.

Всім пацієнтам було проведено бактеріологічне дослідження мікробіоценозу шкіри для виявлення якісних та кількісних змін мікробіоти шкіри та корекції схеми терапії. Бактеріологічні дослідження було проведено згідно регламентуючих документів МОЗ України.

Результати та обговорення. Частота інфекційних бактеріальних ускладнень у різних групах хворих на псоріаз розподілялась наступним чином: у 37,5% пацієнтів, що лікувались СГКС, натомість серед хворих, що отримували імуносупресивну терапію препаратами ЦС не переважало 6,7%. У хворих на вульгарний пемфігус прояви піодермії ми відмічали майже у всіх хворих – у 92,3%. Прояви бактеріальних ускладнень відмічалися у 17 (85%) хворих на алергодерматози, що отримували СГКС терапію.

Висновки. Імуносупресивна терапія, зокрема з використанням СГКС, значно підвищує ризик розвитку піодермії ускладнень у хворих з хронічними дерматозами та потребує проведення відповідних профілактичних та лікувальних заходів.

Сучасні аспекти хвороби Лайма

Пацеля М.В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Хвороба Лайма (кліщовий іксодовий бореліоз, лайм-бореліоз) – трансмісивне, природно-вогнищеве захворювання, яке характеризується ураженням шкіри, нервової системи, серця, нерідко приймає хронічний, рецидивний перебіг.

Збудниками захворювання є декілька видів патогенних для людини мікроорганізмів – борелій: *B. burgdorferi*, *B. garinii* і *B. afzelii*. Природні хазяї борелій у природі – тварини (практично всі ссавці) і птахи.

Перші клінічні прови хвороби Лайма були описані в Європі в кінці XIX с. Борелії можуть зберігатись в організмі людини більше 10 років.

Інфікування людини бореліями відбувається переважно в результаті присмокування кліща. Присмокування кліща нерідко залишається не поміченим, так як в склад слини входить анестезуюча, судинозвужуюча та антикоагулююча речовина. Свербіж на місці присмокування кліща виникає через 6–12 годин і пізніше. Процес насичення самок може тривати 6–8 днів.

Характер імунної відповіді обумовлює різноманітні клініко-патогенетичні варіанти хвороби Лайма.

Інкубаційний період становить 1–30 днів. Існують такі клінічні варіанти перебігу хвороби Лайма: рання локалізована, рання дисемінована та пізня хронічна стадії.

Абсолютні вимоги для діагностики бореліозу – знання про те, що пацієнт перебував у місцевості, де можливий укусу кліща, клінічні симптоми, що співпадають з хворобою Лайма, серологічні висновки.

Серологія є найбільш важливим діагностичним інструментом у визначенні дисемінованої або пізньої хвороби Лайма. Головним лабораторним аналізом є визначення специфічних антитіл до одного чи кількох антигенів борелії.

Ig M починають утворюватись на 2–4-му тижні захворювання. Специфічні Ig M визначаються у 70–90% хворих в I стадії, 30–80% у II стадії і 5–48% в III стадії. Наявність Ig M, як правило, свідчить про гостру фазу захворювання, але в деяких випадках можуть визначитися на протязі 1–2 років. Пік синтезу Ig G приходить на 6–7 тижнів захворювання і відповідає дисемінованій або пізній стадії захворювання. Наявність Ig G при ранній стадії захворювання, при відсутності Ig M та клінічних проявів хвороби, може вказувати на попередній контакт з бореліями. Специфічні Ig G визначаються у хворих в ранній локалізованій стадії – в 50–70% випадків, при дисемінованій стадії у – 65–100%, в пізній стадії – до 100%.

Пацієнтів, у яких шкірний висип на місці укусу розвивається пізніше, також слід лікувати. Лімфоцитоз на місці укусу кліща є діагностичною ознакою первинного бореліозу і вимагає негайного лікування. Для диференційної діагностики може знадобитись гістологічне дослідження, ПЛР і аналіз на антитіла.

Етіотропне лікування хворих із Лайм-бореліозом полягає у застосуванні антибіотиків, вибір яких залежить від стадії захворювання та превалюючих клінічних проявів.

Оцінка реакції на лікування потребує терпіння як від пацієнта, так і від лікаря. Головним критерієм є кінцевий клінічний статус, який часто можна побачити лише через 2–3 місяці після закінчення лікування.

У багатьох місцях було проведено дослідження з використанням вакцин проти *Borrelia burgdorferi*. Поки що розробка практичної вакцини не була успішною.

Клінічна ефективність застосування топічного засобу із сульфатіазолом срібла хворим на піодермії

Перепічка М.П., Бродовська Н.Б., Мисковець В.В., Заморський Н.Р.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Піодермії – група гнійничкових захворювань шкіри, які у структурі патології шкіри займають від 20% до 37,5%. В останні роки піодермії нерідко мають поширений характер ураження шкіри, схильність до тривалого перебігу з формування глибоких форм, виразок, які можуть призводити до стійких косметичних дефектів шкіри, що негативно впливає на психоемоційний стан пацієнтів та визначає медико-соціальну значимість піодермії. Обтяжений перебіг піодермії на сучасному етапі нерідко зумовлений формуванням у піококів резистентності до топічних антибактеріальних засобів, що обґрунтовує актуальність пошуку більш раціональних засобів їх топічної терапії.

Метою роботи було підвищити ефективність топічної терапії піодермії шляхом застосування топічного сульфаніламідного препарату – крему з 2% вмістом сульфатіазолу срібла із антибактеріальною та регенеративною діями.

Матеріал і методи. Спостерігали 37 хворих на піодермії, з них 19 осіб чоловічої та 18 – жіночої статі віком від 6 до 67 років. У 22 пацієнтів діагностовано первинні поверхневі піодермії (імпетиго контагіозне, остіофолікуліти, фолікуліти, імпетиго вульгарне, сикоз вульгарний), у 15 осіб – вторинні піодермії як ускладнення алергічних дерматозів чи корости; у 20 осіб піодермії мали поширений характер, у 17 – обмежений.

Результати роботи. У процесі лікування хворі на піодермії були розподілені на дві групи: I (порівняльна) – 19 осіб, яким призначали стандартну зовнішню терапію – розчин анілінових барвників та антибактеріальні мазі, II (основна) група – 18 осіб, яким в якості зовнішньої терапії застосовували топічний сульфаніламідний засіб – крем з 2% сульфатіазолу срібла (2–3 рази на добу), що сприяло прискоренню очищення висипки від гнійного вмісту та їх епітелізації зі скороченням термінів лікування хворих основної групи відносно пацієнтів I (порівняльної) групи у середньому на 4–6 днів.

Висновок. Застосування хворим на піодермії топічного сульфаніламідного препарату – крему з 2% сульфатіазолу срібла, який володіє антибактеріальною та регенеративною діями, сприяє прискоренню регресу гноячкової висипки, добре переноситься пацієнтами різного віку, що дозволяє рекомендувати його для топічного лікування піодермії.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U101550).

Визначення клінічної ефективності застосування гепатопротекторного засобу із вмістом силімарину у комплексному лікуванні розацеа

Перепічка М.П., Бродовська Н.Б., Вирижинська А.В., Сорочан М.І., Філіпець Д.О.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Підвищення ефективності лікування пацієнтів з розацеа є актуальним завданням сучасної дерматології. Розацеа – поширений хронічний дерматоз, який реєструють у різних регіонах України у 3% – 5% населення. Клінічні прояви розацеа локалізуються на відкритих ділянках шкіри – обличчі, мають тривалий хронічний перебіг, часто резистентний до стандартного лікування. Все це є причиною зниження хворими працездатності та їх соціальної активності, що обґрунтовує актуальність підвищення ефективності таких пацієнтів. Встановлено, що розацеа – це поліфакторний дерматоз, у патогенезі якого важливе значення мають розлади нейроендокринної регуляції, вегетативні дисфункції, зміни мікроциркуляції, а також розлади функції органів травлення, що слід враховувати при лікуванні таких пацієнтів.

Метою роботи було підвищити ефективність лікування пацієнтів з розацеа з урахуванням змін функціонального стану органів гепатобіліарної системи.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебували 37 хворих на розацеа віком від 32 до 69 років, із них 26 жінок та 11 чоловіків. Згідно клінічних проявів на шкірі у 16 пацієнтів діагностовано еритематозно-телеангіектатичну форму розацеа, в інших 21 – папуло-пустульозну форму дерматозу. У 11 пацієнтів дерматоз тривав до 6 місяців, у решти 26 осіб – від 7 місяців до року і більше. Для визначення функціонального стану органів гепатобіліарної системи у пацієнтів з розацеа застосовували наступні методи дослідження: інструментальні (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини), лабораторні (біохімічні, імуноферментні) та статистичні методи дослідження.

Результати роботи. Внаслідок комплексного обстеження у більшості – у 26 (70,3%) з 37 пацієнтів з розацеа виявлено змін з боку органів гепатобіліарної системи (хронічний холецистит та гепатити), які проявлялися змінами з боку ультразвукового дослідження печінки і жовчного міхура та змінами вмісту в сироватці крові холестерину, ліпідного спектру, активності трансаміназ, лужної фосфатази. З урахуванням виявлених змін функціонального стану органів гепатобіліарної системи для підвищення ефективності лікування розацеа в комплексну терапію 18 пацієнтів (основна група) додатково призначали гепатопротекторний препарат із вмістом силімарину впродовж місяця, а решта 19 пацієнтів (порівняльна група) отримали стандартну терапію дерматозу. Згідно клінічних спостережень, у пацієнтів з розацеа основної групи, які в комплексному лікуванні отримали гепатопротекторний препарат із вмістом силімарину, у більш ранні терміни відбулося зменшення гіперемії і набряку (у середньому на 5–7 днів раніше) та вищення інфільтративних елементів висипки (у середньому на 8–12 днів раніше), ніж у пацієнтів із групи порівняння. Через два місяці після завершення лікування серед пацієнтів з розацеа основної групи стан клінічного виудужання констатовано у 13 (72,2%) пацієнтів, значне покращення і покращення – у 5 (27,8%) осіб, а серед хворих групи порівняння відповідно – у 7 (36,8%) та у 12 (63,8%) осіб, що згідно із застосуванням непараметричного дисперсійного аналізу Фрідмана має достовірну відмінність – $\chi^2 = 4,66$ (за критичного значення $\chi^2 = 3,84$).

Висновок. Отже, включення у комплексну терапію пацієнтів з розацеа з наявністю змін функціонального стану органів гепатобіліарної системи гепатопротекторного препарату із вмістом силімарину сприяє підвищенню клінічної ефективності лікування таких пацієнтів.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U101550).

Застосування бішофіту для усунення болювого синдрому у хворих на артропатичний псоріаз

Поліон Н.М., Дюдюк А.Д., Гладишев В.В., Гладких Н.О., Алі Л.Х.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Європейський медичний університет, м. Дніпро

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя

Псоріаз є однією з самих найбільш поширених хронічних мультифакторіальних захворювань з домінуванням генетичного компонента схильності до виникнення захворювання і порушенням численних ланок нейроендокринних, метаболічних і регуляторно-трофічних процесів організму. Захворюваність на псоріаз в різних країнах світу становить від 1 до 4% населення. В останнє десятиліття встановлена тенденція до збільшення числа хворих на псоріаз і більш важкого перебігу патологічного стану, а також розвитку псоріатичної остеоартропатії або артропатичного псоріазу. Поширеність ураження суглобів у хворих на псоріаз, за даними різних авторів, коливається від 13,5 до 47,0%, що свідчить про його відносно велику поширеність. Артропатичний псоріаз (АП) – хронічне системне прогресуюче захворювання, асоційоване із псоріазом, яке характеризується переважною локалізацією патологічного процесу в тканинах опорно-рухового апарату і призводить до розвитку ерозивного артриту, кісткової резорбції, множинних ентезитів і спондилоартриту. Кістково-суглобний синдром у хворих на АП супроводжується вираженим больовим компонентом, який займає особливе місце в клінічних проявах хвороби. Інтенсивність болю не завжди відповідає давності і тяжкості псоріатичного процесу. Наявність і інтенсивність больового компоненту кістково-суглобового синдрому вельми часто призводить до обмеження професійно – трудової діяльності хворих, часто приводячи до психоневротичних захворювань та до інвалідизації пацієнтів. Тому усунення больового синдрому є важливим складовим компонентом комплексної патогенетичної терапії хворих на АП.

У зв'язку з цим **метою** нашої роботи стало: підвищення ефективності лікування хворих на АП з урахуванням больового синдрому з залученням нових лікарських засобів, що мають патогенетичну спрямованість.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням було 60 хворих на АП (найбільше було 35% в віці 41–50 років, 25% – 31–40 років, 23,3% – 51–60 років, середній вік складав $42,4 \pm 3,6$ роки). Первинне обстеження хворих на АП проводили відповідно до запровадженої в Україні програми обстеження хворих на різні дерматози, що має комплексний характер і складалося з вивчення особливостей ураження шкіри та суглобів, стадії псоріатичного процесу, зміни нігтьових пластинок та їх характер.

Для оцінки перебігу псоріатичної хвороби і ефективності методів лікування використовували індекс тяжкості перебігу і розповсюдженості псоріазу PASI. Оцінювали інтенсивність больового синдрому, феномен «стартового» болю, залежність больових відчуттів від фізичного навантаження. Для оцінки функціональної активності і професійної здатності хворих на АП використовували ряд індексів. Больовий індекс: 0 балів – болю немає; 1 бал – слабка больючість; 2 бали – помірно виражений біль, через який рухи обмежені; 3 бали – різкий біль. Ранкова скутість: 0 балів – немає ранкової скутості; 1 бал – ранкова скутість триває протягом 30 хв.; 2 бали – ранкова скутість триває протягом 3 год.; 3 бали – ранкова скутість триває більше 3 год. Функціональна здатність хворого: А – збережена; В – порушена. Професійна здатність хворого збережена, – втрачена. Втрачена здатність хворого до самообслуговування. Для вирішення завдань і досягнення поставленої мети у хворих на АП проводили додатково наступні дослідження: УЗД, КТ, МРТ, рентгенографія. Хворі на АП отримували загально прийняте лікування. Для усунення больового синдрому хворих на АП проводили фонофорез із гелем, який містить бішофіт, кислоту нікотинову, димексид, поліетиленоксид-400, проксанол-268, ніпагін (метилпарабен), ніпазол (пропілпарабен) та воду очищену при такому співвідношенні компонентів: мас.%; бішофіт – 45,0–55,0; кислота нікотинова – 0,09–0,11; димексид – 10,0–12,0; поліетиленоксид-400 – 5,0–6,0; проксанол-268 – 19,0–21,0; ніпагін (метилпарабен) – 0,14–0,16; ніпазол (пропілпарабен) – 0,4–0,6 г; вода очищена до 100,0, при цьому при фонофорезі використовували ультразвукові коливання інтенсивністю 1 Вт/см² і частотою 2640 кГц, які проводили в безперервному режимі на протязі 30 хвилин 1 раз на добу – загальною кількістю 12–14 сеансів.

Результатів роботи та висновки. У хворих на АП, які були під нашим спостереженням, інтенсивність больового синдрому у половини була помірною, а серед інших – різкою больючістю. Ранкова скутість тривала: протягом 30 хвилин у 37(61,7%), протягом

3 годин у 19 (31,7%) і понад 3 годин у 4 (6,6%) хворих. Інтенсивність болю в суглобах до лікування $2,01 \pm 0,05$ і після лікування $0,77 \pm 0,03$. Інтенсивність скутості в суглобах до лікування $2,3 \pm 0,03$, після $0,55 \pm 0,02$. Тривалість ранкової скутості в суглобах до лікування $1,2 \pm 0,04$, після $0,31 \pm 0,02$. Таким чином, застосування композиційного гелю з бішофітом, нікотиновою кислотою і димексидом в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на АП підвищує ефективність лікування та якість життя, що підтверджується достовірним зменшенням: інтенсивності больового синдрому, тривалості ранкової скутості в суглобах та її інтенсивності. Використання композиційного гелю з бішофітом в комплексному лікуванні хворих на АП має значну перевагу над застосуванням НПЗП. Це обумовлено тим, що композиційний гель володіє вираженою місцевою протизапальною і безпечною дією. Відсутність побічних ефектів, протипоказань в призначенні, можливість застосування композиційного гелю при різній супутній патології і різному віці пацієнтів все це вказує на перевагу даного методу лікування.

Дисбіоз кишечника як обтяжуючий фактор клінічного перебігу розацеа

¹Строжок М.В., ¹Денисенко О.І., ²Денисенко О.В., ¹Гуз Л.О.

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

²Чернівецький медичний фаховий коледж, м. Чернівці

Вступ. Розацеа – хронічний запальний дерматоз, який є актуальною медичною та соціальною проблемою сьогодення через значну поширеність (від 5% до 12% у структурі патології шкіри серед осіб різного віку й статі) та клінічні особливості захворювання, а саме – ураження відкритих ділянок шкіри обличчя, тривалий рецидивуючий перебіг, часто резистентний до засобів стандартного лікування, що є причиною зниження хворими працездатності та соціальної активності. У зв'язку з цим, актуальною задачею сучасної дерматовенерології є уточнення патогенетичних чинників розацеа з метою оптимізації лікування таких пацієнтів. Відомо, що розацеа – це поліфакторним дерматоз, його розвиток відбувається внаслідок комплексного впливу низки екзогенних (інсоляція, миючі, косметичні засоби тощо) та ендогенних чинників, серед яких – вегетативні дисфункції, ендокринопатії, зміни імунологічної реактивності, а також захворювання шлунково-кишкового тракту тощо.

Мета роботи – дослідити у хворих на розацеа стан мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки та оцінити ступінь її змін залежно від тяжкості клінічного перебігу дерматозу.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебували 36 хворих на розацеа віком від 29 до 58 років, із них 29 жінок та 7 чоловіків. У 15 осіб діагностовано еритематозно-телеангіектатичну, а в 21 – папуло-пустульозну стадію/форму розацеа. У більшості – у 27 осіб дерматоз тривав від 6 місяців до одного і більше років, а у 9 пацієнтів – до півроку. Для визначення стану мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на розацеа проводили мікробіологічне дослідження калу класичним методом шляхом кількісного посіву завесин фекалій на стандартні диференційно-діагностичні та селективні поживні середовища. Для оцінки характеру зв'язків між показниками застосовували непараметричний дисперсійний аналіз Фрідмана з визначенням χ -квадрату (χ^2), залежність між показниками вважали достовірною, якщо значення χ -квадрату перевищувало критичне.

Результати роботи. Встановлено, що у 6 (16,7%) з 36 обстежених пацієнтів із розацеа (у всіх діагностовано еритематозно-телеангіектатичну форму дерматозу) було виявлено стан нормобіоценозу товстої кишки, а у більшості – у 30 (83,3%) пацієнтів визначено зміни показників мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки – зниження популяційного рівня бактерій роду *Bifidobacterium* і *Lactobacillus*, збільшення рівня окремих умовно патогенних ентеробактерій (*Enterobacter*, *Proteus*) та інших, що свідчать про наявність дисбіозу порожнини товстої кишки I–\$5V ступенів із переважанням серед обстежених пацієнтів частки (52,7%) осіб із II та III ступенями дисбіотичних змін порожнини товстої кишки. Слід зазначити, що лише у третини (30,6%) осіб із діагностованими змінами показників кишкової мікробіоти були скарги з боку порушення функцій кишківника, а у решти (69,4%) осіб – мали малосимптомний чи латентний клінічний перебіг. Також встановлено, що більш істотні зміни показників мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки, які відповідали II–\$5V ступеню дисбіозу, виявлено у хворих за тривалості дерматозу більше одного року та проявами папуло-пустульозної стадії/форми розацеа – у 17 (80,9%) з 21 хворого (у решти 4 пацієнтів встановлено стан нормофлори чи I ступінь дисбіозу товстої кишки) порівняно з еритематозно-телеангіектатичною стадією/формою розацеа: дисбіоз порожнини товстої кишки II, III чи IV ступеню виявлено лише у 5 (33,3%) з 15 пацієнтів, а стан нормофлори чи I ступінь дисбіозу – у 10 (66,7%) пацієнтів, що згідно із застосуванням непараметричного дисперсійного аналізу Фрідмана має достовірну відмінність ($\chi^2 = 8,35$ за критичного значення $\chi^2 = 3,84$). Отже, прояви дисбіозу мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки II–\$5V ступеню констатовано в 2,43 рази частіше у пацієнтів із клінічними проявами папуло-пустульозної стадії/форми розацеа (у 80,9% обстежених пацієнтів) порівняно з пацієнтами з еритематозно-телеангіектатичною стадією/формою дерматозу (у 33,3% обстежених пацієнтів), що вказує на його можливу патогенетичну роль в обтяженні клінічного перебігу розацеа.

Висновки. У більшості обстежених хворих на розацеа діагностовано зміни показників мікробіоти порожнини товстої кишки з проявами дисбіозу (частіше II та III ступеню) із переважно малосимптомним чи латентним клінічним перебігом, які перебувають у взаємозалежності зі ступенем тяжкості клінічних проявів та перебігу дерматозу, що необхідно враховувати при комплексному обстеженні таких пацієнтів та призначенні їм раціональної, патогенетично спрямованої комплексної терапії.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U101550).

Синдромний підхід до діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в сучасних умовах

Унучко С.В., Губенко Т.В., Намли І.Є.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Максимальний рівень захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)/ВІЛ відзначається у представників ключових груп, зокрема, серед осіб, що практикують ризиковану сексуальну і асоціальну поведінку, перебувають в пенітенціарних закладах, споживають психоактивні речовини, а також людей із зони збройних конфліктів. Офіційна статистика відображає, за різними оцінками, лише від 30% до 40% реальної кількості випадків. Підтверджено, що пік епідемії ІПСШ збігався з військовими

діями, екологічними катастрофами, масштабними міграціями населення. Сучасною проблемою під час війни є зниження доступності медичної допомоги населенню, в тому числі діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Мета дослідження: оптимізувати та адаптувати менеджмент пацієнтів з ІПСШ в умовах конвенційної війни.

Матеріали та методи. Синдромне лікування повинно проводитися в тих випадках, коли неможлива повноцінна лабораторна діагностика ІПСШ. Час, витрачений на виявлення інфекційних факторів, причетних до розвитку хвороби, може обернутися важкими наслідками для пацієнтів. Основним завданням синдромного підходу є оздоровлення хворого, переривання епідемічного ланцюжка вже при первинному відвідуванні лікаря й виключення можливості інфікування партнерів хворого.

Результати. Даними спостережень підтверджено, що в етіології синдромів виділені з уретри та піхви, появи виразкових елементів значну роль відіграють такі ІПСШ, як гонорея, хламідіоз, сифіліс, ВПГ. Пацієнти, яким показаний синдромний підхід: особи, що перебувають в умовах обмеженого доступу до дерматовенерологічної допомоги; особи, у відношенні яких є підстава вважати, що вони не будуть виконувати лікувально-діагностичні призначення й утримуватися від статевих зв'язків до закінчення лікування – представники уразливих груп та інші особи, що виразили бажання пройти лікування із застосуванням синдромного підходу.

Основними характеристиками синдромного підходу є: використання блок-схем, що дозволяють медичному працівнику ідентифікувати причини даного синдрому; негайне лікування всіх захворювань, що викликають даний синдром; виявлення і лікування партнерів, інформування пацієнта про методи лікування і зниження ризику повторного зараження, забезпечення презервативами. Для кожного із синдромів розроблена блок-схема, що визначає послідовні кроки у веденні пацієнта з даним синдромом. Використання блок-схем дозволяє надавати медичну допомогу навіть у випадку, якщо лікар не є дерматовенерологом і надання допомоги відбувається на будь-якому рівні, починаючи з первинної ланки. Найбільший інтерес для клініцистів мають три синдроми: виділення з піхви, уретрити та виразки геніталій, що обумовлені з ІПСШ. Лікарські засоби, що застосовуються для лікування ІПСШ, повинні відповідати наступним критеріям: мають бути високо ефективними (принаймні 95%), низькоартісними, з прийнятною токсичністю та переносимістю. Оптимальним режимом застосування препаратів є разовий пероральний прийом.

Висновок. Діагностика, лікування та реабілітація хворих на ІПСШ, які належать до груп ризику та під час війни, потребують особливого підходу. Для обстеження пацієнтів з уразливих груп або, які перебувають в таких умовах, де обмежені медичні можливості, рекомендується проведення діагностики ІПСШ з використанням швидких тестів, скринінгової мікроскопії (мікроскопії «біля ліжка хворого» – bed-side microscopy), що прискорить надання допомоги та сприятиме попередженню поширення ІПСШ. У разі неможливості проведення діагностики із застосуванням швидких тестів слід призначати лікування на підставі клінічної симптоматики захворювання та анамнестичних даних (синдромний підхід). Призначення синдромного лікування ІПСШ доцільно проводити з урахуванням визначеної чутливості збудників до антибактеріальних препаратів.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0123U101342).

Молекулярний докінг кортикостероїдів з головною протеазою SARS-CoV-2- *Mpro*

^{1,2}Хміль Н.В., ¹Колесніков В.Г., ²Галагуря Д.О.

¹Інститут радіоелектроніки ім.О.Я. Усикова НАН України, м. Харків

²Харківський національний університет радіоелектроніки

Одним із провідних факторів патогенезу COVID-19 є розвиток надмірної запальної реакції, більш відомої як цитокиновий шторм, що розглядається сьогодні як основна причина розвитку гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС) і поліорганної недостатності. Тому пригнічення цитокинового шторму слід вважати важливим засобом профілактики тяжких ускладнень COVID-19. До препаратів, що здатні ефективно інгібувати надмірну запальну відповідь, належать кортикостероїди (КС), тому вони викликають неабиякий інтерес науковців як потенційно ефективний засіб лікування гострої респіраторної інфекції COVID-19. Першими про ймовірну користь КС безпосередньо при COVID-19 заявили китайські вчені, вивчивши ретроспективно когорту з 200 пацієнтів за грудень-січень 2019 року (Chan E. et al., 2020). Дослідники дійшли висновку, що лікування метилпреднізолоном може бути ефективним при лікуванні ГРДС. Найчастіше хворим на COVID-19 призначали дексаметазон і метилпреднізолон, ці препарати найчастіше згадуються в клінічних протоколах з лікування COVID-19.

Дія кортикостероїдів супроводжується пригніченням синтезу широкого спектру прозапальних медіаторів, концентрація яких підвищується під час «цитокинового шторму». Кортикостероїди також є інгібіторами двох ключових компонентів реплікації та транскрипції вірусу SARS-CoV-2: хімотрипсинподібної головної протеази *Mpro* та папаїноподібної протеази *PLpro*. Проте, ефективні та підтверджені варіанти патогенетичного лікування кортикостероїдами поки є обмеженими через недостатність вивчення молекулярних механізмів їх інгібіторної дії.

Наразі перспективними в цьому аспекті є методи комп'ютерного моделювання (in silico), які використовують дані рентгеноструктурного аналізу, електронної мікроскопії, дифракції рентгенівського випромінювання білкової бази даних Protein Data Bank (<https://www.rcsb.org>), а також відкритої бази даних лікарських препаратів та низькомолекулярних сполук (<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov>). Молекулярний докінг – це метод молекулярного моделювання комплексів «ліганд-білок», який дозволяє: 1) прогнозувати найбільш вигідне положення та орієнтацію ліганду в специфічних сайтах зв'язування на білкових молекулах; 2) оцінювати афінність зв'язування на основі генетичного алгоритму функціональної оптимізації; 3) обчислювати сприятливі енергії комплексів за аналізом мінімальної вільної енергії Гіббса; 4) проводити ранжирування передбачуваних конформацій ліганду в сайті зв'язування білків.

Метою цього дослідження було проведення молекулярного докінгу, що дозволило побудувати модель комплексів головної протеази SARS-CoV-2 – *Mpro* з лігандами (системними кортикостероїдами) і дослідити енергетичні та топологічні параметри комплексів.

Матеріали та методи дослідження Кристалічна структура *Mpro* (ID:6LU7) була вибрана як док-мішень. Кортикостероїди – дексаметазон, преднізон, преднізолон, метилпреднізолон, триамцинолол, гідрокортизон були використані в якості лігандів. Докінг-експеримент проводився з використанням програм AutoDock Tools 1.5.7 та AutoDock Vina 1.1.2. Візуалізація результатів докінгу була реалізована в PyMol 2.5. Для виявлення потенційних сайтів зв'язування головної протеази SARS-CoV-2 з лігандами був використаний веб-сервер Protein Plus (<https://proteins.plus>). Площа доступної поверхні, об'єм та глибина сайтів зв'язування, а також відносна гідрофобність амінокислотних залишків розраховувалися за допомогою DoGSiteScorer. Двовимірні діаграми комплексів, які описують направлені водневі зв'язки між амінокислотними залишками протеази та лігандів, були побудовані в PoseView.

Для ідентифікації нековалентних взаємодій між протеазою Mpro SARS-CoV-2 та лігандами був застосований веб-інструмент PLIP (<https://plip-tool.biotec.tu-dresden.de>).

Результати. Розрахунки показників взаємодії у комплексах «ліганд–білок» для таких кортикостероїдів як метилпреднізолон, преднізон, гідрокортизон з вільними енергіями Гіббса: $DG = -11,7$ ккал/моль, $DG = -11,5$ ккал/моль та $DG = -11,4$ ккал/моль, відповідно, свідчать про їх більш високі афінність, специфічність зв'язування та, можливо, більшу інгібіторну активність до Mpro SARS-CoV-2 у порівнянні з триамцинололом, преднізолоном, дексаметазоном, які мали вільні енергії взаємодії: $DG = -11,0$ ккал/моль, $DG = -9,7$ ккал/моль та $DG = -8,2$ ккал/моль, відповідно.

Висновки Отримані результати молекулярного докінгу потенційних інгібіторів головної протеази коронавірусу SARS-CoV-2 Mpro можуть служити основою для подальшого пошуку та розробки лікарських засобів для лікування гострої респіраторної інфекції COVID-19.

Роль панч-біопсії шкіри волосистої частини голови в постановці діагнозу рубцевих алопецій

Чаплик-Чижо І. О., Сизон О.О., Бабак І.Д., Асцатуров Г.Є.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Рубцева алопеція – важка, частіше незворотня форма випадіння волосся у чоловіків та жінок. В процесі розвитку патології волосяні фолікули повністю гинуть, тому швидке встановлення правильного діагнозу впливає на можливість збереження ще не ушкоджених волоссяних фолікулів. Захворювання зустрічається у 3% усіх хворих на алопеції та характеризується швидким випадінням волосся, з вогнищевими ураженнями в різних місцях шкіри голови.

Причиною рубцевої алопеції є не тільки травми, опіки, але і ряд дерматологічних захворювань, які можуть починатись на волосяній частині голови. Панч-біопсія з подальшим патогістологічним дослідженням зазвичай є ключовим методом дослідження, що дозволяє поставити або підтвердити заключний діагноз при рубцевій алопеції та зберегти здорові волосяні фолікули.

Мета роботи – вивчити доцільність та ефективність проведення панч-біопсії шкіри при рубцевих алопеціях з метою встановлення заключного діагнозу та вчасного призначення ефективної терапії.

Матеріали і методи. Нами проведено панч-біопсію шкіри волосистої частини голови 24 пацієнтам з не встановленою причиною рубцевої алопеції віком від 18 до 60 років, з них 14 жінок (58%) та 10 чоловіків (42%) протягом 5 років. У 7 пацієнтів (29,2%) захворювання тривало більше 5 років, у 7 (29,2%) – від 1 до 5 років, у 10 (41,6%) – менше року. Попередні діагнози поділялись наступним чином: червоний вовчак передбачали у 4 (17,7%) пацієнтів, червоний плескатий лишай – у 5 (20,8%), підриваючий фолікуліт Гоффмана – 8 (33,3%), псевдопелладу Брока – 3 (12,5%), склеродермія – 1 (4,1%), саркоїдоз – 1 (4,1%). У 2-х (7,5%) пацієнтів причиною виникнення рубцевої алопеції підозрювали мікроспорію.

Результати дослідження. У 22 пацієнтів (91,6%) панч-біопсія шкіри дозволила встановити заключний діагноз, який відповідав попередньому, а у 2 (8,4%) – на жаль, ні, що заставило розширити діагностику іншими, більш вузькоспеціалізованими та дорогартистними методами.

У 21 пацієнтів (87,5%) діагноз попередній відповідав заключному (червоний вовчак – у 3 (12,5%) пацієнтів, червоний плескатий лишай – у 5 (20,8%), підриваючий фолікуліт Гоффмана – 7 (29,1%), псевдопелладу Брока – 3 (12,5%), плоскоклітинну карциному – 1 (4,1%), саркоїдоз – 1 (4,1%), у 1 (4,1%) – мікроспорія).

У 6 пацієнтів (25%) діагноз заключний не відповідав попередньому і дозволив призначити пацієнтам ефективну патогенетичну терапію.

Висновки. Панч-біопсія шкіри волосистої частини голови доцільним діагностичним методом при рубцевих алопеціях так, як у 87,5% дозволила встановити точний діагноз. Отже, біопсія шкіри волосистої частини голови для підтвердження чи спростування діагнозів, дає можливість вчасно рекомендувати необхідну патогенетичну терапію. Співпраця дерматовенеролога та патогістолога впливає на ефективність та результати діагностичного пошуку панч-біопсії.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735