

Матеріали науково-практичної он-лайн конференції з міжнародною участю

«Здобутки сучасної дерматовенерології для науки та практики у воєнний час»

(до 100-річчя ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»),

7–8 листопада 2024 р., м. Харків

Залежність міграції наповнювача, що використовується при збільшенні губ, від впливу різних технік ін'єкцій

А.М. Біловол, С.А. Андрюхіна

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Дослідження полягає у тому, що процедура збільшення губ за останні роки набула широкого застосування серед населення України. Жінки прагнуть досягти ідеалу шляхом збільшення об'єму губ, коригування довжини верхньої та нижньої губи, зменшення тонких зморшок, контурування червоної кайми, а також вивороту кутів губ назовні з естетичного погляду.

Мета. Вивчити взаємозалежність між впливом різних технік ін'єкцій та ризиком міграції наповнювача губ.

Матеріали і методи. Проаналізовано зарубіжну і вітчизняну літературу задля вивчення проблеми міграції наповнювача губ а також визначення технік ін'єкцій, що сприяють міграції.

Результати. Під час природного процесу старіння нашої шкіри відбувається зменшення підшкірної жирової клітковини, шкіра стає тоншою та втрачає еластичні властивості. З'являються спотворення зовнішнього вигляду обличчя, щоки і губи починають втрачати повноту, з'являються глибокі зморшки та інші небажані дефекти шкіри. Жінки у різних вікових категоріях починаючи з юнацького віку прагнуть мати гарні пишні губи. Для збільшення губ зазвичай використовують різні дермальні наповнювачі. Ін'єкції шкірних наповнювачів є альтернативою для тих, хто не хоче естетичної хірургії. Процедура збільшення губ має на меті створити гладкі губи з достатнім об'ємом, чітко вираженою червоною облямівкою та дугою Амура. Однак одним з найважливіших небажаних ефектів є міграція наповнювача на шкірну частину верхньої губи внаслідок переміщення кругового м'яза рота. М'язова активність м'язового комплексу orbicularis oris викликає безперервне розтягнення та стиснення губ, а також фізичні сили зсуву забезпечують подальшу міграцію наповнювача.

Основними причинами міграції наповнювача для губ є тип наповнювача, погана техніка ін'єкції, анатомія пацієнта, зовнішні фактори, підвищена м'язова активність, надмірний масаж після ін'єкції наповнювача, поширення лімфи та внутрішньосудинна ін'єкція. У літературі щодо техніки ін'єкції показано, що на результат може вплинути введення наповнювача в круговий м'яз рота, що певною мірою може бути пов'язане з тим, чи використовувалася голка чи канюля.

Для збільшення губ застосовують різні ін'єкційні методики. Ін'єкції голкою рекомендують для поверхневого введення, щоб уникнути пошкодження судин. Однак канюлі з тупими кінцями забезпечують менший ризик оклюзії судин, відповідно до анатомічних досліджень. Тим не менш, маленькі канюлі та застосування занадто великої сили під час ін'єкції можуть порушити кровеносну судину з подальшим інтраваскулярним розміщенням наповнювача, що спричинить оклюзію судини. З іншого боку, нещодавні дані віддають перевагу голці, а не канюлі, а використання голки замість канюлі допомагає лікарю ознайомитися з найбільш точним розміщенням наповнювача. Техніка канюлі не забезпечує великої майстерності у зміні форми губ; тому більшість клініцистів використовують лише голку для досягнення цієї мети.

Висновки. Ін'єкційні методи мають право на існування, але важливо надавати перевагу більш безпечним методам. Як ін'єкційні методи голкою так і канюлею мають свої переваги та недоліки. Більшу перевагу для проведення процедури збільшення губ надають ін'єкційним методам голкою, але сучасні дослідження показали, що напрямок голки теж грає визначальну роль у успішності проведення процедури.

Клініко-імунологічні паралелі при хронічній екземі

Л.А. Болотна, К.І. Лисенко

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Екзема – запальне захворювання, спричинене взаємодією між різними клітинами (Т-лімфоцити, дендритні клітини, кератиноцити та ін.). Антимікробні пептиди (АМП), що продукуються цими клітинами, є не лише природними антибіотиками, але й змінюють запальні реакції як хемотаксичні агенти та регулятори проліферації клітин. Механізм розвитку екземи опосередкований Т-хелперами (Th)1, Th2 і Th17 шляхом продукції цитокінів.

Мета дослідження: визначити рівень β -дефензину (hBD-2), інтерлейкінів (ІЛ)-4, -10, -17 та інтерферону (ІФН) γ у пацієнтів з хронічною екземою (ХрЕ) залежно форми – істинної (ІЕ), мікробної (МЕ) та ступеня тяжкості, встановити кореляційні взаємозв'язки між показниками.

Методи дослідження. Під спостереженням перебувало 35 пацієнтів віком 30–45 років, серед них у 19 осіб діагностовано хронічну істинну екзему (ІЕ), у 16 пацієнтів – мікробну екзему (МЕ). Тяжкість екземи оцінювалася за індексом EASI (Eczema Area Severity Index). Вміст у крові hBD-2, інтерлейкінів оцінювали методом імуноферментного аналізу з використанням відповідних комерційних тест-систем. Оцінка зв'язків між показниками проводилася за допомогою непараметричного лінійного коефіцієнта кореляції Спірмена.

Результати. У хворих на ІЕ рівень hBD-2 підвищувався в 11,7 рази, ME – 5,5 рази відносно розрахованих у контрольній групі ($p < 0,01$), при цьому більш суттєві значення встановлено при тяжкому ступені порівняно з легким при обох формах Хр Е. При ІЕ у сироватці крові визначено надлишкову продукцію Th1- і Th17-цитокінів – відповідно ІФН γ та ІЛ-17, при ME – Th2- і Th17-цитокінів (ІЛ-4 та ІЛ-17) порівняно з аналогічними у практично здорових осіб. Достовірно підвищувався вміст ІЛ-17 при тяжкому ступені ІЕ, ІЛ-4 – при тяжкому ступені ME. При ІЕ між рівнем hBD-2 та ІЛ-4 визначено негативний, між вмістом hBD-2 та ІЛ-17 – позитивний кореляційний взаємозв'язок, при ME – навпаки, позитивний з ІЛ-4 і негативний з ІЛ-17. Тільки при ІЕ між рівнем ІЛ-4 та ІЛ-17 визначено негативний кореляційний взаємозв'язок.

Висновки. Показано залежність клінічного перебігу ІЕ від рівня ІЛ-17, ME – ІЛ-4 крові та від hBD-2 при обох різновидах дерматозу. Відмінності спрямованості кореляційних взаємозв'язків між показниками вродженої та адаптивної ланок імунної системи при ІЕ та ME свідчать про різну природу та механізми імунної регуляції, індукування запалення, відповідно, підходів до терапії Хр Е.

Наведені у тезах дані є результатом виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації 0118U000302).

Особливості лікуванні чоловіків зі змішаною уrogenітальною інфекцією з урахуванням локального мікробіоценозу

Г.М. Бондаренко, С.В. Унучко, Т.В. Губенко, І.Є. Намли

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

В останні роки зростає стійкість інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), до протимікробних препаратів, і це зужує спектр варіантів лікування. Змішане інфікування приводить до зміни біологічних властивостей збудників, підсилює їх вірулентність, й тим самим обтяжує патологічний процес, викликає резистентність до терапії, сприяє виникненню рецидивів після проведеного лікування. Було встановлено нові механізми стійкості збудників бактеріального та вірусного походження до антибіотиків та хіміопрепаратів. Здатність мікроорганізмів існувати у складі біоплівки, синергізм кількох мікроорганізмів значно підвищує їх вірулентність та стійкість бактерій до антибактеріальних засобів.

Мета дослідження: оптимізувати лікування пацієнтів зі змішаною уrogenітальною інфекцією з урахуванням локального мікробіоценозу та визначення чутливості клінічно-значущих мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів.

Матеріали та методи. Клінічний матеріал був протестований на наявність ІПСШ, а також оцінено наявність зсувів у мікробіоценозі за спектром умовно-патогенних збудників та їх асоціації з облігатними патогенами. Матеріалом для дослідження слугувало відділяємо і зіскрібки з сечостатевих органів, а також сироватка крові. Контрольну групу склали 25 умовно здорових осіб репрезентативного віку та статі. Було обстежено 189 чоловіків. У 15,0% хворих в сполученні з трихомонадною, хламідійною інфекцією зустрічалася умовно-патогенна мікрофлора.

Результати. Встановлено, що в якості домінуючої мікрофлори та асоціантів уrogenітальних інфекцій найчастіше виступали стафілококи, ентерококи та ентеробактерії (дані з верифікованими клінічно значущими збудниками та / або високими – $\geq 10^4$ КУО/мл рівнями колонізації цього біотопу). Проведено визначення чутливості клінічних штамів стафілококів та ентеробактерій до антибактеріальних препаратів (АБП). Клінічні штами стафілококів мали високі рівні резистентності до макролідів та тетрациклінів (83,7% та 61,4% відповідно) та частково збережену чутливість до β -лактамних антибіотиків (оцінку проведено за цефокситином) та фторхінолонів – 73,5% та 56,7% відповідно. Клінічні штами ентеробактерій були чутливі до дії нітрофуранів – 83,3%, сульфаніламідів (триметоприм) – 63,5%, частково до захищених пеніцилінів, карбопенемів та фторхінолонів (35,4% та 40,1% відповідно).

Висновок. Для пацієнтів зі змішаною уrogenітальною інфекцією доцільно призначати антибактеріальну терапію з урахуванням даних бактеріологічного дослідження та виявлення рівнів резистентності до антибактеріальних препаратів різних хімічних груп клінічно значущих мікроорганізмів.

Наведені у тезах дані є результатом виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації 0123U101342).

New approaches in the treatment of atopic dermatitis

M. Yu. Hayevska, Ya. Ya. Kymovych

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Atopic dermatitis (AD) is a common chronic inflammatory skin disease, affecting 10–30% of children in industrialized countries. It is marked by recurrent eczematous lesions, intense itching, and increased susceptibility to allergens, often persisting into adolescence and associated with other allergic conditions like asthma and rhinitis (the «atopic march»). Genetic defects in immune response and skin barrier function, combined with environmental factors, are key contributors to AD's pathogenesis. Intestinal dysbiosis, found in 89–94% of pediatric AD patients, affects not only gut function but also systemic immunity, worsening skin conditions. Restoring gut flora with probiotics and using herbal hepatoprotectors for liver support can be essential for managing AD.

Objective of the study. The purpose of this study was to evaluate the clinical effectiveness of combining probiotics and herbal hepatoprotectors in treating atopic dermatitis in young children, aiming for improved symptom management and normalization of gastrointestinal function.

Materials and methods. The study involved 52 pediatric patients aged 1–3 years (23 boys, 29 girls) with mild to moderate exacerbated AD and intestinal dysbiosis. Diagnosis was based on patient history and clinical evaluations. The patients were split into two groups based on when probiotic therapy started. Group 1 received probiotics simultaneously with herbal hepatoprotectors, while group 2 began later. Probiotics were administered 1–2 times daily for 10 days, along with a herbal hepatoprotector containing plant extracts to support liver detoxification and bile flow.

Results and discussion. Both groups showed a marked improvement in atopic dermatitis (AD) symptoms, with a significant reduction in skin lesions and pruritus. There was an 85% restoration of normal intestinal microflora and fewer gastrointestinal issues (e.g., colic, flatulence). Early treatment led to faster normalization of the microbiota and quicker relief of gastrointestinal symptoms. These results highlight the importance of addressing gut dysbiosis early in AD management, supporting the gut-skin axis theory. Probiotics and liver-supporting herbs improved traditional treatments and extended remission. Patients with severe dysbiosis experienced a longer disease course, but no adverse reactions were reported, making this combination a safe adjunctive option.

Conclusions. The study underscores the potential benefits of incorporating probiotics and herbal hepatoprotectors in managing atopic dermatitis in young children. By improving gut health and supporting liver function, this combined therapy not only alleviates dermatological symptoms but also helps normalize gastrointestinal function, contributing to better overall health and extended periods of remission.

These data are the results of the implementation of research work (No state registration: 0120U101550).

Сучасні підходи до лікування герпесвірусної інфекції

¹О.І. Денисенко, ²В.В. Бойко, ³О.В. Денисенко, ³Ж.Д. Дригібко

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

²ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня», м. Чернівці, Україна

³Чернівецький медичний фаховий коледж, м. Чернівці, Україна

Герпесвірусні захворювання шкіри, зокрема оперізувальний та генітальний герпес, є актуальною медичною проблемою сьогодні, зважаючи на їх поширеність, а також збільшення кількості пацієнтів з обтяженим клінічним перебігом цих захворювань, чому сприяють реалії воєнного часу – стреси, переохолодження, перевтома, обмінні порушення, імунodefіцитні стани тощо. Все це зумовлює негативний вплив на психоемоційний стан, працездатність та соціальну активність пацієнтів. Також в останні роки реєструється тенденція до розвитку у збудників герпесвірусних інфекцій резистентності до противірусних засобів, що обґрунтовує актуальність удосконалення схем їх лікування.

Метою роботи було підвищити ефективність лікування оперізувального та генітального герпесу шляхом застосування пацієнтам сучасного противірусного препарату системної дії із вмістом фамцикловіру.

Матеріал і методи. Спостерігали 31 пацієнта (22 жінки, 9 чоловіків) віком від 19 до 68 років, з них у 17 осіб діагностовано оперізувальний герпес, у 14 осіб – рецидив генітального герпесу; у кожного другого (16 осіб – 51,6%) пацієнта захворювання мало обтяжений клінічний перебіг. У процесі лікування пацієнти були розподілені на дві групи: I (основна) – 15 осіб, яким призначали системний противірусний препарат із вмістом фамцикловіру; II (порівняльна) група – 16 осіб, яким призначали інший системний противірусний препарат.

Результати. Встановлено, що призначення пацієнтам з оперізувальним та генітальним герпесом противірусного препарату системної дії із вмістом фамцикловіру, який згідно клінічних та експериментальних досліджень має істотні переваги відносно інших противірусних препаратів (значно більша біодоступність, більш швидка та тривала дія, менший ризик розвитку вірусорезистентності тощо), посприяло у більш короткі терміни зменшенню у пацієнтів суб'єктивних скарг, регресу елементів висипки (везикул, ерозій, еритеми тощо) та скороченню термінів лікування хворих основної групи відносно пацієнтів порівняльної групи у середньому на 4–6 днів. Всі пацієнти перенесли прийом препарату фамцикловіру добре, без побічних реакцій.

Висновок. Застосування хворим на оперізувальний та генітальний герпес сучасного системного противірусного препарату системної дії із вмістом фамцикловіру сприяє у більш короткі терміни регресу гострозапальних проявів на шкірі та скороченню тривалості лікування таких пацієнтів.

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

Цитокінові профілі хворих на вульгарний псоріаз, які перенесли гостру респіраторну інфекцію COVID-19

С.К. Джораєва, М.О. Вітковська

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

Внаслідок виникнення гіперзапальних реакцій, COVID-19 може бути тригерним фактором маніфестації або загострення псоріазу у людей, які перенесли цю інфекцію. За даними наукової літератури, пацієнти з псоріазом дещо частіше, ніж у здоровій популяції, заражаються коронавірусною інфекцією. Описані випадки загострення псоріатичного процесу під час активної фази захворювання та після перенесеного COVID-19.

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

Матеріали та методи. Вивчення вмісту цитокінів в крові проводилось у групі з 46 пацієнтів, хворих на вульгарний псоріаз в період загострення захворювання дерматозу та у групі з 15 пацієнтів з загостренням псоріазу у постковідному періоді. Хворі знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні дерматології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

Результати та обговорення. За результатами отриманих даних можна побачити, що у хворих на вульгарний псоріаз в період загострення захворювання показники вмісту цитокінів характеризуються однонаправленими проявами. У хворих на псоріаз в обох групах виявлено значне підвищення рівня усіх досліджуваних цитокінів відносно групи умовно здорових донорів, що свідчить про системний запальний процес. Різниця в лабораторних показниках між групами пацієнтів показала значно більш високі рівні ІЛ-1β (*Перехворіли COVID-19* = 100,6 пг/мл проти *без COVID-19* = 43,25 пг/мл, контр. = 4,0 пг/мл), ІЛ-6 (*Перехворіли COVID-19* = 46,9 пг/мл проти *без COVID-19* = 12,7 пг/мл, контр. = 3,8 пг/мл) та ІЛ-8 (*Перехворіли COVID-19* = 22,5 пг/мл проти *без COVID-19* = 10,9 пг/мл, контр. = 2,7 пг/мл) у хворих, що перенесли COVID-19 порівняно із групою неінфікованих пацієнтів.

Наявні рівні вмісту ІЛ-6 та ІЛ-8 у пацієнтів, що перенесли COVID-19 значно перевищують показники не тільки практично здорових осіб, але і пацієнтів з псоріазом без коронавірусу. Так, вміст ІЛ-6 перевищує показники неінфікованих хворих у 3,7 рази, а контрольну групу – в 17 разів. Такі ж тенденції простежувалися і при визначенні рівнів ІЛ-8, вміст якого перевищував в 2,1 рази та 8,3 рази відповідно. Враховуючи теоретичні передумови та отримані результати, найбільш можливим поясненням значно підвищеного вмісту ІЛ-6 та ІЛ-8 в крові пацієнтів з псоріазом, що перенесли COVID-19, є визнання значної ролі цих цитокінів як факторів, які забезпечують пролонгування імунозапальних реакцій.

Висновок. Проведене дослідження виявило різницю в профілях цитокінів у хворих на вульгарний псоріаз та хворих на псоріаз, які перенесли COVID-19. Було встановлено, що у хворих на псоріаз, які перехворіли на COVID-19, більш високі рівні ІЛ-1β, ІЛ-6 та ІЛ-8 в крові, ніж у хворих на вульгарний псоріаз.

Результати отримані в ході виконання науково-дослідної роботи (№ держреєстрації 0121U112084)

Порушення епідермального бар'єру як предиктор розвитку atopічного дерматиту

Є.В. Євтушенко^{1,2}, В.І. Літус¹

¹ Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

² КНП КОР «Київський обласний спеціалізований медичний центр», м. Київ, Україна

Актуальність. Атопічний дерматит (АД) відомий як хронічне захворювання шкіри зі складним патогенезом, важливою ланкою якого є порушення епідермального бар'єру. Успіх лікування АД залежить від знання процесів розвитку захворювання та впливу на всі його ланки.

Мета. Розглянути фізіологію епідермального бар'єру та основні чинники, що полягають в основі його порушення при АД.

Матеріали та методи. Огляд літератури в міжнародних та вітчизняних фахових виданнях.

Результати та обговорення. Епідермальний бар'єр включає в себе фізичний, хімічний, мікробний, нейронний та імунний рівні.

Фізичний захист обумовлений процесами кератинізації, міжклітинними з'єднаннями та захистом від ультрафіолетового (УФ) випромінювання. (Lefèvre-Utile A. et al., 2021)

Ключову структурну та функціональну роль в епідермісі відіграє білок філагрин, він має важливий вплив на гомеостаз шкіри. В патогенезі АД важливе місце займає мутація гену філагрину, що кодує попередника білка філагрину – профілагрину. Як наслідок, порушується диференціювання кератиноцитів, змінюється їх морфологія та поверхневі властивості. Також дефіцит філагрину змінює ультраструктуру корнеодесмосом та ліпідний матрикс рогового шару епідермісу, спричиняючи збільшення трансепідермальної втрати вологи (Moosbrugger-Martinz V. et al. 2022; Lefèvre-Utile A. et al., 2021).

Хімічні фактори, що містяться в роговому шарі та включають в себе природно-зволожуючі фактори (ПЗФ) – амінокислоти та їх похідні, лактати, сечовина; себум (тригліцериди, сквален, ефіри воску) та піт (мінерали, білки, протеолітичні ферменти, запальні цитокіни, а також сечовина та молочна кислота, що належать до ПЗФ) регулюють рівень рН шкіри в межах 4,5–5,5. Кислотно-лужний баланс шкіри регулює активність деяких ферментів, таких як серинові протеази та бета-глюкоцереброзидази. Ці ферменти беруть участь у регуляції когезійних білків і переробці ліпідів у роговому шарі. Зміни рН шкіри можуть сприяти порушенню шкірного бар'єру, що спостерігається у пацієнтів з АД. Зниження рН асоціюється з меншим лущенням і вищим рівнем гідратації, тоді як підвищення рН шкіри може сприяти порушенню цілісності рогового шару і бар'єрної функції шкіри. Підвищення рН шкіри при АД пов'язаний із тяжкістю захворювання. (Lefèvre-Utile A. et al., 2021)

Колонізація шкіри комменсальною мікрофлорою є важливою для захисту та підтримки вроджених і адаптивних імунних функцій шкіри.

Бар'єрна функція кератиноцитів, мікробіому та імунної складової взаємозалежні. *St. epidermidis* пригнічує колонізацію патогенним *S.aureus* та індукує експресію власних антимікробних пептидів (АМП), що призводить до імунної настороженості. В той час епідерміс виробляє ліганди та поживні речовини, що необхідні для розвитку нормальної флори, а також створює захист від патогенів внаслідок виробництва АМП та цитокінів для посилення дії нейтрофілів і макрофагів та хемокінів, для залучення їх з кровотоку (Uberoi A, 2021; Lefèvre-Utile A. et al., 2021).

Здорова шкіра вирізняється різноманітністю мікрофлори, більшу частку яких складають *Staphylococcus epidermidis* та *Cutibacterium acnes*, натомість при АД збіднюється розмаїття шкірної флори внаслідок значного превалювання кількості *S.aureus*, підвищення рН шкіри при АД є одним з чинників надмірного росту *S.aureus*. Окрім того, дефіцит філагрину та зміна ліпідного складу епідермісу також впливають на зміни в бактеріальному співтоваристві. (Hülpesch C. et al, 2020; Fölster-Holst R., 2022)

Шкіра як основний бар'єр між організмом та навколишнім середовищем багата на нервові рецептори для захисту від подразнюючих факторів. Свербж, як провідний симптом АД, виникає в результаті складної взаємодії між нервовими волокнами, імунними клітинами та кератиноцитами, а його хронічний характер повторно запускає каскад реакцій, створюючи замкнене коло (Biazus Soares G., 2024).

Висновок. Захисний шкірний бар'єр є складною системою взаємодій між усіма його ланками. Порушення епідермального бар'єру при АД є результатом імунних дисрегуляцій, генних мутацій, структурних пошкоджень, дисбалансу мікробіому та зміни кислотно-лужного стану шкіри. Саме цим й обґрунтовується важливість комплексної терапії хворих на АД, оскільки має впливати на різні ланки патогенезу.

Застосування вагінального гелю на основі *coriolus versicolor* в якості профілактики рецидивування впл-асоційованого передраку і початкових стадій раку шийки матки після органозберігаючого лікування

О.О. Єгоров

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

Рак шийки матки (РШМ), незважаючи на візуальну локалізацію, залишається однією з найпоширеніших злоякісних пухлин у жінок. Епідеміологічні дослідження дозволяють стверджувати, що цервікальна неоплазія та РШМ належать до захворювань, зумовлених хронічним інфікуванням високоонкогенними штамми вірусу папіломи людини (ВПЛ). За останнє десятиліття був досягнутий суттєвий прогрес як у діагностичних, так і у терапевтичних втручаннях у жінок з передраковими ураженнями епітелію шийки матки на тлі інфікування ВПЛ. Для проведення органозберігаючих операцій важливим є бажання жінки завагітніти і народити здорову дитину після хірургічного втручання, відсутність або статистично низький відсоток рецидиву пухлини після проведеного лікування. Усебічне розуміння кофакторів персистенції та реалізації онкогенного потенціалу ВПЛ має вирішальне значення для оптимізації стратегій раннього виявлення, лікування та профілактики рецидивів передракових уражень епітелію шийки матки та РШМ. Науково обґрунтованим та доступним для практичного застосування у пацієнок з ВПЛ є вагінальний гель на основі грибів *Coriolus versicolor*, котрий поєднує інгредієнти натурального походження та утворює захисний і лікувальний бар'єри у зоні трансформації шийки матки. У дослідженнях *in vitro* протиопухлинної активності екстракт *Coriolus versicolor* показав інгібування (до 88%) проліферації пухлини, що виміряно за активністю її метаболізму та кількістю життєздатних клітин.

Метою дослідження було оцінити ефективність місцевого лікування вагінальним гелем на основі грибів *Coriolus versicolor* для зниження ризику рецидивів у жінок після органозберігаючого лікування ВПЛ-асоційованого передраку і початкового РШМ.

Матеріали та методи. Основну групу склали 40 жінок, яким після органозберігаючого лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (CIN) II–III ступеня та РШМ T_{is} і T_{1a1} N_0M_0 було призначено місцеве інтравагінальне лікування вагінальним гелем на основі грибів *Corioliol versicolor* один раз на день, перед сном, протягом 21 дня поспіль з паузою у 7 днів протягом першого місяця, потім лікування проводили через день з 2-го до 6-го місяця. До групи порівняння увійшли 40 жінок, яким було виконано тільки органозберігаюче лікування CIN II–III ступеня та РШМ T_{is} і 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 6–36 місяців після лікування. Крім того, оцінювали ступінь реепітелізації слизової оболонки шийки матки за допомогою кольпоскопії, а кількісне оцінювання проводили за п'ятибальною шкалою Лайкерта. 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 7,5% випадків, в групі порівняння – у 15,0% випадків. Проведені дослідження показали і нижчу частоту рецидиву CIN II у жінок основної групи (5,0%) на відміну від жінок групи порівняння (12,5%). Рецидив CIN III стався у 2,5% жінок основної групи та 7,5% жінок групи порівняння. Аналіз груп підтвердив нижчий рівень рецидиву CIN у жінок основної групи, на відміну від жінок групи порівняння. Це, можливо, пов'язано із блокадою інфікування новими генотипами ВПЛ. У жінок основної групи після комбінованого лікування при контролі ВПЛ-статусу через 6 місяців ВПЛ не був виявлений, у жінок групи порівняння в 32,5% спостерігалася поєднання кількох типів ВПЛ високоонкогенного ризику. При аналізі структури мікробіоценозу піхви через 6 місяців після лікування у жінок основної групи був виявлений нормоценоз у 92,5%, тоді як в групі порівняння він був діагностований лише у 57,5%, відзначалася заміна лактобацил на асоціації мікроорганізмів патогенних/умовно-патогенних видів. В основній групі повна епітелізація спостерігалася у 95,0% жінок, водночас у пацієток групи порівняння повна епітелізація була діагностована в 65,0%. При використанні вагінального гелю на основі грибів *Corioliol versicolor* у пацієток основної групи не виявлено жодної побічної дії ані під час проведення терапії, ані в пізніші терміни. Проведені дослідження свідчать про те, що вагінальний гель на основі грибів *Corioliol versicolor*, створюючи на шийці матки мукоадгезивну плівку, виконує функцію захисного бар'єра, блокуючи інтеграцію ВПЛ, запобігає утворенню нових уражень та діє як допоміжний засіб для реепітелізації, стимулює регенерацію вагінальної мікробіоти.

Висновок. Таким чином, проведені дослідження продемонстрували те, що використання вагінального гелю на основі *Corioliol versicolor* з протівірусною та імунomodulatory дією у жінок після органозберігаючого лікування ВПЛ-асоційованого переродження і початкового РШМ знижує ймовірність персистенції ВПЛ та виникнення рецидивів захворювання, сприяє збереженню репродуктивного здоров'я жінок.

Діагностичні можливості нетрепонемних і трепонемних реакцій при сифілісі

С.В. Захаров, В.К. Захаров, Т.В. Святенко

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Актуальність проблеми діагностики сифілісу є безсумнівною визначається наступними основними напрямками: по-перше, соціально значимістю сифілітичної інфекції, що обумовлене збільшенням питомої ваги прихованого сифілісу, по-друге, встановлення остаточного діагнозу прихованого сифілісу, як раннього так і пізнього, завдання досить складне. У зв'язку із несвоєчасним встановленням діагнозу на ранній стадії інфекції відзначається збільшення випадків пізніх форм сифілісу, у тому числі і сифілісу нервової системи, а також вродженого сифілісу, по-третє, це патоморфоз не тільки клінічних симптомів сифілітичної інфекції, а й деякі особливості серологічних реакцій, а саме низькі потенції сироватки крові та хибно позитивні результати дослідження серологічних реакцій. Для лабораторної діагностики сифілісу застосовуються прямі і непрямі методи дослідження. Серед прямих методів дослідження найбільш перспективними вважається імуноблотинг. Результати, отримані при дослідженні кожної з серологічних реакцій на сифіліс, залежать від вмісту у сироватці крові досліджуваного специфічних антитіл до антигенних детермінант збудника сифілісу – *Treponema pallidum*. Разом з тим, не всі реакції, які застосовуються для діагностики сифілісу є досить чутливими і специфічними, що призводить до діагностичних помилок та несвоєчасного призначення лікування. Все це обумовлює необхідність удосконалення методів діагностики та визначення їх місця та значення серед загальноприйнятих методів дослідження. Імуноблотинг є досить високо специфічним і чутливим референтним методом, який може підтвердити діагноз сифілісу у пацієнтів з позитивними або невизначеними результатами досліджень, отриманих у тому числі за допомогою таких реакцій як РПГА або ІФА. Метод має досить високу чутливість і специфічність: 99%-100% і 99,3%-99,5% відповідно. При порівнянні діагностиків, що містять IgM та IgG більшість дослідників віддає перевагу саме IgG- імуноблотингу, тому, що він більш чутливий на всіх стадіях сифілісу. Серед дерматовенерологів України ставлення до даного методу ще не сформувалося, оскільки ще не встановлені діагностичні можливості методу для хворих на ранні форми сифілісу, не розроблені клінічні рекомендації для застосування даного методу.

Метою дослідження була клінічна оцінка чутливості і специфічності імуноблотингу у хворих на ранні форми сифілісу. В дослідження було включено 215 хворих на ранні форми сифілісу, 50 порцій сироваток крові здорових осіб з негативними РМП, та 50 пацієнтів, які раніше хворіли на ранні форми сифілісу та були зняті з диспансерного обліку у зв'язку з негативацією РМП. Гендерний розподіл 215 хворих на ранній прихований сифіліс був таким: 115 жінок і 100 чоловіків, середній вік $31,5 \pm 0,8$ року. Діагноз первинного сифілісу встановлено у 30 осіб (14%), з них 11 жінок і 19 чоловіків. Діагноз вторинного сифілісу було встановлено у 45 осіб (20,9%), з них жінок 27 та 18 чоловіків. Діагноз раннього прихованого сифілісу було встановлено у 140 осіб (65,1%), з них жінок 72 і чоловіків 68. Для проведення досліджень використовувалися РМП (реакція мікропреципітації), ІФА (імуноферментний аналіз з визначенням IgM та IgG окремо) та ІБ (імуноблотинг – метод ELISA).

Результати. Вивчивши результати чутливості нетрепонемних і трепонемних тестів у обстежених пацієнтів ми наводимо їх результати. У хворих на первинний сифіліс найменш чутливою з усіх реакцій була РЗК з кардіоліпіновим антигеном (реакція позитивна у $70,1 \pm 3,2\%$). Більш чутливими були РМП ($90,1 \pm 2,3\%$). Найбільш чутливими були РПГА ($95,7 \pm 2,2\%$). Чутливість імуноблотингу

була достовірно вищою, ніж чутливість РМП, РПГА і ІФА. Чутливість ІБ при первинному сифілісі 100%. Чутливість усіх нетрепонемних і трепонемних тестів, які нами застосовувались у хворих на вторинний сифіліс, у тому числі і ІБ, були позитивними у 100% (тобто їх чутливість становила 100%). У хворих на ранній прихований сифіліс чутливість РМП становила $92,4 \pm 2,0\%$. Чутливість трепонемних реакцій була наступною: РПГА – $97,1 \pm 1,0\%$, ІФА – $98,1 \pm 1,0\%$. Позитивні результати ІБ були у 100% хворих на ранній прихований сифіліс. Потрібно звернути увагу на те, що позитивні результати ІБ були отримані навіть у хворих із слабо позитивними результатами інших тестів. Отримані нами результати дослідження дозволяють стверджувати, що чутливість ІБ при цій формі сифілісу становить 100% і перевищує чутливість інших тестів, як нетрепонемних так і трепонемних. Метод імуноблотингу дозволяє дати оцінку кожному із рекомбінантних білків у формуванні загального результату реакції. Було використано кількісний аналіз ІБ за індексом антитіл. Тр IgM $R < 0,8$ – негативний результат, $R > 0,8$ – сумнівний результат, $R > 1,1$ позитивний результат. Тр IgG: Тр15 кДа, Тр 17 кДа, Тр 47 кДа $R < 0,8$ негативний результат, $R < 0,9$ – $1,1$ сумнівний результат, $R > 1,1$ позитивний результат. Метод ІБ є досить чутливим при діагностиці первинного і вторинного сифілісу та раннього прихованого сифілісу. Максимальні індекси утворення антитіл до рекомбінованих антигенів *Treponema pallidum* Тр15 кДа, Тр 17 кДа, Тр 47 забезпечують 100% чутливість методу ІБ при ранніх формах сифілісу. При ранніх формах сифілісу найбільш специфічним тестом серед трепонемних реакцій є ІБ, другу позицію займає РПГА. Реакція ІФА з одночасним визначенням IgM та IgG до білків трепонеми є найбільш ефективним методом діагностики первинного сифілісу, який поступається тільки імуноблотингу. РПГА є досить цінним діагностичним тестом при всіх формах сифілісу, але найбільш чутливим він є при пізніх формах сифілісу. Позитивні результати ІФА повинні бути підтверджені дослідженнями інших трепонемних тестів, наприклад РПГА, краще ІБ. Аналізуючи вище наведені дані можна прийти до висновку, що ІФА, РПГА та ІБ є високочутливими реакціями, які залишаються тривалий час (понад 2 роки) позитивними у хворих, що лікувались з приводу сифілісу. Ці особливості трепонемних тестів роблять неможливим їх використання при встановленні вилікованості, а також у практиці акушерів-гінекологів. Реакція імуноблотингу має досить високі діагностичні можливості, так метод ІБ є більш чутливим методом діагностики сифілісу у порівнянні з РМП і РПГА. ІБ більш інформативний у порівнянні з імуноферментними системами, які застосовуються для скринінгових досліджень тому, що визначає антитіла до окремих антигенів *T. pallidum*. Останнє свідчить про те, що даний метод є досить цінним при діагностиці прихованого сифілісу.

Висновки. Метод ІБ є дієвим методом дослідження при проведенні диференційного діагнозу між прихованим сифілісом і хибно-позитивними реакціями. ІБ може бути додатковим або альтернативним методом іншим тестам (ІФА, РПГА).

Ефективність використання пуріфікованих бактеріальних лізатів найбільш резистентних до терапії штамів мікроорганізмів, що є збудниками гнійничкових інфекцій шкіри, при лікуванні звичайних вугрів (*acne vulgaris*)

С.В. Захаров, В.К. Захаров, Т.В. Святенко

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Однією з найбільш важливих і актуальних проблем сьогодення в сучасній дерматології є вугрова хвороба. Вугрова хвороба в структурі захворювань шкіри посідає третє місце. Серед осіб молодого віку частота акне значно перевищує середньо-статистичні показники, сягаючи майже 80%, особливо у дівчат, при цьому важкі форми цієї хвороби складають від 15% до 40%. Доведено, що провідну роль у розвитку вугрової хвороби відіграють чотири взаємопов'язані між собою механізми, а саме: андрогенообумовлена гіперпродукція шкірного сала, яка пов'язана зі збільшенням активності фермента 5-альфа редуктази і підвищення чутливості деїдротестостеронрецепторів на поверхні сальної залози, підвищення проліферації фолікулярних кератиноцитів з порушенням їх диференціації, наслідком чого є фолікулярний гіперкератоз з наступним утворенням комедонів, колонізація сально-волосяних фолікулів *P. Acnes* з наступним запаленням, поширення запалення на дерму та утворення рубців. Вважається, що умовно-патогенна мікрофлора є пусковим механізмом інфекційно-запального процесу шкіри, коли інфікуюча доза мікроорганізмів перевищує критичний рівень фагоцитозу. Сучасними дослідженнями доведено, що на мікробіом шкіри впливають чисельні фактори, а саме: стать, вік, клімат, професія та ін. Деякими дослідженнями доведено, що структури мембрани *P. Acnes* мають дію властиву для суперантигену, який сприяє запальному процесу у шкірі. Стан мікробіому шкіри у хворих на вугрову хворобу в процесі лікування майже не висвітлені у вітчизняній літературі. З цього приводу за останні роки є тільки публікація Я.Ф. Кутасевич, 2016.

Наявність чисельних факторів патогенезу акне є одним із чинників певних труднощів у лікуванні цієї хвороби. Тому закономірним є пошук нових патогенетично обґрунтованих методів терапії вугрової хвороби.

Пуріфіковані бактеріальні лізати активують імунну систему шляхом активації як неспецифічного так і специфічного імунітету, і таким чином вакцинотерапія сприяє локалізації та усуненню запального процесу.

Перевага вакцинотерапії полягає в можливості тривалого застосування, що запобігає рецидивам захворювання та може бути альтернативою для хворих, яким протипоказана антибіотикотерапія.

Мета – вивчити ефективність застосування пуріфікованих бактеріальних лізатів шляхом співставлення клінічних даних і мікробіому шкіри у хворих на акне.

Матеріали та методи. У дослідження було залучено 35 хворих на вугрову хворобу 2–3 ступеню (стадії) віком від 17 до 21 років. За гендерним розподілом жінок було 17, чоловіків 18. Середній вік пацієнтів складав $18,2 \pm 0,4$ років. Група порівняння. 15 практично здорових осіб, що за гендерним станом і віком відповідали групі хворих на акне. До критеріїв виключення з дослідження були внесені: хворі на акне 1 та 4 стадій, особи до 17 та понад 21 років, хворі на демодекоз, маласезіоз шкіри обличчя, суху стрептодермію, рожеві вугри, периоральний дерматит, паразитарний та не паразитарний сикоз. Лікування хворих на акне здійснювали згідно з «Протоколом надання медичної допомоги хворим на вульгарні вугри». / Наказ МОЗ України від 08.05.2000 р. № 312/. Мікробіом шкіри визначали за допомогою методу змивів-зіскобів. Визначення кількісного складу та мікробіологічну ідентифікацію мікробіому шкіри згідно з нормативною документацією МОЗ «Про уніфікацію мікробіологічних (бактеріологічних) методів дослідження, що застосовуються в клініко-діагностичних лабораторіях лікувально-профілактичних закладів кратного визначника бактерій Берджі. Проводилась ідентифікація бактерій роду *Staphylococcus*, зокрема *S. Propionibacter* (*acne*), *S. aureus*, *S. Saprophytis*, *S. Epidermidis*, родів *Streptococcus*, *Micrococcus*, *Corinbacterium* зокрема *C. Lipphilicus*. *C. minutissimum*, *C. pseudodiphthericum*, а також *Sarcina*, дріжджеподібні та плісняві гриби, *malassesia*. Ідентифікацію цих мікроорганізмів проводили за допомогою культурального та біохімічного методів. В якості засобу, що впливає на такі патогенетичні ланки акне, як колонізація фолікулів *P. acne* і вивільнення

медіаторів запалення застосовували пурифіковані бактеріальні лізати. Цей засіб містить інактивовані найбільш резистентні до терапії штами мікроорганізмів, що є збудниками гнійничкових інфекцій шкіри та акне: *Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*. Хворих на акне було поділено на дві групи: група № 1 20 осіб, це хворі, яких лікували згідно з нормативними документами МОЗ України (2009 р.) і група № 2 15 осіб, до яких застосовували окрім базисної терапії, пурифіковані бактеріальні лізати. Методика їх застосування була наступною: 1 капсула натще 10 днів, потім 20 днів перерва. І таких три цикли. Вивчали мікробіом з ураженої ділянки шкіри хворих до лікування, після закінчення лікування та через 6 місяців потому. Всі дослідження виконувались відповідно до етичних принципів Гельсінської Декларації з дозволу комісії з біоетики ДЗ «Дніпровського державного медичного університету». Статистичне опрацювання результатів виконано із застосуванням стандартних методів варіаційної статистики з використанням ліцензованого програмного продукту STATISTICA 6 (Statsoft Inc., серійний номер № AGAR909E415822 FA).

Результати їх обговорення. У хворих на акне мікробіом шкіри у більшості випадків був представлений мікроорганізмами роду *Staphylococcus* і роду *Corynebacterium*. Так, у хворих на 2 стадію (ступень) їх було 91,2%, а на 3 стадію (ступень) 92,8%. Також виділялись, хоча і в набагато меншій кількості, *Micrococcus*, *Streptococcus* тільки α -гемолітичний «зеленіючий» стрептокок *Sarcina*, дріжджеподібні гриби, та зрідка *Aerococcus*, *Actinobacter*, *Brevibacterium*, *Propionibacterium*, *Citobacter*, *Serratia*, *Lactobacillus*. Таким чином, кількісний склад мікробіому шкіри у хворих на акне до лікування визначається мікроорганізмами родів *Staphylococcus* і *Corynebacterium*. Нами було проведено аналіз видового складу стафілококів та коринебактерій. Абсолютна більшість мікроорганізмів роду *Staphylococcus* була представлена видами *S. Propionibacterium* (*acnes*) і *S. Epidermidis*. *S. aureus* 28,5%, 21,3% 7,1% відповідно, а роду *Corynebacterium* 46,2%. При цьому не відмічалось залежності від стадії (ступеню) вугрової хвороби. Отримані дані щодо видового складу визначаючих мікроорганізмів мікробіому шкіри статистично достовірно відрізняються від таких у здорових осіб. Таким чином, кількісний склад мікробіому шкіри у хворих на акне визначається мікроорганізмами родів *Staphylococcus* і *Corynebacterium*. Абсолютна більшість мікроорганізмів роду *Staphylococcus* була представлена видами *S. Propionibacter* і *S. Epidermidis*, а роду *Corynebacterium* – *C. Lipophilicum*. При цьому нами не відмічена залежність від стадії акне відсотку *S. Propionibacter* і *S. Epidermidis*, а також відсотку *C. Lipophilicum* серед відповідних родів. У хворих на акне стабільність загальної кількості мікробіому шкіри відбувається за рахунок перерозподілу між *S. Epidermidis* і *C. Lipophilicum*. Так, загальна кількість *S. Epidermidis* зменшується ($35,28 \pm 0,23$ K40/см² до $3,38 \pm 0,1$ K40/см² ($p < 0,05$)). І навпаки, загальна кількість *C. вугрової* хвороби спостерігається значне зменшення загальної кількості мікроорганізмів мікробіому шкіри без перерозподілу у співвідношенні між *S. Epidermidis* і *C. Lipophilicum*. Загальна кількість *S. Propionibacter* не залежить від стадії (ступеню) хвороби ($p < 0,05$), у хворих на 3 стадію вугрової хвороби спостерігається суттєве ($p < 0,05$) збільшення стафілококу з гемолітичними властивостями до 78,8%. Отримані дані по вивченню мікробіому шкіри у хворих на звичайній вугрі свідчить, що *S. Epidermidis* і *C. Lipophilicum* є визначаючими мікроорганізмами в оцінці мікробіому шкіри. При цьому спостерігається перерозподіл між *S. Epidermidis* (21,3%) і *C. Lipophilicum* (46,2%) загальна кількість *S. Epidermidis* зменшується (17,6%), а загальна кількість *C. Lipophilicum* збільшується (54,3%). Домінуючими видами окрім *S. Epidermidis* були *S. Propionibacter* (28,5%) та *S. Aureus* 7,1%. Загальна кількість мікроорганізмів, кількість *S. Epidermidis*, *S. Propionibacter*, *S. Aureus*, *S. He* зазнали позитивної динаміки відразу після лікування у групі хворих, яких лікували тільки системними ретиноїдами. У групі хворих, яких лікували системними ретиноїдами та пурифікованими бактеріальними лізатами, відразу після лікування відзначалось статистично не значне підвищення цих мікроорганізмів. Через 6 місяців після лікування у 1 групі хворих спостерігались наступні зміни мікробіому шкіри: тільки статистично значиме підвищення загальної кількості мікроорганізмів та кількості *S. Epidermidis* і *C. Lipophilicum*. В ці ж терміни в 2 групі спостерігалась нормалізація до рівня здорових осіб: кількості мікроорганізмів, кількості *S. Epidermidis*, *C. Lipophilicum*, зменшення відсотку *S. Epidermidis* з гемолітичними властивостями, достовірно зменшення відсотку *S. Aureus* і *S. Propionibacter*.

Висновки: призначення антибіотиків і хіміопрепаратів для лікування вульгарних вугрів потребує перегляду підходів до лікування цими засобами, стан мікробіому шкіри розширює погляд на патогенез вугрової хвороби та пошук інших засобів для індивідуального лікування хворих, позитивні зрушення мікробіому шкіри під впливом вакуїнотерапії дозволяють рекомендувати її використовувати більш тривалий час – до 6 місяців.

Особливості біохімічних показників і вмісту ферментів у сироватці крові хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусних гепатитів В і С в процесі лікування

С.В. Захаров, В.К. Захаров, Т.В. Святенко

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

За останні роки однією з глобальних проблем сучасної медицини стали вірусні гепатити. Так щорічно у світі від вірусних гепатитів помирає близько 1,5 млн людей, значна кількість хворих стає інвалідами. Сифіліс та парантеральні вірусні гепатити В і С мають не тільки однакові шляхи передачі, ай групи ризику, що робить проблему клініко-епідеміологічних особливостей з коінфекцією до вірусних гепатитів В і С досить актуальною проблемою. Починаючи з середини 90-х років ХХ століття, кількість випадків вірусних гепатитів В і С, пов'язаних з введенням до вени наркотичних речовин та передачею статевим шляхом, значно зросла. Найбільш часто та раніше від інших органів хворої на сифіліс людини починає страждати печінка. Печінка надто чутлива до сифілітичної інфекції, тому порушення її біохімічних показників виникають на ранніх стадіях інфекції. Сифілітична інфекція може стати причиною виникнення цитолітичного синдрому у печінці, що призводить до збільшення вмісту в сироватці крові білірубину та гама-глобулінів, сечової кислоти, тригліцеридів, холестерину і β -ліпопротеїдів. Безумовно, що інтенсивні захворювання, такі як гепатити, ВІЛ, туберкульоз та інші впливають на систему імунітету, при цьому виникає імунodefіцит, наслідком якого може бути: серорезистентність, клінічні і серологічні рецидиви, специфічне ураження нервової та серцево-судинної системи, вроджений сифіліс. На сучасному етапі сифіліс не завжди є моноінфекцією: досить часто у хворих на сифіліс виявляють і інші ІПСШ (хламідіоз, ВІЛ, вірусні гепатити В і С та інші), а особливості клінічного перебігу, серологічних реакцій, порушень функції печінки та імунної системи майже не вивчалися. На превеликий жаль ця важлива проблема не знайшла відображення у протоколах (настановах) лікування хворих на сифіліс.

Матеріали та методи. Проведено комплексне дослідження функціонального стану печінки у 127 хворих на ранні форми сифілісу (первинний, вторинний і ранній прихований з коінфекцією до вірусних гепатитів В і С). Групу порівняння (контролю) становили 30 практично здорових осіб та 35 хворих тільки на заразні форми сифілісу. Для діагностики сифілісу застосовували серологічні

методи: РМП, ІФА, SgM і IgG, РПГА, РІФ-аbc і РІФ-200, а також досліджували у хворих Hbs Ag та HCV Ag. 127 хворих на заразні форми сифілісу з коінфекцією до вірусних гепатитів були поділені на декілька груп: 1 група – хворі на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту В (59 осіб), 2 група – хворі на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту С (25 осіб), 3 група хворі на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту В і С (43 особи). Серед хворих на сифіліс жінок було 62% чоловіків 38%. Група контролю, особи, хворі тільки на сифіліс розподілились наступним чином: первинний сифіліс – 10 осіб, вторинний сифіліс – 10 осіб, прихований ранній сифіліс – 15 осіб. Серед 127 хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусних гепатитів у 30 осіб був первинний сифіліс, у 33 – вторинний сифіліс, у 64 – прихований ранній сифіліс. Необхідно визначити функціональний стан печінки та вміст у сироватці крові ферментів і біохімічних показників у хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусних гепатитів В і С до та після лікування.

Результати. У обстежених хворих на сифіліс, які не хворіли на вірусні гепатити В і С статистично достовірних порушень показників реограми не спостерігалось. Тільки у хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту В відмічалась тенденція до зниження амплітуди β . Статистично достовірне зниження середніх величин $T\beta$ і підвищене Q спостерігалось у хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту В. Ступінь порушень була найбільш суттєвою у 95% хворих на вторинний і в 65% на ранній прихований сифіліс: індекс β становив $9,1 \pm 0,4$ мм ($p < 0,05$), $T\beta$ – від $0,14$ до 16 », Q до $0,60$ – 67 ». Суттєві зміни окремих показників реограми спостерігались у хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту С і насамперед у пацієнтів, які хворіли на вторинний і прихований ранній сифіліс і характеризувались зниженням тривалості підйому реограм, подовженням часу після систолічного підвищення хвилі, що можна трактувати як показник запальних змін і порушення кровообігу у печінці. За результатами вивчення гепатографії в групі хворих тільки на сифіліс відмічалось статистично зменшення показника секреції і екскреції (С загальн.). За аналізом у хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту В було встановлено, що С загальний досягав 65%, $T_{1/2}$ – підвищувався середній час до $6,0 \pm 0,2$ хв. ($p < 0,05$). У хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту С, достовірно підвищувався середній час максимального накопичення ізотопу (Т макс.), $T_{1/2}$ – підвищився до $6,5$ хв., Текскр. до 30 хв., С загальн. до 70% . У групі хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту С і В було встановлено зниження K_2 до 5% , κ_3 до 25% , підвищення G до $14,1 \pm 15,3$, Текскр. – 45 хвилин. Вивчення радіонуклідної гепатографії і дозволило встановити порушення функції печінки вже на ранніх термінах інфікування у групі хворих тільки на сифіліс. Суттєві порушення спостерігались у хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусних гепатитів С і В внаслідок розвитку запального процесу у печінці, у вигляді порушень гепатоцитів і кліренсу печінки. Найбільш суттєві порушення функції печінки були встановлені у хворих на вторинний і прихований ранній сифіліс з терміном інфікування понад 1 рік з коінфекцією до вірусних гепатитів С і В. У хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту С встановлені суттєві порушення у біохімічних показниках крові, які в цілому схожі з цими показниками у хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту В. На відміну від групи хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту В у хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту С спостерігалось підвищення загального білірубіну у $5,5$ разів і зниження сечової кислоти у $1,5$ рази. Проведений співставляючий аналіз біохімічних показників у контрольній групі (здорові особи) і у хворих тільки на сифіліс встановлені порушення пігментного обміну підвищення активності трансаміназ, яке було найбільш суттєвим у хворих на ранній прихований сифіліс з тривалістю існування понад 1 рік. У хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусних гепатитів В і С спостерігалось підвищення загального білірубіну, а також підвищення активності ЛДГ, АлАт, АсАт і підвищенням вмісту альбуміну. Диспротеїнемія була встановлена у хворих на ранній прихований сифіліс з коінфекцією до вірусного гепатиту С.

Лікування хворих на сифіліс проводилось відповідно до діючих нормативних документів МОЗ України. Дюрантні препарати (бензатинбензил пеніцилін) застосовувались при лікуванні хворих на первинний та вторинний сифіліс з тривалістю лікування до 6 місяців. При тривалості інфікування від 6 і понад 12 місяців використовуємо натрієву сіль пеніциліну G. Ефективність лікування хворих на сифіліс оцінювали за строками негативації РМП. Середні терміни негативації РМП хворих на первинний та сифіліс, яких лікували пролонгованим пеніциліном складала 5,9 місяця, при коінфекції до вірусних гепатитів С і В середні строки негативації складала 8,8 місяця. Терміни негативації РМП у хворих на вторинний сифіліс були наступні: у хворих тільки на сифіліс 9,6 місяця, серорезистентність у 7% хворих, а у хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусних гепатитів В і С 15,9 місяця, серорезистентність – 16%. У групі хворих тільки на ранній прихований сифіліс негативація РМП відбулася у середньому через 12,9 місяців, серорезистентність встановлено у 9,3% хворих. При лікуванні хворих на ранній прихований сифіліс з коінфекцією до вірусних гепатитів В і С тільки пеніциліном РМП не стала негативною у середньому через 16,3 місяці, серорезистентність у 17,3% хворих. У групі хворих на ранній прихований сифіліс з коінфекцією до вірусних гепатитів В і С при лікуванні яких застосовувались імуномодуючі препарати негативація КСР у середньому відбулася через 13,7 місяця, серорезистентність виникає у 14,9% хворих.

Аналіз дослідження біохімічних показників крові і активності ферментів після проведеного лікування свідчить про патологічні форми у паренхімі печінки у хворих з коінфекцією до вірусних гепатитів В і С і хворих на сифіліс з терміном інфікування понад 1 рік.

Висновки. У хворих на сифіліс встановлено порушення функціональної спроможності печінки, яке виникає вже на ранніх строках інфікування. Найбільш суттєві порушення біохімічних показників крові та активності ферментів спостерігається у хворих на сифіліс з коінфекцією до вірусних гепатитів В і С внаслідок хронічного запального процесу. Дослідження, які були проведені за останні роки, показали, що такі супутні захворювання, як вірусний гепатит, хламідіоз, генітальний герпес впливають на перебіг сифілітичної інфекції та можуть бути однією із причин серорезистентності. Подальше вивчення цього актуального питання сучасної сифідології дасть можливість запропонувати більш ефективні методики лікування.

Порівняльний аналіз імунної відповіді на шкірні інфекції

Л.О. Ковтун

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Найбільший орган людського тіла – шкіра є першою лінією захисту від патогенних мікроорганізмів. Вона виступає фізичним бар'єром, що запобігає проникненню вірусів, бактерій та грибів в організм. Проте, коли цей бар'єр порушується або патогени проникають через нього, активується складний механізм імунної відповіді, спрямований на знищення збудників і відновлення здоров'я тканин. Імунна система здатна розпізнавати різні види інфекцій і відповідно до цього адаптувати свою реакцію.

Шкіра, як важливий імунний орган, містить в собі різні типи імунних клітин, які виконують функції першої лінії захисту від патогенів і регуляції імунних відповідей.

Кератиноцити – основні клітини епідермісу (верхнього шару шкіри), що складають його значну частину. Вони відіграють важливу роль в імунній відповіді, продукуючи цитокіни, хемокіни та антимікробні пептиди у відповідь на інфекції та пошкодження. Кератиноцити також можуть активувати інші імунні клітини шляхом виділення сигнальних молекул.

Лангергансові клітини є спеціалізованими дендритними клітинами, які знаходяться в епідермісі. Вони виконують функцію антигенпрезентуючих клітин, захоплюючи і обробляючи антигени з поверхні шкіри і потім представляючи їх Т-лімфоцитам в лімфатичних вузлах. Це запускає адаптивну імунну відповідь.

Дендритні клітини також знаходяться в дермі (середньому шарі шкіри). Вони подібні до Лангергансових клітин, але виконують свою роль переважно в дермі, де захоплюють антигени і представляють їх Т-лімфоцитам. Вони відіграють важливу роль у контролі інфекцій і регуляції імунних відповідей.

Мастоцити розташовані переважно в дермі та близько до кровоносних судин. Вони містять гранули з гістаміном та іншими медіаторами запалення. Мастоцити беруть участь у розвитку алергічних реакцій і запальних процесів, а також можуть реагувати на різні патогени.

У шкірі присутні різні типи Т-лімфоцитів, включаючи CD4+ і CD8+ Т-лімфоцити, а також специфічні $\gamma\delta$ Т-клітини. Вони виконують різні функції, включаючи захист від вірусів, бактерій і грибів, а також регуляцію запалення і підтримку імунної гомеостазу.

Макрофаги знаходяться в дермі і є ключовими фагоцитарними клітинами, які поглинають і знищують патогени, а також беруть участь у процесах загоєння тканин. Вони також можуть виділяти цитокіни, які впливають на активність інших імунних клітин.

Нейтрофіли є першими клітинами, які прибувають на місце інфекції або пошкодження, і відіграють важливу роль у фагоцитозі (поглинанні) патогенів. Вони також виділяють ферменти і реактивні форми кисню, що допомагають знищувати інфекційні агенти.

НК-клітини (природні кілери) присутні в шкірі і здатні розпізнавати і знищувати інфіковані клітини або пухлинні клітини без необхідності специфічного розпізнавання антигену.

Важливою функцією імунної системи є не лише захист від інфекцій, але й регуляція запальних процесів, щоб уникнути надмірного пошкодження тканин. Регуляторні Т-лімфоцити (Treg) відіграють ключову роль у зменшенні запалення і запобіганні аутоімунних реакцій, що можуть призводити до хронічних захворювань шкіри, таких як псоріаз або атопічний дерматит.

Таким чином, шкіра є складною імунною системою, де різні типи клітин взаємодіють для забезпечення захисту від інфекцій, регуляції запалення і підтримки здоров'я тканин. Імунні клітини шкіри забезпечують як вроджену (неспецифічну) так і адаптивну (специфічну) імунну відповідь, що дозволяє організму ефективно боротися з патогенами і реагувати на різноманітні загрози ззовні.

Мета роботи: є проведення порівняльного аналізу імунної відповіді на різні види інфекцій шкіри, зокрема вірусні, бактеріальні та грибові, та визначення відмінностей у механізмах імунної реакції на ці патогени.

Результати та їх обговорення.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, інфекційні захворювання шкіри вражають 1,8 мільярда людей у будь-який момент часу. У деяких населених пунктах частка шкірних інфекцій серед загальної кількості шкірних захворювань сягає близько 10%. Вірусні, бактеріальні та грибові інфекції шкіри є одними з найбільш поширених, але імунна відповідь на них суттєво відрізняється за своїм механізмом та інтенсивністю.

Вірусні інфекції шкіри викликають складні та специфічні імунні реакції, спрямовані на знищення інфікованих клітин і стримування поширення вірусів. Одним із ключових елементів цієї відповіді є активація цитотоксичних Т-лімфоцитів (CD8+), які розпізнають і атакують клітини, інфіковані вірусами. Ці Т-лімфоцити можуть безпосередньо знищувати інфіковані клітини, випускаючи цитотоксичні молекули, що спричиняють апоптоз (запрограмовану клітинну смерть), тим самим перешкоджаючи розмноженню вірусів всередині клітин.

Окрім цього, вірусні інфекції стимулюють вироблення інтерферонів типу I, які відіграють важливу роль в активації антивірусного захисту. Інтерферони не лише блокують реплікацію вірусів у заражених клітинах, але й активують антивірусний стан у сусідніх, ще незаражених клітинах, створюючи тим самим бар'єр для поширення інфекції. Вони також залучають природні кілери (НК-клітини), які розпізнають і знищують клітини, що не можуть ефективно представляти вірусні антигени через пригнічення вірусом системи головного комплексу гістосумісності.

Ця багатоступенева імунна відповідь є критично важливою для стримування вірусних інфекцій. Ефективність антивірусної відповіді значною мірою залежить від швидкості мобілізації цих захисних механізмів і здатності імунної системи точно розпізнавати вірусні антигени. Віруси, такі як герпесвірус, можуть ухилятися від імунного нагляду, зберігаючись у клітинах у латентному стані, що робить їх особливо складними для повного знищення. Тому своєчасне і ефективне розпізнавання вірусних антигенів і активація відповідних імунних шляхів є ключовими для успішного контролю інфекції та мінімізації ризику рецидиву.

Бактеріальні інфекції шкіри запускають потужну і швидку запальну відповідь, що є ключовим аспектом природного імунного захисту організму. Ця реакція супроводжується негайною активацією нейтрофілів, які є першою лінією оборони проти бактерій. Нейтрофіли, як основні ефektorні клітини вродженого імунітету, швидко мігрують до місця інфекції, де виконують декілька важливих функцій. Вони фагоцитують бактерії, руйнуючи їх всередині своїх лізосом. Крім того, нейтрофіли виділяють антимікробні пептиди, що створюють несприятливі умови для виживання бактерій, та активні форми кисню, які безпосередньо знищують патогени.

Однак роль у захисті від бактеріальних інфекцій не обмежується лише нейтрофілами. Комплементна система, яка складається з численних білків, циркулюючих у крові, також активно залучається до боротьби з інфекцією. Ця система може бути активована різними шляхами, в результаті чого утворюються комплекси, що викликають лізис бактеріальних клітин. Окрім цього, компоненти комплементу зв'язуються з поверхнею бактерій, позначаючи їх для фагоцитозу, що підвищує ефективність захоплення і знищення патогенів нейтрофілами та іншими фагоцитами.

Попри всю важливість інтенсивної запальної реакції у боротьбі з бактеріями, вона несе і певні ризики. Надмірна або неконтрольована запальна відповідь може призвести до пошкодження власних тканин організму, зокрема, викликати набряк, біль та втрату функціональності уражених ділянок шкіри. Це особливо важливо у випадках хронічних або рецидивуючих інфекцій, де повторні запальні реакції можуть завдавати шкоди більше, ніж сама інфекція. Таким чином, регуляція імунної відповіді, яка дозволяє знищити бактерії без надмірного ушкодження власних тканин, є критично важливою для підтримання балансу між ефективністю захисту і збереженням тканинної цілісності.

Грибові інфекції шкіри вимагають складної та тривалої імунної відповіді, яка включає як вроджені, так і адаптивні механізми захисту. Важливу роль у цьому процесі відіграють Т-лімфоцити Th17, які виробляють інтерлейкін-17 (IL-17). Цей цитокін не лише стимулює продукцію антимікробних пептидів, але й залучає до місця інфекції нейтрофіли, основною функцією яких є знищення патогенів. Однак тривала активність Th17 і постійна залученість нейтрофілів можуть призвести до розвитку хронічного запалення, що, у свою чергу, створює ризик для цілісності тканин.

Крім того, макрофаги і дендритні клітини відіграють ключову роль у розпізнаванні та поглинанні грибових антигенів. Після цього вони презентують ці антигени Т-лімфоцитам, тим самим активуючи адаптивну імунну відповідь, яка є більш специфічною та тривалою. Цей механізм дозволяє організму точніше і ефективніше боротися з грибовими патогенами.

Однак така складна імунна відповідь потребує тонкого регулювання. Якщо контроль над імунною реакцією порушується, це може призвести до ушкодження власних тканин або до розвитку аутоімунних реакцій, коли імунна система починає атакувати здорові

клітини організму. Таким чином, боротьба з грибковими інфекціями шкіри є складним процесом, який потребує збалансованої взаємодії різних компонентів імунної системи, щоб забезпечити ефективний захист без зайвого пошкодження організму.

Результати порівняльного аналізу цього дослідження підкреслюють суттєві відмінності у механізмах імунної відповіді на вірусні, бактеріальні та грибкові інфекції шкіри:

Вірусні інфекції: основний акцент робиться на клітинному імунітеті, зокрема на цитотоксичних Т-лімфоцитах і інтерферонах.

Бактеріальні інфекції: головна роль належить вродженому імунітету, з активацією нейтрофілів і комплементної системи.

Грибкові інфекції: імунна відповідь є комбінацією вродженого та адаптивного імунітету, де ключовим є залучення Th17-лімфоцитів і тривала запальна реакція.

Висновки. Різні види інфекцій шкіри (вірусні, бактеріальні та грибкові) вимагають специфічних і ретельно налаштованих імунних реакцій, які забезпечують ефективний захист від патогенів. Розуміння цих імунних механізмів має вирішальне значення для розробки нових підходів до лікування та профілактики шкірних інфекцій. Враховуючи специфіку імунної відповіді на різні патогени, можна створювати більш цілеспрямовані терапевтичні стратегії, які або підсилюють природні захисні механізми організму, або регулюють надмірні запальні реакції, що можуть призводити до пошкодження тканин.

Поглиблене знання імунних реакцій також дає можливість розробляти інноваційні профілактичні засоби, такі як вакцини або імуномодулятори, що здатні ефективно запобігати розвитку інфекцій. Це особливо важливо для людей з ослабленим імунітетом або хронічними захворюваннями, у яких ризик ускладнень від шкірних інфекцій значно вищий.

Таким чином, розширення знань про імунні механізми, які активуються під час різних інфекцій шкіри, відкриває нові перспективи для покращення терапевтичних підходів, підвищення ефективності лікування та зниження ризику розвитку ускладнень. У результаті це сприятиме значному поліпшенню якості життя пацієнтів.

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

Стан регулюючих систем організму хворих на пізній сифіліс

Г.К. Кондакова, О.О. Єрещенко, С.В. Унучко

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

У хворих на сифіліс може виникати порушення метаболічних процесів. Частота змін біохімічних показників у крові хворих на сифіліс визначається різними чинниками, зокрема тривалістю захворювання. Найбільш часто та раніше від інших органів до патологічного процесу при сифілісі залучається печінка.

Мета – дослідити особливості стану регулюючих систем організму хворих на пізній сифіліс.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 64 пацієнти на пізній сифіліс. Проведено дослідження уніфікованих скринінгових біохімічних показників, які характеризують стан білкового (загальний білок сироватки крові), вуглеводного (глюкоза сироватки крові), а також функціональний стан печінки [загальний білірубін, активність аланінамінотрансферази (АсТ) та аспаргатамінотрансферази (АлТ)]. Для виведення нормативних показників паралельно вивчали зразки сироватки крові, отриманої у 20 умовно здорових донорів (контрольна група).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням пакету прикладних програм для Microsoft Excel 2003. Враховувались середні арифметичні значення для даних (M) та похибки середніх величин (m). Достовірність отриманих даних оцінювали шляхом парного порівняння та визначення довірчого інтервалу на підставі розрахунку коефіцієнта Стьюдента (t). Відмінності вважали статистично значущими при $p \leq 0,05$

Результати дослідження. Вміст глюкози у всіх обстежених пацієнтів був на рівні контрольних значень, але наближався до показників верхньої границі референтних значень. Рівень загального білку у хворих на пізній сифіліс статистично не відрізнявся від контрольних значень. Дослідження обміну білірубину у обстежених хворих на пізній сифіліс виявило незначне підвищення рівня загального білірубину. Активність клітинних ферментів АсТ та АлТ значно перевищує норму (в 1,45 та в 1,87 рази, відповідно), що свідчить на користь підвищеної активності гепатоцитів, які утворюють ці ферменти для реалізації процесів метаболізму у клітинах. Співвідношення De Ritis (АсТ/АлТ) має значення < 1 .

Висновок. Можна припустити, що у хворих на пізній сифіліс спостерігається гепатоцелюлярне пошкодження, яке слід враховувати при визначенні тактики ведення пацієнта, що забезпечить ефективне лікування.

Наведені у тезах дані є результатом виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації 0123U101342).

Вивчення формування резистентності до антибіотика групи карбопенемів у грамнегативних бактерій, виділених з бойових ран

¹Я.Ф. Кутасевич, ¹С.К. Джораєва, ²М.О. Ляпунов, ¹В.В. Гончаренко, ³М.С. Бірюков

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

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

³Військово-медичного клінічного центру Північного регіону, м. Харків, Україна

Найактуальніша проблема сучасної медицини – це профілактика та лікування гнійних ускладнень, адже поранення, отримані під час бойових дій, є інфікованими. На жаль, незважаючи на вдосконалення системи профілактичних заходів, хірургічні інфекції посідають одне зі значущих місць у структурі інфекційно-запальної патології. Серед грамнегативних мікроорганізмів провідними контамінантами ранових поверхонь вважаються ентеробактерії, а також бактерії, що не ферментують глюкозу, внаслідок здатності *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* та *A. baumannii* залишати звичне для них середовище існування й транслюкуватися в інші екологічні ніші. Наявність полірезистентності ранових ізолятів, встановлення фактів об'єднання декількох штамів у однакові фенотипи резистентності, що виявляються у географічно віддалених госпіталях, вказують на те, що сучасні бойові поранення контамінуються спорідненими клональними популяціями, які мають єдине джерело походження, найбільш імовірно госпітальне

Мета: означення фенотипової резистентності до антибіотиків клінічних штамів *P. aeruginosa* і *K. pneumoniae*, виділених з бойових поранень, з вивченням швидкості розвитку резистентності до антибіотика групи карбопенемів.

Матеріали і методи біохімічну ідентифікацію вилучених штамів та визначення рівнів резистентності проводили з використанням методів класичної бактеріології. 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 меншою мінімальної бактеріцидної концентрації (МБЦК).

Результати досліджень Аналіз результатів дослідження засвідчив високий ступінь резистентності виділених грамнегативних мікроорганізмів до більшості груп антибіотиків, у тому числі до карбапенемів. Серед ізольованих клінічних штамів *P. aeruginosa* 83,3% виявились резистентними до меропенему, поміж ізолятів *K. pneumoniae* – 78,3%, при цьому майже усі штами цих збудників демонстрували резистентність до іміпенему. Встановлено, що всі виділені штами *K. pneumoniae* були резистентними до піперациліну/тазобактаму, стійкість штамів *P. aeruginosa* була на рівні 83,3%. Майже одразу з моменту відкриття карбапенемаз у патогенних мікроорганізмів почався активний пошук і синтез їх інгібіторів, а саме – авібактам, релебактам і ваборбактам, які здатні пригнічувати всі карбапенемази, окрім метало-бета-лактамаз. На жаль, 73,9% клінічних штамів *K. pneumoniae* та 66,7% *P. aeruginosa* були нечутливими до меропенему/ваборбактаму. Також клінічні ізоляти клебсіел та псевдомонад були нечутливими до цефтріаксону, цефепіму, цефотаксиму, цефтазидиму. До захищеного цефалоспорино III покоління цефтазидиму/авібактаму резистентність серед штамів *K. pneumoniae* становила 82,6%, а поміж *P. aeruginosa* – 75,0%. Виділені ізоляти *P. aeruginosa* та *K. pneumoniae* демонстрували повну резистентність до амікацину та тобраміцину, і високу до гентаміцину, на рівні 91,7% та 91,3% відповідно. Дослідження рівнів резистентності виділених мікроорганізмів до фторхінолонів продемонструвало 100% стійкість штамів *K. pneumoniae* та *P. aeruginosa*. Колістин – виявився єдиним антибіотиком, до якого частково зберегли чутливість як штами *P. aeruginosa*, так і *K. pneumoniae* – на рівні 58,3% та 52,2% відповідно.

На наступному етапі дослідження було проведено визначення швидкості розвитку резистентності до меропенему штаму *P. aeruginosa* № 10720, який мав фенотип чутливого до цього антибіотика при дослідженні ДДМ. Зростання резистентності *P. aeruginosa* до меропенему в процесі культивування в наростаючих концентраціях антибіотика відбувались стрибкоподібно: до п'ятого пасажу показник МБЦК антибіотика тримався на вихідному рівні, на п'ятому пасажі – зріс у 4 рази. Після ряду аналогічних стрибкоподібних змін культура на 51-му пасажі набула здатності зберігати мікробіологічну активність в концентрації 32000 мкг/мл меропенему. Подальше пасивування не призвело до зростання МБЦК меропенему. Таким чином, субстратна індукція у дослідженого штаму *P. aeruginosa* № 10720 збільшила стійкість мікробної культури до меропенему більш ніж у 1000 разів, при цьому без змін чутливості до антибіотиків інших груп. Також було проведено аналогічні дослідження з використанням клінічного штаму *K. pneumoniae* № 12456, який також мав фенотип чутливого до дії меропенему при приведенні визначення з використанням ДДМ. Культивування штаму *K. pneumoniae* № 12456, що первинно не виявляв стійкості до карбапенемів, у середовищі зі зростаючими концентраціями меропенему показало, що починаючи з 6 пасажу показник МБЦК меропенему збільшився у 4 рази, досягнувши максимального значення на 31 пасажі – 16000 мкг/мл та перевершивши первинний показник більш ніж у 500 разів, при цьому також, як і у попереднього штаму не було відзначено змін чутливості до інших антибіотиків.

Висновок Визначення динаміки формування стійкості до меропенему у клінічних штамів *K. pneumoniae* та *P. aeruginosa*, що мають фенотип чутливих мікроорганізмів, до дії цього карбапенему, показало досить швидку стрибкоподібну динаміку набуття резистентності, що вказує на можливість фенотипової реалізації генетично детермінованої ознаки стійкості до карбапенемів.

Дослідження проведені в рамках виконання НДР, № держреєстрації 0123U101367.

Доглядові звички пацієнтів з розацеа

Х.Я. Николайчук, О.Д. Александрук, В.Т. Кузенко

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Розацеа – хронічний запальний дерматоз обличчя, який негативно впливає на якість життя пацієнта, є причиною заниженої самооцінки і соціальної ізоляції. Дискомфорт, пов'язаний з естетичним дефектом (гіперемоване обличчя, поява висипань, відчуття пекучості та поколювання) не завжди є причиною звернення за кваліфікованою медичною допомогою. Цьому також сприяють життя в умовах повномасштабного вторгнення агресора в Україну, зниження платоспроможності населення. Самодіагностика, самолікування і «лікування» в умовах косметичного кабінету тільки погіршують перебіг захворювання.

Ультрафіолетові промені та неправильний догляд за шкірою обличчя є відомими тригерами виникнення розацеа чи погіршення його перебігу. Як свідчать нещодавні публікації, останніми роками прослідковується негативна тенденція – пацієнти з розацеа не знають як доглядати за своєю шкірою, не вважають естетичні вади дерматологічною проблемою, внаслідок чого їх візит до дерматолога відтермінується на тривалий час. Також, багато пацієнтів навіть після завершення лікування активного епізоду розацеа та отримання лікувальних рекомендацій повертаються до своїх старих звичок у базовому догляді за шкірою обличчя, адже не вірять у результативність профілактичних заходів.

Мета. Визначити доглядові звички пацієнтів з розацеа в період загострення та ремісії і зрозуміти їхні причини.

Матеріали і методи. 102 пацієнти, віком 28–42 р, з I і II фенотипом розацеа обох статей, з досвідом захворювання від 0 до 10 років, під час відвідування дермато-косметологічного закладу проходили анкетування. Оцінювалися демографічні та соціально-економічні показники, звички по догляді за шкірою, зокрема особливості догляду за шкірою обличчя в період загострення і в міжрецидивний період.

Результати. Серед опитаних частка жінок склала 66,7%. Особи, які не мають професійної чи вищої освіти – 56,9%. Ті що мешкають у сільській місцевості 28,4%. У 73,5% респондентів – низький рівень добробуту.

Про те, що інсоляція є важливим тригером і може провокувати загострення та погіршувати перебіг розацеа знає 83,3% опитаних, але уникають перебування на вулиці у пік сонячної активності та використовують сонцезахисний засіб кожні 2–3 год, що є необхідним в базовому щоденному догляді, тільки 17,7% учасників анкетування. Причинами не використання засобів з SPF у 24,5% випадків респонденти відмітили їх високу вартість, у 40,2% – нерозуміння їхньої ефективності, адже «це засоби для запобігання виникнення опіків шкіри під час перебування на морі чи профілактики старіння», що для більшості не є актуальним в даний момент.

Дотримуватися рекомендацій та застосовувати відповідні косметичні доглядові засоби для очищення шкіри обличчя в поєднанні з активною терапією розацеа в період загострення дерматозу для 85,3% опитаних є обов'язковим. Проте, в період ремісії 11,8% пацієнтів вважають, що це не є необхідним етапом. 30,4% продовжують використовувати засіб, який у них залишився, а не рекомендований дерматологом, мотивуючи нерациональним використанням фінансів. Це може бути міцелярна вода, яку вони не змивають, або засіб, який не відповідає потребам шкіри (підібраний не за типом шкіри, без врахування чутливості шкіри та наявного

захворювання, часто у вигляді гелю, що сприяє пересушуванню шкіри та посиленню запалення). 37,3% використовують очищаючий засіб нерегулярно 1–2 рази в тиждень через забудькуватість чи заради економії засобу.

З інших етапів догляду, зокрема зволоження, то космецевтичний крем з активними компонентами, що відновлюють шкірний бар'єр, гідратацію шкіри, укріплюють судини, зменшують реактивність шкіри, запобігають їй почервонінню, щоденно застосовують тільки 26,5%. Ще 52% користуються ним нерегулярно: тільки у випадках вираженого відчуття сухості та стягнутості шкіри обличчя.

В міжрецидивний період 12,8% респондентів продовжують відвідувати косметолога, отримуючи процедури, що стимулюють кровообіг: кислотні пілінги, зігріваючі маски, масаж з жирним кремом. 2,9% – відвідує сауни чи приймає гарячі ванни, 18,6% активно користуються декоративною косметикою.

Висновок. Попри високу обізнаність пацієнтів з розацеа щодо перебігу розацеа та ролі тригерних факторів, розуміння необхідності базового догляду за шкірою залишається недостатнім. Низький рівень добробуту і освіченості є чи не основною причиною перебування на вулиці з 11 до 17 год в період високої інсоляції, недотримання рекомендацій лікаря та зловживання дешевими послугами косметолога-естетиста.

Мінімізація впливу провокуючих факторів зовнішнього середовища, базовий догляд за шкірою обличчя з розацеа, який передбачає укріплення судин та підтримання бар'єрної функції шкіри, під час активної терапії та в міжрецидивний період є основою менеджменту даного дерматозу. Тому проведення бесід з пацієнтами задля підвищення рівня їх знань щодо запобігання запалення шкіри обличчя є важливим профілактичним заходом у веденні розацеа.

Аналіз тривожних порушень у хворих на вульгарний пемфігус у стадії загострення

І.О. Олійник, В.П. Матюшенко

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ» м. Харків, Україна

Актуальність. Згідно з багаторічними дослідженнями пацієнтів з хронічними дерматозами встановлено, що вульгарний пемфігус тісно пов'язаний з психологічним станом, який включає як психоемоційний статус, так і соціальні чинники.

Мета дослідження. Вивчити рівень реактивної та особистої тривожності у пацієнтів хворих на вульгарний пемфігус у стадії загострення.

Матеріали і методи. Обстежено 15 хворих на вульгарний пемфігус. Серед пацієнтів було 11 (73,3%) жінок та 4 (26,7%) чоловіка, середній вік хворих склав 48,2±3,3. Контрольну групу склали 5 здорових осіб. Тривожність у хворих на вульгарний пемфігус вивчали за шкалою самооцінки Спілбергера–Ханіна. Даний тест є джерелом інформації про самооцінку пацієнта рівня реактивної та особистісної тривожності.

Результати. Внаслідок проведеного дослідження, встановлено: 68% хворих мали помірний та 32% високий рівень реактивної тривожності; 72% хворих мали помірний та 28% високий рівень особистої тривожності, що свідчить про превалювання високого рівня реактивної тривожності над високим рівнем особистої тривожності у стадії загострення.

Висновки. Для осіб з високим рівнем тривожності характерна схильність сприймати достатньо широке коло життєвих ситуацій як погрозливих і реагувати на них тривалим станом напруги. Можна припустити, що у хворих на вульгарний пемфігус існує постійна підвищена схильність до розвитку стресових ситуацій, крім того, саме захворювання для пацієнтів є постійним джерелом тривоги та є значною психологічною проблемою.

Результати отримані в ході виконання науково-дослідної роботи (№ держреєстрації 0123U104541).

Особливості терапії оніхомікозів у хворих на акантолітичний пемфігус

І.О. Олійник, К.Г. Супрун

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ», м. Харків, Україна

Актуальність. Акантолітичний пемфігус – автоімунне захворювання шкірних покривів і/або слизових оболонок, клінічним проявом його є утворення міхурів та ерозій. Акантолітичний пемфігус належить до групи особливо тяжких захворювань шкіри, які призводять до інвалідизації та навіть смерті. Застосування імуносупресивної терапії дає можливість зберегти життя хворого працездатного віку та покращити його якість. На сьогодні основними препаратами для лікування хворих на пемфігус залишаються глюкокортикостероїди та цитостатики. Хоча така терапія є агресивною та спричинює багато ускладнень, лише глюкокортикостероїди та їх комбінація з цитостатиками запобігають летальним наслідкам. На фоні терапії у таких пацієнтів нерідко розвиваються мікотичні ураження нігтьових пластин патогенними грибами. При лікуванні оніхомікозів у таких пацієнтів слід враховувати, що терапія пемфігусу більш пріоритетна та може тривати роками. Глюкокортикостероїди метаболізуються здебільшого печінкою та мають гепатотоксичну дію, але є життєво необхідними для таких пацієнтів. Тож призначення системних антимікотиків, що також метаболізуються в печінці, стає абсолютно протипоказаним.

Мета дослідження. Розробити методику лікування оніхомікозу у хворих на акантолітичний пемфігус з абсолютними протипоказаннями до системних антимікотиків.

Матеріали і методи. В дослідженні приймали участь 10 осіб. Пацієнти отримували комплексну терапію, що включала відшарування нігтьових пластин, застосування естезифіну розчину та крему, мікозану, волвіту та нікотинової кислоти. Спостереження проводили протягом 16 тижнів і більше до настання клінічного і мікологічного видужання.

Результати. Починаючи з 4 тижня лікування і надалі один раз на два тижні проводили мікологічне обстеження зрізаних нігтів. Досліджували клінічний стан нігтів пацієнтів з оніхомікозом за такими критеріями: вилікування, покращення, відсутність змін, погіршення. Уже на 6-му тижні у 10% пацієнтів відбулося покращення стану нігтьових пластин, на 10-му тижні відмічалось покращення у 60%, тоді як вилікування відмічалось на 10-му тижні у 20% хворих. На 12 тижні лікування кількість вилікованих хворих дорівнювала 40%. Ефективність терапії наприкінці 16 тижня спостереження за хворими становила 60% пацієнтів.

Висновки. Таким чином, розроблена методика лікування оніхомікозів у пацієнтів з абсолютними протипоказаннями є ефективною та дає змогу не відкладати терапію у хворих на акантолітичний пемфігус, що отримують імуносупресивну терапію.

Результати отримані в ході виконання науково-дослідної роботи (№ держреєстрації 0123U104541)

Клінічні особливості периорального дерматиту

М.В. Пацеля, Є.М. Міхньова, К.О. Бардова, Е.О. Мурзіна, О.В. Гаврилук

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

Периоральний дерматит (ПД; синоніми: dermatitis perioralis, стероїдний дерматит обличчя, розацепаподібний дерматит, алергічний периоральний дерматит, периоральний себорейний дерматит) – хронічне, рецидивуюче захворювання шкіри обличчя, що проявляється еритематозно-папульозними, папуло-везикулярними, папуло-пустульозними висипаннями переважно в периоральній ділянці.

Розповсюдженість ПД серед населення складає 0,5–1% переважно хворіють жінки у віці 15–45 років. Провокуючими факторами ПД є: тривале використання топічних стероїдів, фторованої зубної пасти, вплив фізичних факторів, сонцезахисні засоби, гормональні фактори, оральні контрацептиви, використання резинової гумки, різноманітних лікарських мікстур, що використовують для полоскання ротової порожнини. За даними літератури у хворих на ПД виявлено надлишок заселення фузіформними бактеріями та кліщами *demodex folliculorum* у випадках використання топічних стероїдів.

ПД характеризується еритемою різного ступеню вираженості з чіткими межами, а також напівсферичними, не фолікулярними, рожево-червоними папулами, папуло везикулами, рідше папуло-пустулами, розміром 1–2 мм в діаметрі, що локалізуються в периоральній, периорбітальній областях, в носо-губних складках, а також можуть розповсюджуватись на шкіру підборіддя та щік.

Характерною ознакою ПД є вільна від висипань бліда шкіра у вигляді вузького обідка навколо червоної кайми губ. Типовими скаргами пацієнтів з ПД є відчуття печіння, болючості, а також стягнутості та напруження шкіри в ділянці ураження. Свербіж не характерний, але в деяких випадках можливий. В залежності від вираженості клінічних проявів розрізняють: легку, середню, тяжку (відносять грануломатозний ПД) ступені тяжкості.

Для визначення ступеню тяжкості ПД розроблений індекс PODSI, що базується на оцінці ступеню вираженості клінічних проявів таких як еритема, папули та шелушіння. Значення вираженості еритеми, папул та шелушіння, згідно наведених варіантів характеру висипань для кожної із ступеня тяжкості, де «0» – відсутність ознак, 1, 2, 3 бали – ступінь вираженості ознак.

Індекс PODSI

Ознаки	I ступінь (1 бал)	II ступінь (2 бали)	III ступінь (3 бали)
еритема	блідо-рожева	помірна, плямиста	виражена, темно-червона, дифузна, зливна
папули	поодинокі, мілкі, кольору не зміненої шкіри	в невеликій кількості, помірно виражені, дисеміновані	у великій кількості, виражені, еритематозні, схильні до злиття
шелушіння	ледве помітне	помірне	виражене

Легкий ступінь тяжкості ПД відповідає значенням індексу PODSI – 0,5–2,5, середня ступінь тяжкості – 3,0–5,5 і тяжка форма PODSI – 6,0–9,0.

Діагностика ПД базується на аналізі анамнестичних даних та клінічній картині. Для верифікації гранулематозної форми захворювання проводять гістологічне дослідження.

Оптимізація лікування дерматозів з обтяженим клінічним перебігом шляхом застосування сучасного дезінтоксикаційного засобу

М.П.Перепічка, Н.Б.Бродовська, М.Р. Навольська, Н.А. Антонів

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В останні роки в умовах воєнного часу відзначається тенденція до зростання кількості пацієнтів з обтяженим клінічним перебігом захворювань шкіри – поширеними вогнищами ураження з гострозапальними проявами чи ускладненням вторинною інфекцією із проявами інтоксикації, що обґрунтовує актуальність удосконалення комплексної терапії таких пацієнтів.

Метою роботи було підвищити ефективність лікування хворих на гострі чи хронічні дерматози з обтяженим клінічним перебігом і проявами інтоксикації шляхом призначення в їх комплексній терапії сучасного ентеросорбента з дезінтоксикаційною дією.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебували 38 пацієнтів віком від 19 до 63 років, із них 14 – на мікробні форми екземи, 9 – на дисгидротичну та інтертригінозну форму епідермофітії, 6 осіб – інфільтративно-нагнійну форму трихофітії, 5 – на поширені форми червоного плоского лишая, 4 – коросту, ускладнену вторинною піодермією. У всіх пацієнтів захворювання шкіри мали гострозапальні прояви з явищами інтоксикації. У процесі лікування пацієнти були розподілені на дві групи із рівноцінним поділом нозологічних форм: порівняльну – 19 осіб, яким призначали стандартне лікування дерматозів; основну – 19 осіб, яким додатково призначали ентеросорбент IV покоління на основі діоксиду кремнію у вигляді суспензії тричі на добу упродовж 15 днів.

Результати. Як показали клінічні спостереження, у пацієнтів основної групи, які додатково отримували сучасний ентеросорбент на основі діоксиду кремнію, який володіє виразною сорбційною й дезінтоксикаційною дією, а також виявляє протиалергічну, протимікробну та регенеруючу дію, у більш ранні терміни відбулося зменшення свербіжності та покращення сну (на 3–5 днів раніше, ніж у групі порівняння), припинення мокріння та пустулізації у хворих на мікробну екзему (на 4–5 днів) та регрес гострозапальних елементів висипки (на 5–7 днів) зі скороченням термінів їх лікування (у середньому на 6–7 днів).

Висновок. Включення до комплексного лікування хворих на гострі чи хронічні дерматози з обтяженим клінічним перебігом та проявами інтоксикації сучасного ентеросорбента на основі діоксиду кремнію сприяє істотному покращенню клінічних результатів лікування таких пацієнтів.

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

Лікування порушень сну у хворих на звичайний псоріаз

О.І. Саріан

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Психічні розлади у хворих на псоріаз нині знаходяться в центрі уваги дослідників. Стрес, особливо хронічний, як один із тригерів, провокує порушення сну і підвищує прозапальний потенціал циркулюючих клітин імунної системи, що може призводити до загострення чи погіршення перебігу хвороби.

Мета дослідження: проаналізувати вплив препарату Мелатонін (мелатонін 3 мг, вітамін В₆ 2 мг) на клінічний перебіг, рівень високочутливого С-реактивного білка (С-РБвч) та інтерлейкіну (ІЛ)-6 у пацієнтів з вульгарним псоріазом в стадії загострення.

Методи дослідження. Під спостереженням перебувало 26 пацієнтів (10 чоловік і 16 жінок) віком 38–55 років, тривалістю хвороби від двох до 10 років, частими рецидивами. Скарги на порушення сну (безсоння, труднощі із засинанням, неспокійний сон, раннє ранкове пробудження) пред'являли усі пацієнти, зміни настрою, підвищену тривожність, дратівливість, свербіж вогнищ – 73,1% хворих. Встановлено легкий і помірний ступінь тяжкості дерматозу шляхом розрахунку PASI (Psoriasis Area Severity Index). Пацієнти на фоні комплексного лікування отримували Мелатонін один раз на добу (увечері) протягом 4 тижнів. До і після лікування проводилось визначення порушень сну на підставі бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну (СХС). Середнє значення показника СХС у пацієнтів становило $16,1 \pm 0,6$ бали і достовірно знижувалося відносно такого у здорових осіб ($p < 0,05$) та у більшості (84,6%) відповідало вираженим відхиленням якості сну. Визначені імуноферментним методом з використанням комерційних тест-систем у крові хворих рівні С-РБвч ($7,92 \pm 0,96$ мг/л) та ІЛ-6 ($5,27 \pm 0,79$ пг/мл) суттєво перевищували показники у здорових осіб контрольної групи ($p < 0,05$). Встановлено негативний кореляційний зв'язок між значенням СХС та вмістом С-РБвч і ІЛ-6.

Результати. Під впливом терапії відбувалася позитивна динаміка клінічного перебігу за зниженням PASI на 75% (зникнення або зменшення свербежу, еритеми, інфільтрації вогнищ та площі ураження), покращення загального стану і якості сну (достовірно збільшення значення СХС на 48,5%) та зменшення в 4,5 рази рівня С-РБвч і в 3,6 рази вмісту ІЛ-6. Лікування Мелатоніном пацієнти добре переносили.

Висновки. Порушення сну у хворих на псоріаз, імовірно, модулюють імунну функцію. Мелатонін може призначатися хворим на звичайний псоріаз з метою корекції порушень сну, зниження рівня прозапальних медіаторів (С-РБвч та ІЛ-6).

Наведені у тезах дані є результатом виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації 0118U000302).

Характер змін цитокінового профілю при псоріатичній артропатії та вульгарному псоріазі

Е.М. Солошенко

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

За останні роки пріоритетним напрямком стало вивчення цитокінового профілю у хворих на псоріаз, тому що саме цитокинам відводиться одна з ключових ролей у розвитку цього захворювання.

Мета дослідження – проаналізувати вміст про- (ІЛ-1 β , ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-17А) та протизапальних цитокінів (ІЛ-4, ІЛ-10) у пацієнтів з вульгарним псоріазом та псоріатичною артропатією.

Матеріали та методи. Було обстежено 2 групи пацієнтів: 1 група – 46 пацієнтів, хворих на вульгарний псоріаз в період загострення захворювання; 2 група – 15 хворих на псоріатичну артропатію. 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-4, ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-10 та ІЛ-17А 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. У хворих як 1, так і 2 групи виявлено значне підвищення рівня прозапальних цитокінів сироватки крові. Слід відзначити що у хворих на псоріатичну артропатію рівень ІЛ-1 β в сироватці крові значно вище, ніж у хворих на вульгарний псоріаз. Це може свідчити про більш виражений прозапальний зсув імунорегуляторних процесів та активацію запалення при псоріатичній артропатії. Рівень протизапальних ІЛ-4, ІЛ-10 в сироватці хворих мав різний характер: він був достовірний вищий у хворих 1 групи, ніж у 2, що вказує на розвиток цитокінового дисбалансу при псоріазі, особливо при наявності суглобного синдрому.

Однією з характерних особливостей імунологічних змін у хворих на псоріаз є співвідношення про- та протизапальних інтерлейкінів. Розрахунки показали, що при вульгарному псоріазі коефіцієнт ІЛ-1 β /ІЛ-4 має значення 2,47, при псоріатичній артропатії – 2,67. Співвідношення ІЛ-1 β /ІЛ-10 при вульгарному псоріазі – 2,45, при псоріатичній артропатії – 4,73. Ці коефіцієнти можна використовувати для оцінки активності та перебігу захворювання, а також для патогенетичного обґрунтування його терапії.

Висновок. Отримані результати вказують, що виявлений дисбаланс цитокінів лежить в основі можливих патогенних відмінностей псоріазу та псоріатичної артропатії.

Наведені у тезах дані є результатом виконання науково-дослідної роботи (номер держреєстрації 0120U103066).

Динаміка показників прооксидантної системи крові у хворих на екзему при використанні різних методів терапії

Н.А. Степан

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В останні роки відзначається збільшення частки обтяженого клінічного перебігу алергодерматозів, у тому числі – екземи, що обґрунтовує актуальність уточнення патогенетичних чинників цього дерматозу, зокрема стану прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу, з метою удосконалення комплексної терапії таких пацієнтів.

Мета роботи. Вивчити динаміку показників прооксидантної системи крові у хворих на екзему при використанні різних методів лікування дерматозу.

Матеріал і методи. Спостерігали 41 хворого на екзему (22 чоловіка, 19 – жінок) віком від 19 до 67 років, з них у 29 (70,7%) осіб діагностовано мікробну форму екземи, у 12 (29,3%) осіб – справжню (істинну) екзему. Досліджували: в еритроцитах і плазмі крові вміст малонового альдегіда (МА); у сироватці крові рівень середньомолекулярних пептидів – молекул середньої маси (МСМ) та вміст фракцій продуктів окисної модифікації білків, визначених за альдегідо- й кетонпохідними нейтрального (ОМБ E₃₇₀) та основного (ОМБ E₄₃₀) характеру. У процесі лікування пацієнти були розподілені на 2 групи: I (порівняльна) – 21 хворий, яким призначали тільки базові медичні препарати; II (основна) група – 20 пацієнтів, яким додатково призначали антиоксидантний препарат.

Результати. У хворих на екзему обох груп на початку лікування виявлено порівняно з показниками осіб контрольної групи: підвищення вмісту МА в плазмі та еритроцитах, рівня фракцій ОМБ E₃₇₀ і фракцій ОМБ E₄₃₀ та МСМ – у сироватці крові. У хворих порівняльної групи після лікування виявлено тенденцію до підвищення рівня МА як в плазмі, так і в еритроцитах, а також незначне зниження вмісту в сироватці крові фракцій ОМБ E₃₇₀ і ОМБ E₄₃₀ та достовірне підвищення в сироватці крові МСМ порівняно з його рівнем до лікування. Водночас у пацієнтів основної групи після закінчення лікування відмічено достовірне зниження рівня МА в плазмі та тенденцію до зниження в еритроцитах порівняно з його рівнем до лікування як і зниження в сироватці крові вмісту МСМ. У хворих основної групи в кінці лікування також виявлено достовірне зниження в сироватці крові фракції ОМБ E₄₃₀, в той час як вміст ОМБ E₃₇₀ порівняно з рівнем до лікування мав тільки тенденцію до зниження.

Висновки: Застосування у комплексному лікуванні хворих на екзему антиоксидантного препарату порівняно з лише базовою терапією дерматозу сприяє нормалізації більшості досліджуваних показників прооксидантної системи крові без позитивної динаміки показників однієї з фракцій продуктів окисної модифікації білків, що обґрунтовує доцільність застосування таким пацієнтам додаткового курсу антиоксидантної терапії.

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

Study of long-term results of complex treatment of patients with rosacea

M.V. Storozhuk

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Improving the treatment of patients with rosacea is one of the important medical and social challenges nowadays. Dermatitis most often develops in women of active working age (30–50 years), rash is localized on the skin of the central part of the face, dermatitis tends to prolong chronic course and develop resistance to standard therapy in patients, which causes a general negative effect on patients' mental and emotional state, reduces their performance and social activity.

The **objective of the work** was to increase the efficiency of treatment of patients with rosacea, taking into account changes in the parameters of inflammation mediators, the state of prooxidant antioxidant homeostasis and the clinical course of dermatitis by developing a complex differentiated therapy with the use of anti-inflammatory and antioxidant drugs.

Materials and methods. 112 patients with rosacea were observed (73 women, 39 men) aged from 26 to 67 years. 36 (32.1%) patients were diagnosed with erythemato-telangiectatic while papulo-pustular rosacea was found in 76 (67.9%) patients. Indicators of inflammatory mediators (individual cytokines) and the state of pro-oxidant-antioxidant homeostasis were determined in patients with rosacea.

Results. A significant increase in the activity of the processes of free radical oxidation of lipid and protein structures with the formation of oxidative stress and growth in the serum of proinflammatory cytokines (interleukins – 8, 17A and 18) was investigated in patients with rosacea and their relationship with the clinical form of dermatitis was determined. An improved method of complex treatment of rosacea patients with combined and differentiated use of two antihistamines with fast anti-inflammatory action (containing bilastine) and prolonged action (ketotifen fumarate) and antioxidant drug – ethylmethylhydroxypyridine succinate. It has been established that the developed comprehensive treatment of patients with rosacea against the background of the standard therapy leads to a positive evolution of investigated values of inflammatory mediators and prooxidant-antioxidant homeostasis and improved significantly the clinical results of their treatment – reliable decrease in the values of the rosacea diagnostic evaluation scale by 2.4 times after two months (in the patients, which received standard treatment – by 1.5 times, $p < 0.001$), as well as an improvement in the long-term effects of dermatitis treatment – a six-month increase in the proportion of patients in the main group with clinical recovery and a significant improvement over only improvement (85.4% and 14.6%; in the comparison group – 63.1% and 36.9%) and decrease the frequency of relapses of dermatitis during a year (7.3% of patients in the main group and 27.8% in the comparison group).

Conclusions. The complex treatment of patients with rosacea with the combined use of anti-inflammatory and antioxidant drugs is likely to increase both the immediate and long-term clinical results of the treatment of such patients.

These data are the results of the implementation of research work (No state registration: 0120U101550).

Сучасний стан проблеми щодо немеланомних раків шкіри у реципієнтів трансплантованих нирок

Ю.В. Щербакова, Л.В. Вербицька

Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Даними сучасних спостережень підтверджено значно вищі ризики виникнення немеланомних раків шкіри (НМРШ) у пацієнтів зі світлим волоссям, світлою шкірою, а також пацієнтів, що перебувають під тривалою інсоляцією, пов'язаною з роботою або відпочинком. Проте залишаються не освітлені питання щодо виникнення НМРШ у пацієнтів інших груп ризику, зокрема серед осіб, що отримують імуносупресорну терапію. Рівень захворюваності та смертності від раку шкіри є надзвичайно високим серед реципієнтів трансплантованих нирок порівняно із даними загальної популяції. Ця епідеміологічна різниця в основному зумовлена серйозною імуносупресією, яка посилює спричинене ультрафіолетом пошкодження ДНК і призводить до реактивації потенційних

онкогенних вірусів. Найпоширенішим раком шкіри у реципієнтів трансплантованих нирок (РТН) є плоскоклітинний рак (ПКР), за яким слідує базальноклітинний рак (БКР), тоді як у загальній популяції це співвідношення зворотне. Своєчасна діагностика немеланомних раків шкіри у реципієнтів трансплантованих нирок є актуальним завданням сучасної дерматовенерології.

Метою роботи було висвітлення питань виникнення та перебігу раку шкіри у реципієнтів трансплантованих нирок, визначення оптимального алгоритму ведення пацієнтів.

Матеріали та методи. Під спостереженням на клінічній базі кафедри в клініці персоналізованої медицини «Euroderm», м. Київ, та КНП «Київський міський центр нефрології та діалізу» перебувало 42 пацієнта з групи ризику щодо виникнення раків шкіри – особи трансплантованою ниркою. З них – 22 чоловічої статі, 20 – жіночої. Середній вік пацієнтів склав 46,5 років.

Проаналізовано дані, отримані в результаті проведеного анкетування пацієнтів, огляду шкіри, цифрової дерматоскопії та автоматизованого картування поверхні шкіри з використанням обладнання FotoFinder ATBM.

Результати роботи. При комплексному обстеженні реципієнтів трансплантованих нирок виявлено наступні особливості стану шкіри. Наявність ксерозу шкіри та численні меланоцитарні невуси спостерігалися у 100% осіб.

У пацієнтів з трансплантованою ниркою виявлені дерматологічні патології: вірусні бородавки – 16,6%, мікоз шкіри – 7,1%, себорейний дерматит – 4,7%, акне – 4,7%, оніхомікоз – 4,7%, розацеа – 2,3%, фолікулярний кератоз – 2,3%, контагіозний моллюск – 2,3%, дифузне випадіння волосся – 2,3%, вітиліго – 2,3%.

В ході обстеження пацієнтів виявлено новоутворення шкіри: ангіоми – 23%, себорейні кератоми – 11,9%, папіломи – 11,9%, ПКР + актинічний кератоз – 7,1%, дерматофіброми – 7%, БКР – 4,7%, фіброепітеліальні поліпи – 4,7%.

Отримані дані свідчать про наявність високого ризику ураження шкіри у пацієнтів з патологією ниркової системи

Згідно клінічних спостережень, у пацієнтів старшого віку (60 до 73 років) виявлено онкопатологічні зміни шкіри, зокрема БКР та ПКР, що підтверджує вплив таких факторів ризику, як вік, тривалість інсоляції, роки діалізу та вплив супутньої патології на виникнення раку шкіри.

У пацієнтів молодшого віку (від 20 до 56 років), після трансплантації нирки на тлі імуносупресорної терапії в 42,6% випадків виявлені зміни шкіри, пов'язані з впливом засобів на стан імунної системи та активацією вірусних захворювань шкіри. Отже, майже у кожного 2 пацієнта виявляються папіломи, бородавки, контагіозний моллюск та прояви грибкової інфекції.

У 100% пацієнтів виявлено погіршення якості шкіри у вигляді ксерозу шкіри, також наявність численних новоутворень. Отже доцільне використання емольтентів, з метою нормалізації бар'єру шкіри та попередження виникнення вірусних та бактеріальних захворювань, обов'язкового застосування фотозахисних засобів.

Висновки Заходи спрямовані на профілактику раку шкіри, включаючи регулярні огляди всього шкіряного покриву тіла є необхідними для своєчасного виявлення змін та уражень шкіри на ранньому етапі. Частота оглядів залежить від індивідуальних факторів ризику пацієнта, які мають враховуватися. Пацієнтам доцільно рекомендувати обов'язкове щоденне застосування сонцезахисних засобів та закритого одягу, проведення щомісячного самообстеження. Необхідна більш ретельна тактика спостереження пацієнтів після трансплантації нирки з своєчасним виявленням змін стану шкіри, онкопатології. Для цього може застосовуватися динамічне спостереження з використанням цифрової дерматоскопії, картування поверхні шкіри. Доцільний міждисциплінарний підхід за участю нефролога, дерматовенеролога, трансплантолога у веденні пацієнтів – реципієнтів трансплантованих нирок.

Дослідження проведене в рамках виконання НДР (номер держреєстрації 0120U104259)