

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю

«Дерматовенерологія в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи», 20–21 листопада 2025 року, м. Харків

ДЕРМАТОЛОГІЯ

Епілюмінесцентна мікроскопія як метод неінвазивної діагностики хронічної екземи

Болотна Л.А., Лисенко К.І., Саріан О.І., Пустова Н.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Діагноз хронічної екземи зазвичай встановлюється на підставі клінічних проявів. При атиповому (незвичайні скарги, симптоми чи локалізація) чи ускладненому перебігу можуть знадобитися інструментальні діагностичні методи, що допоможуть диференціювати екзему від інших захворювань шкіри, дозволять зменшити потребу в інвазивній біопсії, а також контролювати ефективність лікування.

Мета: оцінка дерматоскопічних зображень вогнищ істинної та мікробної хронічної екземи.

Матеріали та методи. Обстежено 58 осіб віком 27–60 років, з них 22 пацієнти з істинною екземою, 36 – мікробною екземою, які хворіють від 8 міс. до 3 років. Усім хворим виконано огляд та фотозйомку зміненої шкіри вогнищ з використанням цифрового дерматоскопа «Picolight D KaWe» (Німеччина). Диференційними ознаками обрано наступні характеристики: межі, колір вогнища, характеристика судинних (розташування, морфологія тощо) і несудинних ознак (лусочки, фон, пігментні зміни, ерозії, фолікулярні зміни та ін.).

Результати. При локалізації вогнищ істинної екземи на шкірі тулуба, верхніх кінцівках визначено нечіткі межі, рівномірну забарвленість поверхні (від блідо-рожевого або яскраво-рожевого кольору), нерегулярні точкові судини, поєднання червоних точок і нерозгалужених ліній, геморагії, серозні кірочки. При різновиді істинної екземи кистей (дисгідротична форма) визначено коричнево-помаранчеві глобули, жовті лусочки, точкові судини на рожевому або темно-жовтуватому фоні. Істинна (гіперкератотична) екзема кистей характеризувалася наявністю білих, частіше жовтуватих чи жовтувато-помаранчевих лусочок, кірочок переважно з дифузним розподілом на червоному або жовтуватому фоні, жовто-коричневих точок і глобул. Виявлено вогнищеве, нерівномірне скупчення переважно точкових судин при відсутній фоновій еритемі, посилене перифокальне лущення, що непомітно зливається з нормальною шкірою.

Межі вогнищ мікробної екземи на шкірі тулуба чи кінцівках визначалися чіткими, нерівномірно забарвленими з переходом кольору від червоного в яскраво-рожевий, з жовто-коричневими точками і глобулами, судинна мережа представлена звивистими червоними лініями. У вогнищах з ексудативним компонентом переважно визначалися жовті лусочки.

Дерматоскопія є цінним інструментом для вирішення діагностичних проблем, її слід використовувати частіше, щоб отримати більше досвіду та інформації щодо запальних дерматозів, ідентифікації характерних дерматоскопічних зображень.

Інформація про дослідження. Дослідження виконано у рамках виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації 0118U000302).

Динаміка показників токсично-метаболических порушень у хворих на екзему під впливом комплексної терапії

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

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Вступ. Питання патогенезу та лікування екземи, одного з найпоширеніших алергодерматозів, є досить актуальним. Це обумовлено значною розповсюдженістю захворювання, так питома вага в структурі патології шкіри складає 20–40%. Також пов'язано зі складністю і мультифакторіальністю патогенетичних механізмів. В розвитку екземи велике значення надається імунним, нейрогенним, обмінним, ендокринним порушенням, генетичній схильності. Пильна увага до цієї проблеми зумовлена зростанням кількості клінічних форм з тяжким рецидивуючим перебігом і подовженням термінів непрацездатності.

Мета дослідження. Оцінити динаміку показників рівня гомоцистеїну, ліпідного обміну, прооксидантно-антиоксидантної системи у хворих на екзему та підвищити ефективність лікування шляхом розробки комплексного, патогенетично обґрунтованого методу лікування, з метою коригування виявлених токсично-метаболических порушень.

Методи дослідження. Під наглядом знаходилося 23 пацієнта хворих на екзему (13 чоловіків і 10 жінок) у віці від 21 до 75 років. Мікробна екзема діагностована у 12 пацієнтів, справжня – у 11 пацієнтів. Гострий перебіг був у 61% пацієнтів, хронічний – у 39% відповідно. При обстеженні хворих пацієнтів використовувались загальноклінічні, біохімічні, імуноферментні та статистичні методи дослідження до та після проведеної терапії.

Основні результати. В результаті проведених досліджень виявлено у хворих на екзему підвищенні рівні показників прооксидантної системи, зменшення активності антиоксидантних показників, підвищення рівня показника гомоцистеїну, а також наявність ліпідного дисбалансу. Встановлено зв'язок виявлених порушень з клінічними проявами дерматозу, що підтверджує їх патогенетичну значущість. Враховуючи виявлені токсично-метаболическі порушення була запропонована комплексна терапія з використанням полівітамінного препарату – декамевіту (А, Е, В1, В2, В6, С, В9, РР, Р), вітамінного препарату групи Р-кверцетину, тіоктової кислоти.

Висновки. Виявлені у хворих з різними клінічними формами екземи токсично- метаболическі порушення були кориговані запропонованим комплексним патогенетично обґрунтованим методом терапії, що скорочує строки лікування, подовжує ремісію дерматозу, знижує кількість рецидивів захворювання. Метод простий, ефективний та доступний при використанні на всіх ланках практичної дерматології.

Інформація про дослідження. Дослідження виконано у рамках НДР, номер держреєстрації 011911000712.

Комплексне лікування хворих на червоний плескатий лишай із застосуванням антиоксидантного та поліензимного препаратів

Бродовська Н.Б., Денисенко О.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Червоний плескатий лишай – хронічний дерматоз з групи ліхенів, який в останні роки має тенденцію до торпідного хронічного перебігу, резистентного до стандартних методів лікування, що є причиною зниження працездатності та якості життя пацієнтів на тривалий час. Етіопатогенез червоного плескатого лишая залишається недостатньо вивченим, дерматоз нині розглядають як мультифакторне захворювання шкіри, яке виникає внаслідок комплексного впливу екзогенних та ендогенних чинників, тому актуальною задачею сучасної дерматології є дослідження можливих патогенетичних ланок червоного плескатого лишая з метою оптимізації його лікування.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування хворих на червоний плескатий лишай з урахуванням показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів і клінічних проявів дерматозу шляхом застосування комбінованого антиоксидантного та поліензимного препаратів.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебувало 56 хворих на червоний плескатий лишай, серед яких було 35 жінок та 21 чоловік віком від 19 до 74 років. У більшості (94,6%) обстежених пацієнтів патологічний процес на шкірі мав тривалий (більше 3–5 місяців) та поширений характер з наявністю в ділянці папул виразних проявів інфільтрації, а на нижніх кінцівках – гіпертрофічних папульозних елементів; у половини пацієнтів (53,6%) реєстрували ураження слизових оболонок ротової порожнини. У хворих на червоний плескатий лишай визначали показники прооксидантної та антиоксидантної систем крові за відомими методиками.

Результати. В обстежених пацієнтів із червоним плескатим лишаєм встановлено зміни з боку про- й антиоксидантної систем крові, що свідчить про активацію у хворих на червоний плескатий лишай процесів перекисного окиснення ліпідів і білків з формування стану оксидативного стресу на тлі недостатності досліджуваних факторів антиоксидантного захисту. У процесі лікування хворі були розподілені на 2 групи: І (порівняльна) група – 28 пацієнтів, які отримали стандартну медикаментозну терапію; ІІ (основна) група – 28 пацієнтів, яким додатково призначали комплексний антиоксидантний препарат, до складу якого входять бета-каротин (провітамін А), аскорбінова кислота (вітамін С), токоферол (вітамін Е), мідь, селен та цинк, які сприяють пригніченню процесів перекисації та активації факторів антиоксидантного захисту. Водночас з метою прискорення регресу клінічних проявів дерматозу пацієнтам ІІ (основної) групи призначали системний поліензимний препарат за стандартною схемою впродовж місяця. Аналіз проведеного лікування засвідчив, що застосування в комплексному лікуванні хворих на червоний плескатий лишай комбінованого антиоксидантного засобу та поліензимного препарату зумовлює більш швидкий регрес елементів висипки та скорочення тривалості лікування хворих ІІ (основної) групи на 7–12 дні порівняно з пацієнтами І групи, які отримали лише базове лікування дерматозу. Також у пацієнтів основної групи встановлено більш істотну позитивну динаміку досліджуваних показників прооксидантної та антиоксидантної систем крові, що свідчило про зменшення інтенсивності процесів перекисації та вираженості окисного стресу на тлі підвищення активності показників антиоксидантного захисту організму.

Висновок. Застосування у комплексному лікуванні хворих на червоний плескатий лишай комбінованого антиоксидантного засобу та поліензимного препаратів прискорює регрес клінічних проявів захворювання та сприяє нормалізації прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу у таких пацієнтів.

Інформація про дослідження. Дослідження виконано у рамках науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U101550).

Питання взаємодії лікарів загальної практики (сімейних лікарів) і лікарів дерматовенерологів у лікуванні хворих з дерматовенерологічною патологією

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

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

Вступ. Дерматовенерологія є однією з найбільш складних та широких спеціальностей у медичній практиці. Вона охоплює не тільки діагностику та лікування захворювань шкіри, але й інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), що вимагають високої кваліфікації та точного діагностичного підходу. У сучасних умовах, коли відбувається тісна інтеграція медичних спеціальностей, важливо розглядати питання співпраці між лікарями загальної практики (сімейними лікарями) та дерматовенерологами.

Мета. Комплексно проаналізувати сучасний стан взаємодії між лікарями загальної практики (сімейними лікарями) та лікарями-дерматовенерологами у наданні медичної допомоги пацієнтам з дерматовенерологічною патологією, з урахуванням нормативно-правових аспектів, рівня фахової підготовки, клінічної складності захворювань та епідеміологічної значущості. Дослідити ключові проблеми, що виникають у процесі співпраці між цими категоріями медичних працівників, а також обґрунтувати необхідність вдосконалення міждисциплінарної комунікації, розподілу клінічних компетенцій та системи післядипломної освіти з метою підвищення ефективності діагностики, лікування та профілактики дерматовенерологічних захворювань на рівні первинної медичної допомоги.

Матеріали та методи. Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 646 від 05.10.2011 р., сімейні лікарі мають право надавати допомогу пацієнтам з низкою дерматовенерологічних захворювань. Однак у реальній практиці частіше виникають ситуації, коли сімейний лікар не має достатньо часу чи досвіду для точного визначення діагнозу або призначення ефективного лікування. Саме тому важлива роль дерматовенеролога у процесі діагностики та лікування, адже нерідко терапія, розпочата без консультації з дерматологом, призводить до затримки з правильним лікуванням та погіршенням стану пацієнта.

Результати та їх обговорення. Взаємодія лікарів загальної практики та дерматовенерологів: основні проблеми та шляхи вирішення.

1. Необхідність чіткого розподілу ролей у лікуванні дерматологічних захворювань. Лікарі загальної практики, як правило, виконують роль первинних медичних працівників, які відповідають за загальний стан пацієнта та направлення його до відповідних спеціалістів у разі потреби. Водночас, дерматовенерологи мають спеціалізовані знання та навички для точного визначення специфічних дерматозів, які можуть бути важкими для самостійної діагностики сімейним лікарем.

Однією з основних проблем є недостатня консультація та співпраця між лікарями загальної практики та дерматовенерологами. Часто сімейний лікар може почати лікування на основі первинних симптомів, не маючи в повній мірі чіткого розуміння природи захворювання. Наприклад, деякі види дерматозів можуть бути схожі на інші, і без консультації дерматовенеролога верифікувати точний діагноз може бути складно.

2. Спільна робота в складних випадках. Особливо важливою є співпраця у лікуванні важких та хронічних дерматозів, таких як псоріаз або пухирчатка. Ці захворювання потребують не тільки медикаментозної терапії, але й комплексного підходу, включаючи психологічну підтримку пацієнтів, консультації щодо способу життя та харчування, що є важливими аспектами для контролю хвороби. У таких випадках співпраця між сімейним лікарем і дерматовенерологом дозволяє значно покращити якість життя пацієнтів.

3. Соціально-економічні та етичні наслідки неправильного лікування. Дерматовенерологічні захворювання, особливо ППСШ, мають не тільки медичні, а й соціальні наслідки. Погано поставлений діагноз чи неввічливо призначене лікування можуть призвести до затягування процесу лікування, що в свою чергу може спричинити поширення інфекції серед інших людей, соціальну стигматизацію пацієнта, а також фінансові витрати на лікування ускладнень. Наприклад, неправильне лікування герпетичної інфекції чи педікульозу може затягнути процес одужання і спричинити додаткові епідеміологічні проблеми в суспільстві. Тому так важливо, щоб на кожному етапі лікування відбувалася тісна взаємодія між лікарем загальної практики та спеціалістом, здатним точніше діагностувати захворювання.

4. Підготовка та освіта лікарів загальної практики. З метою підвищення якості лікування важливо впроваджувати регулярне підвищення кваліфікації для лікарів загальної практики, спрямоване на покращення їхніх знань з дерматовенерології. Це дозволить сімейним лікарям краще орієнтуватися у симптомах, які вимагають консультації дерматовенеролога, та скоригувати лікувальну тактику на ранніх етапах лікування. Однак навіть при наявності знань, важливо, щоб лікарі розуміли межі своєї компетенції та не боялися звертатися до спеціалістів.

Висновки:

1. Необхідність удосконалення наказу № 646 Міністерства охорони здоров'я України в частині розширення консультативної допомоги лікарями дерматовенерологами лікарям загальної практики, зокрема в ситуаціях, що вимагають більш глибокої спеціалізації.

2. Рекомендується проводити лікування дерматологічних захворювань у лікарів загальної практики тільки після консультації з дерматовенерологом, особливо у випадках, що стосуються ППСШ та складних шкірних патологій.

3. Важливо, щоб тяжкі та хронічні дерматози, а також ППСШ залишалися в компетенції дерматовенерологів, лікування яких повинно відбуватися у спеціалізованих медичних установах.

4. Необхідно розвивати міждисциплінарну співпрацю між лікарями загальної практики та дерматовенерологами для більш ефективного лікування дерматологічних захворювань і профілактики їхніх ускладнень.

Таким чином, тема співпраці лікарів загальної практики та дерматовенерологів є надзвичайно актуальною в контексті сучасної медичної допомоги. Ретельне визначення компетенцій, чітка роль кожної сторони в лікувальному процесі та налагоджена комунікація між лікарями дозволять значно підвищити якість лікування та зменшити ризик соціальних та медичних ускладнень.

Ураження рогівки та поверхні ока при захворюваннях шкіри: клінічний випадок

Грозова М.О., Дрожжина Г.І.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України», м. Одеса, Україна

Вступ. Проблема уражень рогівки та поверхні ока при дерматологічних захворюваннях є актуальною у сучасній офтальмології та дерматології. Низка шкірних патологій має офтальмологічні прояви, які можуть передувати або супроводжувати основний процес. Часто ураження органа зору є першими клінічними симптомами, що підкреслює важливість мультидисциплінарного підходу. Визначення взаємозв'язку між патологією поверхні ока та дерматологічними захворюваннями дозволяє забезпечити своєчасну діагностику і запобігти розвитку тяжких ускладнень, таких як кератити, васкуляризація рогівки, рубцювання та зниження зору.

Мета. Демонстрація клінічного випадку ураження рогівки при піодермічному захворюванні – сикозі волосистої частини голови, що ілюструє патогенетичний зв'язок між шкірною інфекцією та вторинним ураженням ока.

Матеріали і методи. Пацієнт Н., 36 років, звернувся зі скаргами на почервоніння, світлобоязнь, сльозотечу та зниження зору обох очей. Захворювання розпочалося близько трьох місяців тому. З анамнезу відомо, що пацієнт не користувався окулярами чи контактними лінзами, хронічні захворювання заперечує.

При офтальмологічному огляді: виявлено двобічну змішану ін'єкцію кон'юнктиви, слизово-гнійні виділення з кон'юнктивальної порожнини, епітеліопатію рогівки, множинні інфільтрати, помутніння та набряк строми та неоваскуляризацію лімбу. Передня камера середньої глибини, волога прозора. Зіниця кругла, рухома. Vis OD – 0,02 н/к, Vis OS – 0,14 н/к.

При огляді шкірних покривів – пустули навколо волоссяних фолікулів у ділянці бороди, голови та обличчя, гіперемія та ущільнення шкіри. Скерований на консультацію до дерматолога, яким встановлено діагноз – сикоз волосистої частини голови. Додаткові обстеження (консультації уролога, офтальмофтизіатра, ревматолога, мікробіологічні посіви з кон'юнктивальної порожнини) виключили іншу етіологію.

Результати. Встановлено діагноз: праве око – субтотальне васкуляризоване помутніння рогівки, ліве око – фліктенульозний кератит, супутній діагноз – сикоз шкіри голови та обличчя. Лікування включало місцеву терапію (антисептики, глюкокортикостероїди, зволожуючі засоби, мідріатики), субкон'юнктивальні та системні ін'єкції (дексаметазон, гепарин, емоксипін, тіатріазолін, вітаміни групи В, кальцію глюконат, аскорбінову кислоту, НПЗЗ), а також дерматологічне лікування – Роаккутан 10 мг/добу протягом 1 місяця.

Через місяць спостерігалася позитивна динаміка: епітелізація поверхні рогівки, повне розсмоктування інфільтратів, редукція судин, зменшення набряку. Гострота зору покращилася: Vis OD = 0,03 н/к, Vis OS = 0,3.

Висновки. Представлений випадок демонструє тісний патогенетичний зв'язок між дерматологічними інфекціями та ураженнями рогівки. Своєчасна діагностика і залучення дерматолога дозволяють запобігти тяжким ускладненням і зберегти зорові функції. Комплексне лікування з урахуванням офтальмологічних і дерматологічних аспектів забезпечує стабільну ремісію та покращення якості життя пацієнта.

Актуальність викладання сучасних аспектів епідеміології та клініки дерматомікозів здобувачам освіти спеціальності «медсестринство»

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

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

²Чернівецький медичний фаховий коледж, м. Чернівці, Україна

У процесі викладання дерматовенерології здобувачам освіти спеціальності «Медсестринство» важливе значення має висвітлення сучасних аспектів епідеміології та клініки дерматомікозів. Дерматомікози – поширена група інфекційних захворювань шкіри грибкової етіології, які через свою контагіозність можуть призвести до епідемічних спалахів, особливо у дитячих колективах, глибокі форми трихомікозів можуть спричинити розвиток стійких косметичних змін – рубцевої алопеції, а мікози ступень – стати причиною порушення працездатності пацієнтів. Все це обґрунтовує актуальність своєчасної діагностики та лікування пацієнтів із дерматомікозами, що передбачає набуття ґрунтовних знань із мікології медичними фахівцями різного рівня та спеціальностей.

З метою створення належної мотивації для ґрунтового опанування здобувачами освіти спеціальності «Медсестринство» фахових знань з аспектів дерматомікозів викладачі насамперед акцентують увагу здобувачів освіти на зростання актуальності інфекційних захворювань шкіри грибкової етіології у період надзвичайних ситуацій, зокрема у період воєнних дій, який супроводжується міграцією населення, частим та тривалим вимушеним скупчення людей у сховищах під час повітряних тривог, нерідко – за відсутності належних санітарно-гігієнічних умов догляду за шкірою тощо, що підвищує ризик поширення грибкових захворювань шкіри. Водночас здобувачам освіти наголошують, що зараженню дерматомікозами також сприяють травми шкіри, порушення бар'єрних функцій шкіри та зниження імунологічної резистентності організму через стресові ситуації, тривале переохолодження, незбалансоване харчування, загострення осередків хронічної інфекції чи/та супутніх соматичних захворювань тощо. Все це сприяє поширенню інфекційних захворювань шкіри, у тому числі – дерматомікозів, а також впливає на їх клінічний перебіг.

Під час викладання розділів мікології здобувачам освіти спеціальності «Медсестринство» викладачі значну увагу звертають на сучасні особливості перебігу дерматомікозів. Як свідчать клінічні спостереження останніх років, дерматомікози у період воєнного часу часто мають обтяжений клінічний перебіг, а саме – поширений характер ураження шкіри, ускладнення вторинною бактеріальною флорою (мікст-інфекція) тощо, що нерідко ускладнює їх діагностику та може призвести до неправильної терапевтичної тактики. У таких випадках особливо важливим для верифікації діагнозу має застосування лабораторних методів обстеження пацієнтів, для чого проводиться забір патологічного матеріалу – лусочок, волосся, нігтів на мікроскопічне та мікологічне дослідження, після чого пацієнтам призначають відповідне етіотропне персоналізоване лікування з урахуванням особливостей клінічного перебігу дерматомікозу у кожного конкретного пацієнта.

Для забезпечення належного рівня опанування здобувачами освіти спеціальності «Медсестринство» фахових знань з розділів дерматомікозів під час читання лекцій та проведення практичних занять викладачі детально висвітлюють сучасні аспекти етіології, епідеміології, патогенезу, класифікації та клінічних проявів різних нозологічних форм грибкових захворювань шкіри із демонстрацією тематичних пацієнтів, а за їх відсутності – використанням фотоілюстративних матеріалів та інших навчальних засобів. Викладачами створено навчально-ілюстративний банк із фотоілюстраціями клінічних проявів різних форм дерматомікозів, у тому числі – за їх ускладненого чи атипового перебігу у пацієнтів у сучасних умовах військового часу, які демонструються як під час читання лекцій, так і під час проведення практичних занять зі здобувачами освіти спеціальності «Медсестринство» з використанням комп'ютерних форм навчання.

Важливим етапом при підготовці здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство» є також набуття знань з принципів діагностики та лікування дерматомікозів з опануванням практичними навичками з різних методів обстеження та лікування тематичних пацієнтів відповідно до програми навчальної дисципліни для забезпечення у майбутньому виконання ними на високому

професійному рівні всіх етапів медсестринського процесу у випадку ведення пацієнтів із дерматомікозами. Велика увага також приділяється заходам профілактики та інфекційного контролю у випадку дерматомікозів.

Висновок. В умовах надзвичайних ситуацій, яким є зокрема період військового часу, в силу несприятливих екзогенних та ендогенних чинників відзначається зростання рівня захворюваності на дерматомікози – грибові хвороби шкіри, які нерідко мають ускладнений чи атипичний перебіг, що обґрунтовує актуальність детального вивчення здобувачами медичної освіти, у тому числі – спеціальності «Медсестринство», сучасних аспектів епідеміології, етіопатогенезу, клініки, діагностики, лікування та профілактики дерматомікозів з метою своєчасної діагностики і лікування таких пацієнтів, що також включає кваліфіковане виконання всіх етапів медсестринського процесу у випадку дерматомікозів.

Інформація про дослідження. Дослідження виконано у рамках науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0125U001449).

Висвітлення історичних етапів та наукових здобутків кафедри дерматовенерології як важливий аспект освітньо-виховного процесу зі здобувачами освіти

Денисенко О.І., Перепічка М.П., Гаєвська М.Ю., Бродовська Н.Б., Степан Н.А., Сторожук М.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Важливим аспектом освітнього процесу зі здобувачами освіти як на додипломному, так і післядипломному етапі підготовки медичних фахівців на кафедрі дерматовенерології Буковинського державного медичного університету є освітньо-виховна робота, спрямована не лише на актуалізацію набуття чи розширення знань з дерматовенерології, але й виховання у здобувачів освіти почуття патріотизму та гордості за вагомі досягнення вітчизняних дерматовенерологів, у тому числі – науковців-дерматовенерологів Буковини, які є прикладом для наслідування та прагнення до постійного розширення та удосконалення своїх професійних знань та вмінь.

З метою проведення освітньо-виховної роботи серед здобувачів освіти, особливо у період відзначення 80-річчя з моменту створення у квітні 1945 року кафедри дерматовенерології Чернівецького державного медичного інституту (нині – Буковинський державний медичний університет) викладачі кафедри на вступних лекціях та на практичних заняттях знайомлять здобувачів освіти з історичними віхами та науковими досягненнями співробітників кафедри. Під керівництвом першого завідувача кафедри доцента Безюка М.Г. було організовано навчальний процес і створено матеріальну базу кафедри. Водночас увагу здобувачів освіти звертають на вагомий внесок співробітників кафедри дерматовенерології у проведенні в цей час сумісно з практичними лікарями-дерматовенерологами венекспедицій у віддалені та гірські райони Чернівецької області, що посприяло активному виявленню та лікуванню хворих на інфекційні шкірні і венеричні захворювання та істотне зниження в регіоні рівня захворюваності на грибові і паразитарні захворювання та сифіліс у післявоєнні роки.

Здобувачам освіти наголошується та тому, що засновником наукової дерматовенерологічної школи на Буковині по праву вважають професора Гржебіна З.Н. – талановитого педагога і науковця, кваліфікованого клініциста, який очолював кафедру дерматовенерології з 1947 р. по 1956 р. Професор Гржебін З.Н. значну увагу приділяв освітньому процесу, лікувально-консультативній роботі, а також під його керівництвом було започатковано і надалі продовжено наукові дослідження його учнями, тематика яких була присвячена найбільш актуальним задачам дерматовенерології – вивченню аспектів етіопатогенезу та удосконаленню діагностики і лікування дерматомікозів, туберкульозу шкіри та сифілітичної інфекції. За результатами наукових досліджень під керівництвом професора Гржебіна З.Н. виконали та захистили кандидатські дисертації М.Н. Бухарович, Ю.С. Касько, О.В. Пацаренюк та Г.А. Троян.

Також здобувачів освіти знайомлять з науковими доробками професора Бухаровича М.Н., який працював на кафедрі в 1947–1965 рр., захистив кандидатську та докторську дисертації, присвячені аспектам нейросифілісу та серорезистентного сифілісу, чим вінс вагомий внесок у розвиток сифілідології.

Здобувачам освіти також відзначають, що значний вклад у підготовку медичних кадрів та розвиток дерматовенерології на Буковині вніс професор Касько Ю.С., який завідував кафедрою впродовж 28 років (1957–1984 рр.), виконав та захистив кандидатську і докторську дисертації, присвячені аспектам туберкульозу шкіри та лімфатичних вузлів. Під керівництвом професора Каська Ю.С. співробітники кафедри значну увагу приділяли педагогічній і лікувально-консультативній роботі, а також проводили наукові дослідження, присвячені проблематиці алергічних захворювань шкіри, червоного вовчаку, туберкульозу шкіри та апробації нових лікарських засобів у дерматологічній практиці, за результатами яких було захищено 4 кандидатські дисертації (Трефаненко С.П., Трутяк Л.М., Полянський І.І., Книговський О.М.).

У наступні роки кафедрою дерматовенерології завідували доцент Полянський І.І. (1984–1985 рр.), професор Бухарович А.М. (1986–1995 рр.), к.мед.н. Трутяк Л.М. (1995–1996 рр.), професор Дудченко М.О. (1996–2001 рр.), з 2001 року кафедру очолює професор Денисенко О.І. Викладачі кафедри дерматовенерології постійно працюють над удосконаленням педагогічного процесу, активно впроваджують в освітній процес комп'ютерні форми навчання, створюють та проводять тематичні цикли удосконалення лікарів, а також надають населенню спеціалізовану лікувально-консультативну допомогу та виконують наукові дослідження, присвячені актуальним завданням сучасної дерматовенерології – вивченню етіопатогенетичних чинників, удосконаленню діагностики та лікування хронічних дерматозів (алергодерматози, псоріаз, червоний плесканий лишай, акне, розацеа та ін.), за результатами яких захищено одну докторську та 10 кандидатських дисертацій. Результати наукових досліджень співробітники кафедри представляють на науково-практичних форумах, впроваджують у медичну практику та освітній процес, тим самим продовжують педагогічні, клінічні та наукові традиції визначних педагогів та науковців – засновників та фундаторів кафедри дерматовенерології Чернівецького державного медичного інституту (нині – Буковинський державний медичний університет).

Висновок. Отже, висвітлення історичних етапів та наукових здобутків кафедри дерматовенерології є важливим аспектом освітньо-виховної роботи зі здобувачами освіти, спрямованої на удосконалення навчального процесу, виховання почуття патріотизму й

гордості за клінічні та наукові досягнення вчених-дерматовенерологів Буковини, а також формування у майбутніх медичних фахівців необхідності у постійному вдосконаленні своїх професійних знань і вмінь, впровадженні у медичну практику нових сучасних методів діагностики та лікування, розроблених на засадах доказової медицини.

Застосування топічного засобу з тіоконазолом пацієнтам з торпідним перебігом еритразми

¹Денисенко О.І., ²Денисенко О.В., ¹Бродовська Н.Б., ¹Білоус О.Д.

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

²Чернівецький медичний фаховий коледж, м. Чернівці, Україна

Еритразма – хронічне захворювання шкіри з групи псевдомікозів, збудником якого є бактерія *Corynebacterium minutissimum*, що уражає переважно великі складки шкіри і проявляється незапальними гіперпигментними плямами та дрібним висівкоподібним лущенням на поверхні. Захворювання частіше виникає в осіб з підвищеною пітливістю, гіперстенічною статуєю, наявністю імунних, ендокринних й обмінних порушень. В останні роки відзначається збільшення кількості осіб з еритразмою, резистентною до стандартних засобів лікування, що обґрунтовує актуальність пошук більш ефективних засобів терапії таких пацієнтів.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування пацієнтів з торпідним перебігом еритразми шляхом застосування сучасного топічного засобу із вмістом тіоконазолу.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 17 пацієнтів (9 чоловіків, 8 жінок) віком від 43 до 78 років з еритразмою пахових впадін та/чи пахово-стегнових складок. Діагноз еритразми виставляли на підставі клінічних проявів та результатів люмінесцентної діагностики вогнищ ураження шкіри (коралово-червоне світіння у променях лампи Вуда). Всі пацієнти в минулому отримували стандартне лікування дерматозу із застосуванням кератолітичних засобів та препаратів еритроміцину, проте у цих пацієнтів не було відзначено клінічного ефекту або виникали рецидиви.

Результати. З урахуванням даних анамнезу пацієнтів з еритразмою – торпідний чи рецидивуючий перебіг у них захворювання шкіри, з метою підвищення результатів їх лікування пацієнтам призначали крем із вмістом тіоконазолу (1 г крему містить 10 мг тіоконазолу), який виявляє фунгіцидну дію на дерматофіти, дріжджоподібні і плісняві гриби, а також на збудник еритразми *Corynebacterium minutissimum*. Крем наносили на вогнища ураження шкіри та прилеглу зону 2 рази на добу впродовж 2 тижнів та 1 раз на добу ще 2 тижні (загальна тривалість курсу лікування – 4 тижні). Згідно результатів клінічних спостережень, через тиждень після початку лікування у всіх пацієнтів відзначено поступове вирішення клінічних проявів еритразми, які повністю регресували на 3–4-му тижні лікування. Світіння шкіри на цих ділянках шкіри у променях лампи Вуда після завершення лікування не виявляли. Слід відзначити, що лише в одного пацієнта на початку курсу лікування були скарги на пощипування та незначне печіння у складках шкіри, всі інші пацієнти перенесли нанесення крему з тіоконазолом добре, без побічних дій чи ускладнень. При спостереженні пацієнтів упродовж року після завершення лікування регресу еритразми у них не було виявлено.

Висновок. Застосування при еритразмі з торпідним перебігом топічного засобу із вмістом тіоконазолу в цілому добре переноситься пацієнтами, сприяє їх клінічному вилікуванню та попереджає виникнення рецидивів захворювання при спостереженні пацієнтів упродовж року.

Інформація про дослідження. Дослідження виконано у рамках науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0125U001449).

Педагогічні аспекти викладання дерматовенерології здобувачам освіти спеціальності «стоматологія»

Денисенко О.І., Перепічка М.П., Гаєвська М.Ю., Бродовська Н.Б., Степан Н.А., Сторожук М.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Викладання навчальної дисципліни «Дерматологія, венерологія» здобувачам освіти спеціальності «Стоматологія» є важливим аспектом освітнього процесу на кафедрі дерматовенерології, оскільки зміни структури чи висипка на слизових оболонках ротової порожнини нерідко є єдиними або ж найбільш ранніми проявами багатьох дерматозів та венеричних хвороб (пухирчатки, червоний плескатий лишай, кандидомікоз, лейкоплакії, медикаментозні токсикодермії, сифілітична інфекція, прояви ВІЛ-інфекції/СНІДу тощо), а зміни зубів – ознаками вродженого сифілісу, що обґрунтовує важливість детального вивчення здобувачами освіти спеціальності «Стоматологія» клінічних проявів цих захворювань з метою їх своєчасного виявлення та лікування. Водночас з урахуванням сучасних тенденцій реформування медичної галузі, закриття на базі клініки стаціонарних дерматовенерологічних відділень та зменшення загалом кількості звернень профільних пацієнтів за медичною допомогою у період надзвичайних ситуацій чи воєнних дій виникають певні труднощі при викладанні здобувачам освіти окремих нозологій через відсутність тематичних пацієнтів у клініці на момент проведення практичних занять із дерматовенерології.

З метою оптимізації викладання навчальної дисципліни «Дерматологія, венерологія» здобувачам освіти спеціальності «Стоматологія» викладачі кафедри дерматовенерології на лекціях і практичних заняттях використовують всі наявні на кафедрі навчально-методичні, навчально-ілюстративні та технічні засоби навчання (ноутбуки, комп'ютери, мультимедійні проектори, таблиці, муляжі, фотоілюстровані атласи тощо), а для контролю знань – тестові завдання різного ступеня складності, клінічні ситуаційні задачі тощо. Викладачі кафедри постійно проводять роботу з оновлення змісту лекційного матеріалу та методичних розробок і вказівок до практичних занять із наведенням сучасних даних з етіопатогенезу, епідеміології, клінічного перебігу, принципів діагностики та лікування дерматовенерологічних нозологій відповідно до змісту та цілей галузевої та робочих програм із навчальної дисципліни.

Для забезпечення ефективного опанування здобувачами освіти спеціальності «Стоматологія» навчальним матеріалом із дерматовенерології важливе значення має широке використання фотоілюстративного матеріалу з тематичних нозологій як під час читання лекцій, так і під час проведення практичних занять та контролю опанування здобувачами освіти набутих знань. Упродовж навчального року постійно здійснюється робота із розширення банку фотоілюстративного матеріалу та відеоматеріалів відповідно до тематики лекцій та практичних занять, для чого використовуються інтернет-ресурси, а також власний банк фотоілюстрацій тематичних пацієнтів. Використання фотоілюстрованих наочних засобів особливо є актуальним та необхідним при вивченні тих дерматозів чи їх різновидів, які зустрічаються у клінічній практиці зрідка, наприклад – прояви на слизових оболонках червоного вовчаку, саркоми Капоші, туберкульозної інфекції, шанкеру-амігдаліту тощо. Водночас в освітньому процесі широко застосовуються створені співробітниками кафедри фотоілюстровані клінічні ситуаційні задачі для проведення поточного та заключного контролю рівня набутих здобувачами освіти знань з дисципліни.

Для покращення ефективності самопідготовки здобувачів освіти спеціальності «Стоматологія» до практичних занять з дерматовенерології активно використовуються дистанційні форми навчання. Всі навчально-методичні та навчально-наочні матеріали з навчальної дисципліни «Дерматологія, венерологія» для здобувачів освіти спеціальності «Стоматологія» (лекції, текстовий зміст практичних занять, тематичні фотоілюстрації, тестові завдання тощо) згідно змісту робочої навчальної програми та тематики лекцій і практичних занять з дисципліни розміщено на відповідній сторінці на новій електронній освітній платформі Буковинського державного медичного університету «eOsvita», що значно полегшує самопідготовку та самоконтроль здобувачів освіти з дисципліни та підвищує їх рівень знань з дерматовенерології.

Висновок. Важливим аспектом освітнього процесу на кафедрі дерматовенерології є оптимізація викладання навчальної дисципліни «Дерматологія, венерологія» здобувачам освіти спеціальності «Стоматологія», для чого викладачі кафедри постійно удосконалюють та оновлюють текстовий матеріал та фотоілюстративне наповнення лекцій та навчально-методичних матеріалів, широко застосовують комп'ютерні форми навчання та можливості дистанційної електронної освітньої платформи освітнього закладу для забезпечення підготовки кваліфікованих фахівців спеціальності «Стоматологія», які зможуть своєчасно діагностувати на слизових оболонках ротової порожнини прояви дерматовенерологічних захворювань.

Стафілококові ентеротоксини: значення для діагностики та лікування паратравматичної екземи, що розвинулась унаслідок бойових травм

Джораєва С.К.¹, Солодянкін О.С.², Рудова Н.Г.², Гончаренко В.В.¹, Земцова Г.О.¹, Іванцова О.К.¹

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

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

Вступ *Staphylococcus aureus* – убіквітарна бактерія, відома як збудник різних інфекційних захворювань – від шкірних до фатальних системних інфекцій. Стафілококові ентеротоксини (СЕ) відносяться до сімейства білків, що налічує понад 20 різних стафілококових екзотоксинів, що мають низку загальних біологічних властивостей і структурних особливостей. Відомо, що ці бактеріальні білки мають пірогенну, суперантигенну, блювотну активність, а також беруть участь у розвитку синдрому токсичного шоку. У багатьох дослідженнях показано наявність прямих асоціацій СЕ із захворюваннями людини. Механізми дії СЕ при токсичності стафілококових інфекцій та загостренні патогенності *S. aureus* були задокументовані у контексті класичних SE, таких як SEA-SEE, SEH та токсин синдрому токсичного шоку (TSST). Більшість СЕ взаємодіють зі специфічними варіабельними областями β-ланцюгів рецепторів Т-клітин (TCR Vβ), що призводить до продукції цитокінів та мітогенних реакцій у Т-клітинах, які організують початок запалення. Суперантигени сприяють розвитку шкірних реакцій за рахунок хоумінгу Т-клітин у шкіру і опосередковують регуляцію імунної відповіді, оскільки суперантигени, релевантні IgE, стимулюють дегрануляцію опасистих клітин і базофілів, що призводить до вивільнення медіаторів, таких як цитокіни, що в кінцевому підсумку сприяє обтяженню перебігу паратравматичної екземи.

Мета: означення окремих генетичних характеристик, що пов'язані з патогенністю штамів *S. aureus*, ізольованих від хворих на паратравматичну екзему, що розвинулась унаслідок бойових травм.

Матеріали і методи Мікробіологічні дослідження для ізоляції, мікробіологічної ідентифікації клінічних штамів *S. aureus* проведено на базі лабораторії мікробіології, імунології та молекулярної генетики ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». Молекулярно-генетичні дослідження щодо визначення генів продукції ентеротоксинів *S. aureus* зі зразків пацієнтів проведено на базі відділу органічної та біоорганічної хімії Науково-технологічного комплексу «Інститут монокристалів» НАН України. Екстракцію ДНК проводили за допомогою набору Quick-DNA/RNA Pathogen Miniprep kit (Zymo Research). Концентрацію ДНК вимірювали за допомогою спектрофотометра DeNovix DS-11 та розводили TE-буфером (Zymo Research) до фінальної концентрації 5 нг/мкл. Ампліфікацію проводили за допомогою набору 4X CAPITAL™ qPCR Probe Master Mix, lyophilized (BiotechRabbit). Праймери та зонди було синтезовано в Sigma Aldrich

Результати досліджень Враховуючи, що пацієнти, які були залучені для виконання дослідження, хворіли на паратравматичну екзему, для нас суттєве значення мало встановлення 37,5% штамів *S. aureus*, які продукують токсин-1 синдрому токсичного шоку. При цьому у одного хворого спостерігалось одночасна продукція TSST-1, SEB – одного з основних SAg, пов'язаних з TSS. У 2 хворих виявлено тільки продукцію SEC та у одного – SEB. У разі об'єднання продукування SEB та SEC, які є високоспорідненими SAg, відсоток виявлення цих штамів сягав 87,5,0%, тобто 7/8 ізолятів продукували один або декілька SAg, найбільш тісно пов'язаних з TSS. Важливо зауважити, що саме ці токсини, у поєднанні з порушеним шкірним бар'єром через екзему та потенційною коінфекцією вірусами, такими як вірус простого герпесу, можуть призвести до серйозних запальних реакцій та збільшити ймовірність розвитку синдрому стафілококового токсичного шоку.

Висновок. Показано, що осередки ураження пацієнтів на паратравматичну екзему, що виникла внаслідок бойових ушкоджень, колонізовані золотистим стафілококом. Встановлено, що нарівні з синтезом суперантигену TSST-1 (37,5% штамів), спостерігалось

продуктування SEB та SEC, які є високоспорідненими SAg, відсоток виявлення цих штамів сягав 50,0%, тобто 7/8 ізолятів продукували один або декілька SAg, найбільш тісно пов'язаних з TSS.

Інформація про дослідження. Дослідження виконано у рамках НДР П 54–23 «Розробка нових засобів та методів зовнішнього лікування бойових травматичних ушкоджень шкіри та прилеглих тканин залежно від фази ранового процесу», № держреєстрації 0123U101367, НДР «Нові сполуки з антибактеріальними властивостями на основі азотомісних гетероциклів», № держреєстрації 0125U000603 та Німецької програми з біобезпеки.

Виявлення збудників деяких інфекційних хвороб у пацієнтів із множинними мігруючими еритемами

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

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

²КНП «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер» Тернопільської обласної ради

Мета – виявити збудників Лайм-бореліозу, бартонельозу та Епштейна-Барр вірусної інфекції в пацієнтів із множинними мігруючими еритемами, мешканців Тернопільщини.

Матеріал і методи. У Центрі з вивчення Лайм-бореліозу та інших інфекцій, що передаються кліщами, який функціонує при Тернопільському національному медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України обстежено 23 пацієнти віком від 19 до 68 років, в яких відзначали множинні мігруючі еритеми (ММЕ). Чоловіків було 5 (21,7%), жінок – 18 (72,3%). У місті проживали 15 (65,2%) осіб, у сільській місцевості – 8 (34,8%). Для виявлення IgM і/чи IgG до *Borrelia burgdorferi sensu lato* (s.l.) у сироватці крові використали двоетапну схему (ІФА та імуноблот). Отримані результати аналізували відповідно до рекомендацій виробника тест-систем. Антитіла класу G до *Bartonella henselae* та *B. quintana* в сироватках крові пацієнтів визначали за допомогою мультиплексної непрямої імуофлуоресценції (НІФ), технологія БІОЧИП, застосовувавши тест-системи «Mosaic for *Bartonella henselae*/*Bartonella quintana* (IgG)», компанії Euroimmun AG (Німеччина). Для діагностики Епштейна-Барр вірусної інфекції (ЕБВІ) використали мультиплексну НІФ (технологія БІОЧИП), тест-система «BIOCHIP Sequence EBV (with avidity determination)» компанії Euroimmun AG (Німеччина), яка містить капсидний антиген і його білки: gp125 і p19, ядерний та ранній антигени вірусу Епштейна-Барр (ВЕБ). Для встановлення активної чи латентної фази хронічної ЕБВІ використали ПЛР у режимі реального часу, за допомогою якої в плазмі крові та снілі обстежених пацієнтів визначали ДНК ВЕБ. Активну фазу хронічної ЕБВІ діагностували за наявністю ДНК ВЕБ у крові та снілі (в обох чи одному зразку; діапазон визначення – 10^3 – 10^7 копій/мл). За відсутності ДНК вірусу в крові чи снілі встановлювали латентну фазу хронічної ЕБВІ. Наявність специфічних антитіл до зазначених антигенів ЕБВІ і *B. henselae* та *B. quintana* визначали в полі зору флуоресцентного мікроскопа (Olympus IX70, ок $\times 10$, об $\times 20/40$) за яскраво-зеленим світінням імунного комплексу антиген-антитіло, міченого флуоресцеїном, яке було специфічним для кожного із антигенів.

Результати. Укуси кліщів відзначали 17 (73,9%) пацієнтів із ММЕ. Решта 6 респондентів появу еритем пов'язували з перебуванням на ендемічних щодо кліщових інфекцій територіях (лісах, парках і/чи присадибних ділянках). Водночас вони зазначали, що не дотримувалися правил первинної профілактики кліщових інфекцій – не вдягали захисний одяг, не застосовували репеленти під час відвідувань зазначених територій, не проводили само- і взаємоогляд шкіри після повернення із них. Почергове використання ІФА та імуноблоту дозволило виявити IgM і/чи IgG до *B. burgdorferi* s.l. у сироватках крові 21 (91,6%) пацієнта з ММЕ. Специфічні IgG лише до *B. henselae* знайдено в сироватках крові 6 (26,1%) осіб із ММЕ, у 4 із них були наявні ще й антитіла до *B. burgdorferi* s.l. Метод мультиплексної НІФ (технологія БІОЧИП) дав змогу діагностувати хронічну ЕБВІ в усіх обстежених із ММЕ. За допомогою ПЛР у реальному часі активну фазу хронічної ЕБВІ встановлено у 9 (39,1%) хворих, латентну – у 61,9% пацієнтів.

Висновок. Пацієнтів із ММЕ доцільно обстежувати щодо можливої одночасної наявності у них збудників Лайм-бореліозу, бартонельозу та хронічної ЕБВІ. Метод НІФ (технологія БІОЧИП) для діагностики ЕБВІ в пацієнтів із ММЕ, мешканців Тернопільської області, застосований вперше і продемонстрував високу інформативність.

Червоний плоский лишай у диференційній дерматоскопічній діагностиці новоутворень шкіри

Ковтун Л.О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Вступ. Червоний плоский лишай (LP) є хронічним аутоімунним запальним дерматозом із характерними клініко-морфологічними проявами. Найчастіше уражає шкіру (розгинальні поверхні кінцівок, тулуб, поперекову ділянку) та слизові оболонки, зокрема ротової порожнини й геніталій. Перебіг зазвичай самообмежується, середня його тривалість становить 1–2 роки, однак можливі хронічні рецидиви. Частим наслідком є постзапальна гіперпігментація.

Клінічна та морфологічна різноманітність LP створює значні діагностичні труднощі, оскільки його окремі варіанти можуть імітувати злоякісні та доброякісні новоутворення шкіри. Саме ця особливість визначає актуальність вивчення дерматоскопічних патернів LP у диференційній діагностиці новоутворень шкіри.

Мета роботи – визначення дерматоскопічних патернів LP та оцінка їхньої діагностичної цінності для диференціації з доброякісними й злоякісними новоутвореннями шкіри.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на основі порівняльного аналізу власних клінічних спостережень із описами випадків, опублікованими іншими авторами у сучасній науковій літературі, з метою виявлення спільних діагностичних патернів і характеристик, що дозволяють відрізнити LP від новоутворень шкіри.

Результати та їх обговорення. Дерматоскопія червоного плоского лишая виявила низку характерних ознак, що мають вирішальне значення у диференційній діагностиці з новоутвореннями шкіри. Провідною дерматоскопічною ознакою є стрії Вікхема (WS), які найчастіше мають сітчастий характер, але можуть проявлятися також у вигляді кільцеподібних, деревоподібних чи поліморфних структур. У пацієнтів із темним фототипом шкіри WS іноді набувають синюватого відтінку, що може імітувати синьо-білу вуаль, характерну для меланоми. Крім того, описані псевдо-вікхемівські смуги при інших дерматозах, таких як дискоїдний червоний вовчак чи вузликовий свербіж, які нагадують фіброзні структури базальноклітинної карциноми та можуть ускладнювати діагностику.

Додатковими дерматоскопічними ознаками LP є наявність пунктирних або лінійних судин, безструктурного фону різних відтінків (фіолетового, рожевого, червоного, коричневого чи жовтого), білих або жовтих цяток, а також пігментних структур у вигляді цяток, глобул чи сітчасто-хмароподібних ділянок. Поєднання цих елементів інколи формує картину, схожу з пігментованим себорейним кератозом або базальноклітинною карциномою.

Клінічні варіанти LP демонструють різні дерматоскопічні патерни, які можуть нагадувати злоякісні або доброякісні новоутворення шкіри. Долонно-підшовний LP проявляється жовтуватими ділянками зі «зіркоподібним» візерунком та чорними плямами вздовж дерматогліфів, що може симулювати меланому *in situ*. Гіпертрофічний варіант характеризується комедоподібними пробками, синьо-сірими глобулами та хвилястою поверхнею, а відсутність WS через виражений гіперкератоз створює схожість із плоскоклітинною карциномою або кератоакантомою. Пігментний LP відзначається дифузною коричнево-сірою пігментацією та «reppering»-патерном, що нерідко імітує регресивну меланому чи лентіго-меланому. Зворотний пігментний варіант (LPPI) характеризується коричневими безструктурними ділянками, сірими цятками та бруківчастими або ретикулярними шаблонами, що візуально нагадують пігментовану дерматофіброму або акантоз. Особливості LPPI – білі цятки та відсутність пігментації фолікулярних отворів – свідчать про роль механічного тертя у патогенезі та можуть імітувати диспластичний невус із осередковою гіпопігментацією. Кільцеподібний LP демонструє периферичні WS, центральну атрофію та хмароподібну пігментацію, що потребує відмежування від кільцеподібною грануломи та атрофічних базальноклітинних карцином. Актинічний (тропічний) LP представлений дифузним «reppering»-патерном на коричневому фоні без WS, що може бути сплутано з сонячним лентіго чи ранніми формами меланоми.

Важливим аспектом є динаміка дерматоскопічних ознак залежно від стадії перебігу захворювання. При гострому LP переважають судинні візерунки, тоді як у регресивному варіанті домінують пігментні структури. Такі зміни нагадують фазу регресії меланоми, що вимагає особливої обережності при оцінці дерматоскопічної картини.

Висновки. Таким чином, дерматоскопічні патерни червоного плоского лишая демонструють значну морфологічну варіабельність, що залежить від клінічного варіанту, локалізації та стадії розвитку уражень. Їх знання має вирішальне значення для своєчасного розмежування LP не лише з новоутвореннями шкіри, такими як меланома, базальноклітинна чи плоскоклітинна карцинома, але й з іншими запальними дерматозами.

Інформація про дослідження. Дослідження виконано у рамках науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U113996).

Вивчення впливу 3,3'-дііндолілметану на антибактеріальну активність фторхінолонів у складі потенційних лікарських засобів топічної дії

Липсон В.В.¹, Безугла О.П.¹, Ляпунов М.О.¹, Кутасевич Я.Ф.², Джораєва С.К.², Ляпунова А.М.¹

¹ДНУ «Науково-технологічний комплекс «Інститут монокристалів НАН України», м. Харків

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

Вступ. Стійкість бактерій, які викликають гнійно-запальні процеси у м'яких тканинах, до антибактеріальних лікарських засобів є однією з найгостріших глобальних проблем у медицині, оскільки захворювання, обумовлені полірезистентними опортуністичними бактеріями багатьох видів, важко піддаються лікуванню. Причини виникнення резистентності бактерій до антибіотиків та інших антибактеріальних речовин є об'єктом численних досліджень і обговорюються у багатьох наукових публікаціях. Суттєве погіршення ситуації багато у чому пов'язане з уповільненням розробки нових антибактеріальних лікарських речовин. За останні 50 років набули широкого медичного використання лише шість типів інноваційних активних фармацевтичних інгредієнтів з антибактеріальними властивостями. ВООЗ визначила у 2017 році пріоритетні мікроорганізми для науково-дослідних робіт при розробці нових антибактеріальних препаратів. Серед них переважають грамнегативні бактерії. Критично пріоритетними є ті патогенні бактерії, які віднесено до так званої групи ESKAPE (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* та *Enterobacter* spp.); вони характеризуються найбільшою стійкістю до антибактеріальних препаратів і стають причиною тяжких внутрішньолікарняних інфекційних ускладнень.

Мета: вивчення можливості подолання резистентності до фторхінолонів з боку *P. aeruginosa* екстенсивно резистентного фенотипу, що інфікують бойові травматичні ушкодження шкіри й прилеглих тканин.

Матеріали і методи Мікробіологічні дослідження для ізоляції, мікробіологічної ідентифікації та визначення окремих патогенних властивостей клінічних та еталонного штамів *P. aeruginosa* проведено у лабораторії мікробіології, імунології та молекулярної генетики ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». Дослідження щодо вивчення впливу 3,3'-дііндолілметану на антибактеріальну активність фторхінолонів у складі потенційних лікарських засобів топічної дії проведені на базі лабораторії технології та аналізу лікарських засобів ДНУ «Науково-технологічний комплекс «Інститут монокристалів НАН України», для цього 0.1% офлоксацину, левофлоксацину або моксифлоксацину вводили у водорозчинні мазеві основи в комбінації з 0.1%, 0.5% або 1.0% 3,3'-дііндолілметану (DIM). В експерименті мазева основа сприяла вивільненню офлоксацину та абсорбції значної кількості води.

Результати досліджень У результаті проведених досліджень *in vitro* методом дифузії в агар показано, що компоненти мазевої основи та DIM з підвищенням його концентрації сприяли усуненню резистентності 6 клінічних штамів бактерій до фторхінолонів. Колоїдний розчин неіонної ПАВ, що містив 0.1% офлоксацину та 1.0% DIM, солюбілізованого міцелами ПАВ, ефективно

запобігав утворенню біоплівки клінічними штамами та еталонним штамом *P. aeruginosa* (ATCC 27853). За допомогою скануючої конфокальної мікроскопії показано, що зазначений колоїдний розчин при формуванні біоплівки клінічним штамом *P. aeruginosa* 4791 призводив до руйнування її цілісності; крім того, відбувалося суттєве зниження товщини біоплівки. Одержані дані свідчать про перспективу сумісного застосування фторхінолонів і DIM в препаратах для місцевого лікування гнійних ран у фазі запалення. Створення в рановій тканині високої концентрації фторхінолону та подолання резистентності бактерій має сприяти не тільки високій ефективності лікування та зменшенню побічних ефектів від системного лікування, а й перешкоджати утворенню резистентних штамів бактерій.

Висновок. Результати досліджень демонструють перспективність сумісного застосування фторхінолонів і DIM в мазях на водорозчинних основах для місцевого лікування у фазі запалення гнійних ран, інфікованих резистентними штамми *P. aeruginosa*. З огляду на потенціювання DIM антибактеріальної дії фторхінолонів і подолання резистентності бактерій у подальшому слід провести глибокі дослідження щодо молекулярних механізмів цього явища.

Інформація про дослідження. Автори висловлюють подяку за грант Національного фонду досліджень України 2022.01/0087 «Розробка компонентів антимікробних препаратів для підвищення ефективності їхньої дії та запобігання резистентності мікроорганізмів» (номер державної реєстрації 0123U103756). Дослідження виконано у рамках НДР П 54–23 «Розробка нових засобів та методів зовнішнього лікування бойових травматичних ушкоджень шкіри та прилеглих тканин залежно від фази ранового процесу» (№ держреєстрації 0123U101367), затверджена Постановою Президії НАМН України від 30.12.22 № 16/1.

Дерматози із прurigінозним компонентом як діагностичний виклик в практичній медицині

Макуріна Г.І., Городокіна Л.О.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Вступ. Свербіж залишається найбільш частою суб'єктивною характеристикою, що супроводжує різноманітні дерматози. Даний феномен може виступати як самостійним фактором, так і в ролі диференційного критерію. До найбільш типових патологій з виразним прurigінозним компонентом належать червоний плоский лишай, лімфома шкіри, atopічний дерматит, паразитарні дерматози. Проте є ряд нозологічних категорій, що також супроводжуються зудом, але не є поширеними серед популяції, а їх високий імітаційний потенціал сприяє помилковій діагностиці та менеджменту. Одним із таких прикладів є група перфоруєчих дерматозів, яка характеризується феноменом транспідермальної елімінації дермальних компонентів, зокрема колагену та еластину. Ці стани зустрічаються відносно рідко, однак можуть клінічно нагадувати такі патологічні процеси, як вузлове прurigіо, червоний плоский лишай або, навіть, новоутворення плоскоклітинного спектру. Саме тому, визначення чітких клінічних та морфологічних ознак є необхідною умовою для своєчасної ідентифікації зазначених дерматозів, забезпечуючи можливість призначення раціональної та патогенетично обгрунтованої терапії.

Метою даної роботи є визначення особливостей діагностичного підходу у веденні пацієнтів із ураженнями шкіри, що супроводжуються свербежем та високим рівнем клінічної імітації, на прикладі набутого перфоруєчого дерматозу.

Матеріали та методи. На базі кафедри дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету проведена оцінка візуальних характеристик патологічного процесу, а також морфологічний аналіз ефлорисценцій з метою остаточної верифікації діагнозу. Усі етапи дослідження відповідають загальноприйнятим етичним нормам в межах науково-дослідної роботи кафедри «Розробка персоналізованих підходів до лікування запальних дерматозів, захворювань волосся, ППСШ та корекції вікових змін шкіри з урахуванням коморбідної патології, естетичних, психопатологічних факторів» (№ держреєстрації 0124U003220).

Результати. Чоловік 1955 р.н. звернувся зі скаргами на появу висипу на шкірі тулуба та верхніх кінцівок. Зі слів пацієнта перші ефлорисценції в межах спини помітив за 4 місяці до моменту звернення за допомогою до лікаря-дерматовенеролога. Окрім висипу, що набув характеру розповсюдженого, домінуючого скаргою став виразний свербіж. Симптоматика зберігалася протягом доби, спричиняючи значні порушення нічного сну та знижуючи ефективність повсякденного функціонування. Об'єктивно: максимальна концентрація елементів висипу спостерігається на шкірі спини, в меншій мірі – плечей та передпліч, де наявні одиничні морфологічні елементи. Клінічно ефлорисценції представлені папулами напівсферичної форми з тенденцією до навколофолікулярного формування, рожевого кольору, окремі з бузково-коричневим відтінком. Також наявне в межах папульозних елементів центральне запаління, що представлене ерозуюванням або гіперкератотичними змінами. На шкірі передпліч спостерігаються екскоріації та поява в цих місцях нових, але відповідних вищезазначеному опису, елементів. У рамках подальшого діагностичного процесу, спрямованого на уточнення дерматологічної патології, було виконано патогістологічне дослідження. Морфологічно визначено: епідерміс з гіперкератозом, гіпергранульозом, спостерігається вогнищева інвагінація епідермісу, що заповнена кератиновими масами, скупченнями нейтрофілів. В цій ділянці спостерігається транспідермальна елімінація колагенових та еластичних волокон. В епідермісі спостерігається помірний дифузний спонгіоз. В прилеглий дермі наявні рубцеві зміни та вогнищева помірна лімфогістіотарна інфільтрація. Після виконання додаткових зрізів матеріалу з парафінового блоку гістологічна картина не змінилась. При забарвленні на еластичні волокна: спостерігається транспідермальна елімінація еластичних волокон. Соматичний стан представлено наступним чином: Ішемічна хвороба серця: Стабільна стенокардія напруження III ФК, стенозуючий атеросклероз коронарних артерій. Неревматична комбінована аортальна вада з перевагою стенозу IV ст. Недостатність трикуспідального клапану III, легенева артеріальна гіпертензія III, постійна фібриляція передсердь нормосистолічна форма CHA2DS2-VASc 36. HAS-BLED46. Аневризма висхідного відділу аорти. Гіпертонічна хвороба III ст., 3 ст., дуже високий додатковий ризик, Гіпертрофія лівого шлуночка. Хронічна хвороба нирок IV ст. (швидкість клубочкової фільтрації 26 мл/хв/1,73м²). Гіпертонічна нефропатія. Серцева недостатність стадія Д зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (38%). Хронічна серцева недостатність III. Криптогенний цирроз печінки клас С по Child-Pugh, синдром портальної гіпертензії. Асцит.

Таким чином, враховуючи комплексний підхід до менеджменту даного пацієнта з урахуванням як складності соматичного стану, так і морфологічної верифікації, остаточний дерматологічний діагноз відповідає набутому перфоруєчому дерматозу.

Висновки. Діагностика дерматозів із прurigінозною складовою ускладнюється неспецифічністю клінічних проявів і необхідністю проведення широкої диференціації з іншими патологічними процесами. Тому, морфологічне дослідження залишається «золотим стандартом» для остаточної верифікації цих станів. З огляду на мультиморбідність та вплив соматичної патології на перебіг дерматозу, ведення таких пацієнтів потребує залучення міждисциплінарної команди фахівців.

Тривожні порушення у хворих на вульгарну пузирчатку

Олійник І.О., Матюшенко В.П.

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

Актуальність. Багаторічні дослідження хворих на тяжкі дерматози довели, що психоемоційний стан відіграє значну роль як у виникненні захворювання так і у його рецидивах. Вульгарна пузирчатка це дерматоз який має хронічний рецидивуючий перебіг, значно знижує якість життя пацієнтів і може призводити до тяжких ускладнень та летального наслідку без своєчасної терапії, що значною мірою впливає на психоемоційний стан пацієнтів.

Мета дослідження. Вивчити рівень тривожних порушень у хворих на вульгарну пузирчатку у стадії загострення.

Матеріали і методи. В умовах клініки ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» було обстежено 33 хворих на вульгарну пузирчатку у стадії загострення, з них було 12 чоловіків та 21 жінка. Середній вік хворих складав 49.3 ± 5.4 років. Контрольну групу склали 10 здорових осіб. Усі пацієнти піддавалися комплексному клінікопатопсихосоматичному обстеженню. Тяжкість та розповсюдженість шкірного процесу у хворих на вульгарну пузирчатку оцінювалася за індексом IKEDA. Тривожність у пацієнтів вивчали за шкалою самооцінки Спілбергера–Ханіна. Даний тест є джерелом інформації про самооцінку пацієнта рівня своєї тривожності в даний момент (реактивна тривожність) і особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини).

Результати. Внаслідок проведеного дослідження, встановлено: Проведені дослідження рівня тривожності встановили, що (73,5%) мали високий рівень реактивної тривожності, (23,2%) – помірний рівень та (3,3%) – низький рівень реактивної тривожності. Також виявлено, що (35,6%) мали високий рівень особистої, (56,1%) – помірний рівень та (8,3%) – низький рівень особистої тривожності. Середній бал реактивної тривожності серед усіх 33 хворих становив 54.7 ± 2.9 , що відповідало високому рівню, а особистої тривожності – 39.9 ± 1.8 , що перебуває у межах помірного рівня. Таким чином, більшість хворих (73,5%) мали високу реактивну тривожність, що потрібно враховувати при призначенні комплексної терапії.

Висновки. За результатами дослідження більшість хворих мали високу реактивну та особисту тривожність, що можна пояснити загостренням дерматозу, тривалим фармакологічним навантаженням, зокрема системними глюкокортикостероїдами, у купі з вже з багаторічними, щоденними масивними обстрілами ворога, а звідси і тривалим психологічними навантаженнями, яке часто перевищує захисні можливості психіки пацієнтів, що потрібно враховувати при призначенні комплексної терапії.

Інформація про дослідження. Дослідження виконано у рамках НДР П «», № держреєстрації

A comprehensive treatment of patients with rosacea considering functional changes of the hepatobiliary system organs

Perepichka M.P., Navolska M.R.

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Improvement of the results of treatment of patients suffering from rosacea is a topical issue of modern dermatology. Rosacea is a common chronic dermatosis registered in different regions of Ukraine among 3–5% of the population. Clinical manifestation of rosacea is localized on the open skin areas – for example, the face. It possesses long chronic course, often resistant to standard therapy. All these factors are a cause of reduced ability-to-work and social activity of patients which stipulates the importance to increase the effect of treatment of such patients. Rosacea is known to be a poly-factor dermatosis. An important role in its pathogenesis belongs to disorders of the neuroendocrine regulation, vegetative dysfunctions, microcirculation changes, and functional disorders of the digestive organs, which should be taken into account in the treatment of such patients.

Objective of the research was to increase the effect of treatment of patients with rosacea considering changes of the functional state of the hepatobiliary system organs.

Materials and methods. 37 patients aged from 28 to 69 years suffering from rosacea were examined including 26 women and 11 men. According to clinical signs on the skin 17 patients were diagnosed to have erythematous-teleangiectatic form of rosacea, and other 20 individuals – papulopustular form of dermatosis. Dermatitis lasted from 2 to 6 months in 11 patients, and the rest 26 patients – from 7 months to 1 year. The following methods of examination were used to determine functional state of the hepatobiliary system organs: instrumental (ultrasound examination of the abdominal organs), laboratory (biochemical, immune-enzymatic) and statistical.

Research results. A comprehensive examination found that the majority of patients (26–70,3%) suffering from rosacea had changes in the hepatobiliary system organs (chronic cholecystitis and hepatitis), which were manifested by changes detected by the ultrasound examination of the liver and gallbladder, and changes in the content of cholesterol in the blood serum, lipid spectrum, activity of transaminase and alkali phosphatase. Considering the changes detected in the functional state of the hepatobiliary system organs and in order to improve the effect of rosacea treatment, a comprehensive therapy of 18 patients (the main group) was supplied with hepatoprotector containing silymarin. The rest 19 patients (the group of comparison) received standard therapy for dermatosis. According to clinical observations patients with rosacea from the main group who received a hepatoprotector containing silymarin in addition to the comprehensive

treatment presented much earlier decrease of hyperemia and swelling (on an average 6–9 days earlier) and infiltration signs of dermatosis disappeared on an average 10–14 days earlier than in the patients from comparison group. When the treatment was over, the state of clinical recovery was registered among 13 (72.2%) patients with rosacea in the main group, considerable improvement – in 5 (27.8%) patients; and in the group of comparison among 10 (52.6%) and 9 (47.4%) individuals respectively.

Conclusions. Thus, addition of a hepatoprotector containing silymarin to a comprehensive treatment of patients with rosacea and functional changes of the hepatobiliary system organs available promotes effect of treatment for such patients.

Research information. The given data are the results of scientific research work (state registration number: 0125U001449).

Застосування емолієнтів у комплексному лікуванні хронічних алергодерматозів

Степан Н.А., Сирота Т.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Оптимізація топічної терапії хронічних алергодерматозів є однією з найбільш актуальних у сучасній клінічній дерматології, що зумовлено збільшенням кількості хворих на алергодерматози, хронічним рецидивуючим їх перебігом, формуванням у пацієнтів резистентності до засобів базової терапії. Клінічними проявами хронічних алергічних дерматозів є свербіж, папульозний висип на шкірі із лущенням, відчуття стягнення та сухість шкіри. У зв'язку з цим важливим компонентом сучасної терапії таких пацієнтів є не лише протизапальні засоби, а й засоби для відновлення бар'єрної функції шкіри.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування хворих на хронічні алергічні дерматози шляхом застосування сучасних зволожуючих засобів.

Матеріали та методи. Спостерігали 32 хворих на хронічні алергодерматози (екзема, атопічний дерматит та хронічний алергічний дерматит) віком від 19 до 67 років, які у процесі лікування були розподілені на дві групи: 16 пацієнтів (порівняльна група) отримали базову терапію дерматозу, іншим 16 пацієнтам (основна група) додатково призначали емолієнти із вмістом фракцій керамідів, які на відміну від кремів, що містять стероїдні гормони, активують власні механізми відновлення шкіри: відновлюють шкірний бар'єр, зменшують трансепідермальну втрату води, прискорюють регенерацію шкіри, що призводить до зменшення усіх симптомів дерматиту, дозволяє запобігти новим загостренням.

Результати. За даними клінічних спостережень, у хворих на хронічні алергодерматози основної групи, яким додатково призначали сучасні емолієнти із вмістом фракцій керамідів (двічі на день до зникнення тріщин та проявів ксерозу), наприкінці лікування відзначено стан клінічного одужання у 62,5% пацієнтів, значне покращення – у 25,0% хворих, покращення – у 12,5%; у групі порівняння відповідно: клінічне одужання – у 43,8% хворих, значне покращення – у 37,5%, покращення – у 18,7% осіб. У пацієнтів основної групи також відзначено подовження тривалості стану клінічної ремісії в середньому на 4–6 місяців, у осіб порівняльної групи – лише на 2–3 місяці.

Висновок. Використання у комплексному лікуванні хронічних алергодерматозів емолієнтів із вмістом фракцій керамідів зі зволожувальною та репаративною діями сприяє покращенню найближчих клінічних результатів лікування таких пацієнтів, а також сприяє подовженню стану клінічної ремісії хронічних алергічних захворювань шкіри.

Інформація про дослідження. Дослідження виконано у рамках науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0125U001449).

Study of the state of the microbiome of the large intestine in patients with true and microbial eczema

¹Fedoruk V.O., ¹Denisenko O.I., ²Kurchenko A.I.

¹Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Eczema is a common skin disease belonging to the group of allergic dermatoses. Among the clinical forms of eczema, patients are most often diagnosed with true and microbial forms of eczema. According to recent observations, eczema has tended to have a more severe clinical course in recent years, with widespread skin lesions and frequent and prolonged relapses, which negatively affects patients' working capacity and social activity. This justifies the relevance of improving the effectiveness of treatment for patients with eczema, taking into account the possible pathogenetic factors of the complicated course of dermatosis.

The aim of the study was to examine and analyze the state of the microbiome of the large intestine in patients with true and microbial eczema.

Materials and methods. We analyzed the results of clinical and laboratory examinations of 80 patients with eczema (37 men and 43 women aged 21 to 78 years), among whom 40 patients were diagnosed with true eczema, while the other 40 patients had microbial forms of eczema (infectious dermatitis) – paratraumatic, varicose, and nummular forms of eczema. In 49 (61.3%) of the examined patients, the pathological process on the skin was widespread, while in 31 (38.7%) it was limited. The state of the microbiome of the large intestine in patients with eczema was studied using a microbiological method by sowing feces on standard differential-diagnostic and selective nutrient media.

Research results. Laboratory examination of the large intestine microbiome revealed that among all patients with eczema examined, only 14 (17.5%) patients (mainly with limited skin lesions and short-term dermatosis) had a normal large intestine microbiome, while the majority (66, or 82.5%) of patients had changes in intestinal flora indicators with signs of grade I–IV dysbiosis, manifested by a decrease in the population level of *Bifidobacterium* and *Lactobacillus* bacteria against an increase in the content of enterobacteria (*Enterobacter*,

Proteus), staphylococci, yeast-like fungi of the genus *Candida*, and others, with a predominance of individuals with grade II (38.8%) dysbiosis of the colon. At the same time, an interdependence between the degree of changes in the state of the intestinal microbiota and the clinical forms of eczema has been established. Thus, among 40 patients with true eczema, the majority (21 patients, or 52.5%) were diagnosed with normocenosis or grade I dysbiosis, while a smaller proportion (19 patients, or 47.5%) had grade II and III dysbiosis. Among 40 patients with microbial forms of eczema, 9 (22.5%) had normocenosis or grade I dysbiosis, and the majority of 31 (78.5%) examined patients had grade II–IV, which, according to Friedman's nonparametric dispersion analysis, has a statistically significant difference ($\chi^2 = 7,68$ a critical value of this indicator – 3.84).

Conclusions. As a result of the study in patients with eczema, changes in the qualitative and quantitative indicators of the microbiome of the large intestine with signs of dysbiosis of varying severity were found in a significant proportion of patients. More pronounced manifestations of dysbiosis of the large intestine microbiome were found in patients with microbial forms of eczema, which may be one of the reasons for the formation of microbial sensitization in such patients. The changes in the state of the large intestine microbiome found in patients with true and microbial eczema should be taken into account when planning diagnostic and therapeutic tactics for such patients.

Research information. The given data are the results of scientific research work (state registration number: 0125U001449).

ВЕНЕРОЛОГІЯ

Щодо критеріїв оцінки ефективності лікування реактивного артриту

Бондаренко Г.М., Нікітенко І.М., Кондакова Г.К., Єрещенко О.О.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Вступ. Реактивний артрит (РеА) – найбільш розповсюджене запальне захворювання суглобів, яке призводить до тяжкої інвалідності. В Україні захворюваність на РеА становить приблизно 5 на 100 тис. населення, причому вона постійно зростає. У даний час РеА розглядається як мультифакторне захворювання, пов'язане з хронічною інфекцією. Це захворювання поєднує в собі кілька синдромів одразу – ураження суглобів, очей та уrogenітального тракту.

За даними досліджень ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», найбільш частими збудниками РеА є *Chlamydia trachomatis* (у 92,6% хворих) та *Ureaplasma urealyticum* (у 26,6% хворих). При цьому хламідійна моноінфекція визначається у 68,5% загальної кількості хворих, хламідійно-уреаплазменна – у 16,3%, хламідійно-трихомонадна – у 3,9%, хламідійно-гонорейна – у 0,5%, поєднання трьох етіологічних чинників – у 3,5%. Уреаплазменна моноінфекція виявлена лише у 5,9% цих хворих. Таким чином, при РеА часто відзначається мікст-інфекція, причому найчастіше має місце хламідійно-уреаплазменна.

Мета дослідження – визначити вміст гострофазових показників запалення у пацієнтів з реактивним артритом для вибору критеріїв оцінки ефективності лікування.

Матеріали та методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 10 пацієнтів із сексуально набутих реактивних артритів, які перебували на лікуванні у відділенні венерології ДУ «ІДВ НАМН України». Діагностичні методи включали: ПЛР для *Chlamydia trachomatis* та *Ureaplasma urealyticum*; культуральні методи для *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*; клінічне та рентгенологічне обстеження суглобів; збір епідеміологічного анамнезу. У сироватці крові визначали вміст загального білка (біуретовим методом), глюкози (ферментативним методом), С-реактивного білку (латексним методом), серомукоїдів (турбідиметричним методом), сечової кислоти (за фосфорно-вольфрамовою реагентом). Усі пацієнти підписали добровільну інформовану згоду на участь у дослідженні.

Пацієнти були розподілені на 2 групи: 1 група пацієнти із уrogenітальною мікст-інфекцією без ознак артриту (група порівняння), яка включала 15 пацієнтів, 2 група – 7 пацієнтів із реактивним артритом. Контрольну групу склали 16 умовно здорових донорів.

Аналіз результатів проведено за методами варіаційної статистики з визначенням середнього арифметичного значення з похибкою, критерію Стюдента за умов нормального розподілу, медіани і кватилей – за умов негаусівського розподілу.

Результати та висновки. Вміст загального білка та глюкози в сироватці крові у пацієнтів обох груп був в межах норми. Рівень С-реактивного білку в обох групах досліджуваних не перевищував контрольного значення 6 мг/л; рівень сечової кислоти в сироватці крові хворих був підвищений, але не відрізнявся по групах. Вміст серомукоїдів у 2 групі пацієнтів був підвищений відносно групи порівняння в 1,3 рази.

Висновки. Відомо, що серомукоїди є досить чутливим маркером запальних процесів, під час яких їх рівень підвищується в декілька разів. Особливістю серомукоїдів є те, що на відміну від С-реактивного білку вони мають досить тривалий час півжиття (близько 5 діб), що дозволяє рекомендувати використовувати їх визначення як критерій оцінки ефективності лікування хворих на РеА.

Клініко-епідеміологічна характеристика хворих з пізніми формами сифілісу в сучасних умовах

Бондаренко Г.М., Унучко С.В., Губенко Т.В., Кутова В.В., Білокінь О.М.

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

Вступ. Сифілітична інфекція продовжує залишатися актуальною медико-соціальною проблемою. В 2023 р. було зареєстровано 2053,0 випадків захворювання на сифіліс (5,0 на 100000 населення. З 2021 по 2023 рік в Україні виникла тенденція до поступового збільшення випадків захворювання на сифіліс, що пов'язано з війною, значною кількістю вимушених мігрантів, неможливістю

надавати кваліфіковану медичну допомогу мешканцям окупованих та прифронтових територій. При цьому відзначається зростання прихованих та пізніх форм на 44%.

Мета дослідження. Вивчення клініко-епідеміологічних особливостей хворих з пізніми формами сифілісу на сучасному етапі.

Матеріали та методи досліджень. Діагноз сифілісу встановлювався на підставі клінічного і серологічного обстеження хворих: Обстеження проводили нетрепонемними тестами (НТТ) – VDRL, РПР(RPR) та трепонемними тестами (ТТ) – ІХГ, РПГА, ІФА. Верифікацію інфікування *T.pallidum* проводили методом ІФА-different. Також ці пацієнти були обстежені за допомогою бактеріоскопічних, бактеріологічних, імуноферментного методів на предмет уrogenітальних інфекцій: гонорею, трихомоніаз, хламідіоз, мікоплазмоз, уrogenітальний кандидоз, генітальний герпес, гепатити А, В.

Результати досліджень. В основну групу дослідження було включено 89 пацієнтів з пізніми формами сифілісу, віком від 24 до 69 років, які перебували на лікуванні у відділенні венерології ДУ і «ІДВ НАМН» за період з січня 2024 до вересня 2025 року. Особливу увагу звертали на анамнестичні данні щодо супутньої патології, перенесених раніше захворювань, данні конфронтації. Додатково для деталізації та оцінки інтеркурентних захворювань було залучено: терапевта, невролога, окуліста, фахівців з методів інструментальної діагностики. На підставі вивчення клініко-анамнестичних даних хворих з прихованими формами сифілісу встановлені його сучасні клініко – епідеміологічні особливості. Діагноз пізнього сифілісу встановлювався за відсутністю клінічних проявів за допомогою серологічних досліджень: негативні нетрепонемні тести у 93% випадків, але позитивні трепонемні тести (ІХГ, РПГА, ІФА). Для пізніх форм сифілісу характерні наступні риси: – середній вік складає $36,5 \pm 5,2$ років – це та група населення яка частіше попадає під огляд лікарів. Більшість пацієнтів перебувала в шлюбі – (66%). Серед неодружених і розлучених пацієнтів переважали чоловіки – 72%, серед заміжних – жінки (58%). Більшість серед пацієнтів складають працюючі – 55%, переважно чоловіки – 64%. Виявлення пацієнтів в соматичних стаціонарах складало 17%. Виявлено 11% пацієнтів, які самостійно звернулися для обстеження на сифіліс. Найбільша кількість хворих виявлена в медичних установах дерматовенерологічного профілю – 73%. Більшість пацієнтів – 65% раніше неодноразово потрапляли до різних терапевтичних та хірургічних стаціонарів, де більшості (86%) було проведено обстеження на сифіліс методом РМП. Жодного позитивного результату не було отримано. 57% пацієнтів мали в анамнезі анонімне лікування сифілісу з застосуванням дюрантних препаратів пеніцилінового ряду. У більшості пацієнтів (60%) сифіліс був виявлений, як змішаний інфекційний процес в сполученні з трихомоніозом, хламідіозом, герпесвірусною інфекцією типу, гепатитами В, С. Звертає увагу наявність репродуктивних порушень у 27% жінок з пізнім сифілісом. У більшій половині хворих – 67% виявлені порушення з боку НС (нервової системи): енцефалопатії, астеноневротичний синдром, когнітивні порушення, що не виключає активності цих процесів або можливість специфічності природи ураження НС. Патологія органів зору встановлено у 19%, зміни зі сторони серцево-судинної системи у 29%.

Висновки. Для встановлення діагнозу пізнього сифілісу обов'язково застосовувати ТТ. Більшість хворих на пізній сифіліс це пацієнти середнього віку. У 60% пацієнтів виявленні інфекції, що передаються статевим шляхом. Це ускладнює діагностику та лікування сифілісу. У 67% сифіліс протікає з ознаками порушення судинної системи та неврологічною симптоматикою, інших органів та систем, що потребує залучення фахівців: неврологів, терапевтів, окулістів. Основними чинниками зростання рівня захворюваності пізнього сифілісу є наслідки неконтрольованого застосування дюрантних препаратів пеніциліну. Значні негативні організаційні зміни в системі надання дерматовенерологічних послуг в останні роки, війна з росією порушила систему надання кваліфікованої медичної допомоги – відсутністю системного клініко – серологічного контролю хворих, застосування малоінформативних методів діагностики сифілісу в сучасних умовах. Внаслідок неконтрольованого застосування антибіотиків біда трепонеми втрачає частину своїх антигенних властивостей, що впливає на чутливості серологічних реакцій. Низький рівень виявлення інфікованих дозволяє припустити значне перевищення реальної поширеності інфекції над офіційною статистикою.

Інформація про дослідження. Дослідження виконано у рамках НДР 56.24. «Розробка науково обґрунтованих підходів до діагностики, лікування та контролю за виживаністю хворих із сифілітичною інфекцією у воєнний період» за номером державної реєстрації № 0123U104577.

Роль діагностичних тестів у виявленні інфекції *C.trachomatis* та *U.urealyticum* при реактивному артриті

Джораєва С.К., Бондаренко Г.М., Нікітенко І.М., Усік І.В.

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

Вступ. У даний час сексуально набутий реактивний артрит розглядається як мультифакторне (поліетіологічне) захворювання зі складним патогенезом, в якому інфекційний агент відіграє роль тригера, запускаючи аутоімунний механізм, причому подальший перебіг процесу здійснюється і при елімінації збудника. Передбачається, що Т-лімфоцити індукуються бактеріальними фрагментами, такими як ліпополісахариди та нуклеїнові кислоти, коли інвазивні бактерії потрапляють у системний кровотік. Ці активовані цитотоксичні Т-клітини атакують синовіальну оболонку та інші аутоантигени за допомогою молекулярної мімікрії. Наявність транскриптів рибосомальної РНК *Chlamydia trachomatis*, ДНК уреоплазм та продуктів бактеріального розпаду в синовіальній тканині підтверджує це припущення. Вважається, що при реактивному артриті також порушується антибактеріальна цитокінова відповідь, що призводить до зниження елімінації бактерій, а присутність HLA-B27 посилює реактивний артрит, представляючи бактеріальні антигени Т-клітин, змінюючи ауто толерантність імунної системи господаря, збільшуючи продукцію фактора некрозу пухлини альфа, сприяючи проникненню мікробів у кишечник та уповільнюючи їх елімінацію. Сечостатеві симптоми, ураження плюснефалангових суглобів, підвищений рівень С-реактивного білка та позитивний HLA-B27 забезпечують певну чутливість та специфічність у діагностиці реактивного артриту. Хоча реактивний артрит є клінічним діагнозом, для його підтвердження зазвичай проводять лабораторні тести для виявлення збудників з метою підтвердження супутніх або попередніх інфекцій, у тому числі що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Мета: означення ролі окремих маркерів ППСШ для діагностики та прогнозування перебігу реактивних артритів хламідійної та мікоплазмової етіології.

Матеріали і методи Об'єктом дослідження стала група із 10 пацієнтів віком 35–69 років; 5 жінок та 5 чоловіків, у яких були досліджені урогенітальні зішкряби та сироватка крові. Контрольну групу склали 15 осіб віком 25–70 років без ревматологічних захворювань. Діагностика реактивного артриту, пов'язаного з хламідіозом або уреаплазмозом, включало комбінацію серологічних тестів на антитіла (зокрема Ig A, Ig M та Ig G) та виявлення хламідійних антигенів за допомогою люмінесцентної мікроскопії. Діагноз підтверджувався виявленням ознак попередньої хламідійної (уреаплазмової) інфекції, часто в сечостатевому тракті, разом з характерними симптомами реактивного артриту.

Результати досліджень За результатами проведених досліджень встановлено, що сексуально набутий реактивний артрит найчастіше розвивався після інфікування *C. trachomatis*. Так, антиген збудника був виявлений у 3 пацієнтів при дослідженні урогенітальних зішкрябів; у 1 пацієнта визначені у високому титрі Ig G до *C. trachomatis*; у 1 хворого були наявні як Ig G, так і IgA до *C. trachomatis* та 1 пацієнта були наявні як антигени *C. trachomatis* у зішкрябах з урогенітального тракту, так і Ig A. Окрім того, 2 з 10 обстежених мали позитивні титри Ig G до *U.urealyticum*. Але самостійно серологічні методи мають певні обмеження, оскільки Ig G може зберігатися роками, а наявність самих антитіл не завжди підтверджує поточну активну інфекцію. Антитіла Ig A можуть бути більшим свідченням нещодавньої інфекції, але все ще можуть бути підвищеними протягом місяців після первинної інфекції, що необхідно враховувати при встановленні клінічного діагнозу.

Висновок Таким чином, жоден із тестів чи клінічних симптомів окремо не може бути переконливим для встановлення діагнозу реактивного артриту. Діагноз реактивний артрит найбільш вірогідний за наявності типових клінічних симптомів, клінічних ознак перенесеної інфекції, позитивного результату серологічного дослідження або ПЛР, а також позитивного результату HLA-B27.

Інформація про дослідження. Дослідження виконано у рамках НДР П 57–25 «Розробити стратегію лікування та профілактики реактивних артритів хламідійної та мікоплазмової етіології в умовах воєнного стану», № держреєстрації 0125U001185.

Репродуктивна функція після органозберігаючого лікування початкових форм ВПЛ-асоційованого інвазивного раку шийки матки

Єгоров О.О.

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

Вступ. Рак шийки матки (РШМ) – найпоширеніший вид раку, що викликається високоонкогенними штамами вірусу папіломи людини (ВПЛ). На долю раку шийки матки припадає 93% ВПЛ-асоційованих онкологічних захворювань у жінок. Результати численних світових статистичних досліджень свідчать про неухильне збільшення частоти виявлення РШМ у молодих жінок віком до 40 років. Частота виявлення інвазивного РШМ в T_{1b1} стадії захворювання становить 45–50%. Застосування органозберігаючих методів лікування у хворих на інвазивний РШМ, а саме радикальної вагінальної трахелектомії, радикальної абдомінальної трахелектомії, лапароскопічної абдомінальної трахелектомії, дозволяють зберегти фертильність без порушення онкологічних принципів радикалізму. В даний час щодо радикальної трахелектомії залишаються невирішеними безліч питань, що стосуються репродуктивних результатів. Тому актуальним є оцінка стану репродуктивного здоров'я у молодих пацієнток після органозберігаючого лікування в обсязі радикальної трахелектомії з приводу початкових форм інвазивного РШМ.

Метою дослідження було оцінити стан менструальної функції і фертильність у жінок після органозберігаючого лікування початкових форм ВПЛ-асоційованого інвазивного РШМ із застосуванням радикальної трахелектомії.

Об'єктом дослідження були 40 жінок після радикальної трахелектомії з приводу РШМ T_{1a1}N₀M₀, T_{1a2}N₀M₀, T_{1b1}N₀M₀. Умовами для виконання радикальної трахелектомії були: морфологічно підтверджений ВПЛ-асоційований плоскоклітинний рак, діаметр пухлини не більше 2 см, стадія IA₁ з лімфоваскулярною інвазією, стадія IA₂ – IB₁ (без ураження капілярного простору), відсутність метастатичного ураження тазових лімфатичних вузлів, бажання жінки мати дітей, вік жінки менше 40 років. Усі жінки, які брали участь у дослідженні, були подібними за віком, соціальним станом та репродуктивним анамнезом. Статистичний аналіз результатів проведено за допомогою «SPSS18.0» для «Windows» (SPSS – пакет програм для обробки статистичних даних для загальних наук) («IBM Corp.», «Amunk», NY) і за допомогою t-тестів парної вибірки, а рівень значущості становив p<0,05. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964 р., перегляд 2013 р.), Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Результати досліджень показали, що після радикальної трахелектомії менструальна функція відновилося у всіх пацієнток, що свідчить про задовільний стан як ендометрію, так і яєчників після проведеного лікування. Значних відмінностей у тривалості менструації та тривалості менструального циклу в порівнянні з доопераційним періодом не було. У 9 (22,5%) жінок зареєстровано альгодисменорею, що було пов'язано з особливостями загоєння матково-піхвового анастомозу, наслідком чого став розвиток стенозу цервікального каналу, у зв'язку з чим було проведено бужування цервікального каналу. Після радикальної трахелектомії самостійна спроба завагітніти була дозволена через 18–24 місяці. Самостійно жінки намагалися завагітніти протягом від 12 до 36 місяців регулярного статевго життя. Вагітність у природному циклі настала у 5 (12,5%) жінок через 16–20 місяців після оперативного втручання. Жінки, у яких вагітність у спонтанному циклі не настала протягом 24 місяців регулярного статевго життя, були включені до програми допоміжних репродуктивних технологій. На першому етапі 10 (25,0%) пацієнткам було проведено внутрішньоматкову інсемінацію, завдяки чому завагітніли 2 (5,0%) жінки після радикальної трахелектомії. Наступним етапом проведено екстракорпоральне запліднення, що супроводжувалося у трьох випадках інтраплазматичною ін'єкцією сперматозоїда в ооцит внаслідок астеноспермії у чоловіків. У 18 (45,0%) жінок індукцію суперувуляції проводили

з використанням «довгого» протоколу, у 15 (37,5%) пацієнток із застосуванням антагоністів гонадотропін-релізінг-гормону, в дозі 0,25 мг на добу, при досягненні домінантним фолікулом 14 мм в діаметрі. Введення рекомбінантних гонадотропінів починали на 2–4 день менструального циклу у дозі 150 МО на добу. Сумарна доза гонадотропінів у циклі стимуляції склала в середньому 1650 МО (1500–1800 МО). Тригером овуляції був людський хоріонічний гонадотропін, доза якого становила 5000–10000 ОД. Трансвагінальну пункцію яєчників та забір ооцитів проводили на 13–15 день менструального циклу, було отримано від 8 до 19 ооцитів гарної якості. Перенесення в порожнину матки виконували на 3–5 добу культивування ембріонів на стадії восьми бластомерів або бластоцисти трансвагінальним доступом. У 12 жінок настала маткова вагітність одним плодом внаслідок перенесення ембріонів гарної якості, що становить 36% успіху застосування програми допоміжних репродуктивних технологій і відповідає даним у загальній популяції. Слід зазначити, що рецидиву захворювання у пацієнток не спостерігалось, що демонструє не тільки можливість реалізації репродуктивної функції у даного контингенту жінок, але й онкологічну ефективність радикальної трахелектомії.

Висновок. Таким чином, проведені дослідження продемонстрували те, що репродуктивний потенціал жінок після органозберігаючого лікування початкових форм ВПЛ-асоційованого інвазивного РШМ із застосуванням радикальної трахелектомії значно знижений. Застосування допоміжних репродуктивних технологій у даного контингенту хворих виявляється не менш ефективним, ніж у популяції, і дозволяє досягти порівнянної частоти настання вагітностей.

Застосування методу ІФА Different в діагностиці різних форм сифілісу

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

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

Сучасна серологічна діагностика сифілісу, за виключенням скринінгового обстеження, має комплексний характер. Слід зазначити, що на теперішній час ні один серологічний метод який використовується не володіє 100% специфічністю. У ряді випадків, на фоні відсутності клінічних проявів інфекції, для постановки діагнозу необхідним є залучення всього арсеналу специфічних (трепонемних) діагностичних тестів. В зв'язку з цим, актуальною проблемою сифілідології є отримання достовірного результату з використанням специфічних методів, які володіють високою чутливістю і специфічністю та направлені на зменшення об'єму необхідних серологічних досліджень.

Метою даної роботи явилось вивчення динаміки визначення окремих рекомбінантних антитіл до *T. pallidum* для верифікації діагнозу різних форм сифілісу.

Матеріали і методи. Обстежено 169 зразків сироватки крові та 13 зразків ліквору отриманих від пацієнтів з різними формами сифілісу. Дослідження проводилося за метод імуноферментного аналізу (ІФА Different).

Результати і обговорення: Метод імуноблот (ІБ) – спосіб діагностики сифілісу, що включає використання тестових стрипів з електрофоретично розділеними антигенами *T. pallidum*, в лунках яких окремо сорбовані рекомбінантні білки Tr15, Tr17, Tr41 та Tr47. Стрипи блокують та інкубують із зразком розведеної сироватки, ліквору пацієнта, під час чого специфічні антитіла зв'язуються з антигенами, потім застосовують ферментний кон'югант, завдяки цьому відбувається кольорова реакція, яка діагностується імуноферментним аналізатором.

Всі 169 зразків сироватки крові були обстежені на наявність сумарних специфічних імуноглобулінів IgM та IgG до *T. pallidum* за ТТ методами ІФА та РПГА. Для верифікації діагнозу та подальшого лікування і спостереження за пацієнтом всі позитивні за ТТ тестами сироватки та ліквору були досліджені за методом ІФА Different.

Результати імунологічного дослідження на наявність антитіл до окремих рекомбінантних білків *T. pallidum* Tr15, Tr17, Tr41, Tr47, що використовуються в рамках регламентованих лабораторних досліджень на сифіліс методом ІФА Different, дало нам можливість верифікувати активну форму інфекції: з позитивністю до всіх 4 білків у 69 (40,83%) та з позитивністю до 3 білків в різній комбінації (Tr15, Tr17, Tr41 або Tr47) у 42 (24,85%) випадках.

Проліковану сифілітичну інфекцію в анамнезі, при наявності трепонемних антитіл до 2 рекомбінантних білків (Tr15, Tr17) діагностували у 33 (19,53%) випадках; до 1 білка (Tr17) у 20 (11,83%) випадках і не виявлено трепонемних антитіл до рекомбінантних білків у 5 (2,96%) випадках.

Отримані результати лабораторних досліджень дали нам можливість здійснити ймовірну верифікацію ранніх, пізніх / прихованих / неуточнених форм сифілісу та нейросифілісу у 117 (64,3%) пацієнтів і виключити дану інфекцію у 65 (35,7%) пацієнтів відповідно, від попередньо поставленого лікарем клініко-лабораторного діагнозу сифілітичної інфекції.

Рекомбінантні білки Tr15, Tr17, Tr41 та Tr47, що знаходяться в тест системі ІФА Different відносяться до так званих «імунодомінантних» антигенів, що зумовлюють формування найбільш вираженої імунної відповіді при сифілісі. В ході дослідження нами отримані значення які суттєво варіюють, показово знижуючись у разі пролікованих форм сифілісу та нейросифілісу.

Висновки. Таким чином, для диференціальної діагностики стадій та клінічних форм сифілісу, реінфекції та пролікованих пацієнтів показано проведення лабораторного дослідження зразків сироватки, ліквору для виявлення імуноглобулінів до окремих специфічних білків *T. pallidum* за методом ІФА Different. Використання даного методу, дає можливість відмовитися від трудомістких та суб'єктивних методів дослідження, підвищити ефективність діагностики та зменшити кількість хибних результатів, пов'язаних з неспецифічною реактивністю сироваток.

Регенеративна терапія як сучасний метод лікування андрогенетичної alopecії

Біловол А.М., Агапова М.Д.

Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Андрогенетична alopecія (АГА) – це прогресуюче облісіння у чоловіків та жінок, спричинене генетично детермінованою підвищеною чутливістю волосяних фолікулів до андрогенів (переважно дигідротестостерону), що призводить до їх мініатюризації. Стандартним лікуванням є міноксидил та фінастерид, однак їх ефективність є обмеженою, препарати потребують безперервного застосування та можуть викликати побічні ефекти. Саме ці недоліки спонукають до пошуку альтернативного, ефективного та безпечного лікування. Регенеративна терапія є новим напрямом у лікуванні андрогенетичної alopecії і має на меті стимуляцію росту волосся шляхом відновлення функції волосяних фолікулів.

Мета. Оцінити ефективність сучасних методів регенеративної терапії у лікуванні андрогенетичної alopecії.

Матеріали і методи. Проведено огляд та аналіз наукових статей та клінічних досліджень, присвячених сучасним напрямкам регенеративної терапії андрогенетичної alopecії. Отримані дані було узагальнено.

Результат. Низькоінтенсивна лазерна терапія (LLLT) часто застосовується в дерматології та є ефективним методом лікування андрогенетичної alopecії. Хоча точний механізм її впливу на ріст волосся повністю не вивчений, вважається, що використання світлового випромінювання довжиною хвиль 650–1200 нм стимулює ріст волосся, переводячи волоссяні фолікули з телогенової фази в фазу анагену, подовжуючи її та запобігаючи передчасному переходу у катагенну фазу.

У дослідженнях з використанням пристроїв з довжиною хвиль 655 нм пацієнти проходили 3 сеанси по 8–15 хвилин щотижня. Результати продемонстрували значне покращення у пацієнтів вже через 3 місяці. Лікування тривало від 6 до 12 місяців, а ефект зберігався до 24 місяців. Побічні ефекти LLLT були мінімальними, що робить цей метод безпечним та ефективним.

Плазмотерапія (PRP-терапія) – це ще один популярний метод у дерматології. Для процедури використовують власну кров пацієнта, збагачену тромбоцитами. У плазмі міститься велика кількість альфа-гранул, що виділяють важливі фактори росту: тромбоцитарний фактор росту (PDGF), ендотеліальний фактор росту судин (VEGF) та інші. Вони сприяють зменшенню фолікулярного апоптозу та росту фолікулів, подовжуючи анагенну фазу.

Дослідження за участю 177 пацієнтів продемонструвало значне збільшення кількості волосся в порівнянні з вихідним рівнем. Плазму в шкіру голови вводили раз на місяць протягом 4 місяців. В результаті спостерігалось збільшення росту волосся, що досягало піку вже через 3 місяці, а ефект підтримувався протягом року. Чутливість шкіри голови та тимчасовий набряк були основними побічними ефектами для цього методу.

Терапія з використанням стовбурових клітин викликає значний інтерес науковців як потенційний метод лікування АГА. Для цього методу використовують мезенхімальні стовбурові клітини жирової тканини або стовбурові клітини власних фолікулів волосся пацієнта та вводять в шкіру голови. Хоча дослідження цієї терапії перебувають на ранній стадії, вже зараз результати досліджень вказують на ефективність цього методу.

Висновок. Регенеративна терапія є сучасним та перспективним підходом до лікування пацієнтів з андрогенетичною alopecією. Ці методи можна використовувати як альтернативне лікування для пацієнтів, які не реагують на міноксидил і фінастерид, або мають до них побічні ефекти.

Список використаних джерел

1. Chin H. Ho; Tanuj Sood; Patrick M. Zito. Androgenetic Alopecia. – 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430924/>
2. M. Kaiser, R. Abidin, S.I. Gaumond, N.T. Issa, J.J. Jimenez. Treatment of Androgenetic Alopecia: Current Guidance and Unmet Needs. – 2023. https://www.researchgate.net/publication/371185983_Treatment_of_Androgenetic_Alopecia_Current_Guidance_and_Unmet_Needs
3. A. Paichitrojana, A. Paichitrojana. Platelet Rich Plasma and Its Use in Hair Regrowth: A Review. – 2022. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8922312/>
4. K. Krefft-Trzcieniecka, Z. Piękowska, D. Nowicka, J.C. Szepietowski. Human Stem Cell Use in Androgenetic Alopecia: A Systematic Review. – 2023. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10047891/>

Ефективність та переваги вузькосмугової UVB-фототерапії в лікуванні вітіліго

Біловол А.М., Горбунова А.Ю.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Вітіліго – це нерідкісне хронічне захворювання, що характеризується ділянками депігментованої шкіри, спричинених втратою епідермальних меланоцитів та їх функцій [2]. Для лікування цього захворювання використовуються різні медикаментозні методи, включаючи топічні і системні стероїди, імуномодулятори, вузькосмугова ультрафіолетова фототерапія, псорален з ультрафіолетом (PUVA), вітамінні добавки. У наш час фототерапія стає все більш популярною, адже вона демонструє свої переваги над іншими способами лікування завдяки мінімізації побічних ефектів, механізму дії, що ближчий до патогенезу і діє більш «фізіологічно», забезпечуючи гарантію результату та високу ефективність [1,4].

Метою дослідження було визначити та описати ефективність та переваги вузькосмугової UVB-фототерапії в лікуванні вітіліго, проаналізувати її потенціал за допомогою статистичних даних.

Матеріали та методи дослідження. Було проведено огляд наукових публікацій присвячених ефективності вузькосмугової UVB-фототерапії в лікуванні вітіліго, з подальшим аналізом та узагальненням поданої в них інформації.

Результати. Раніше еталоном для репігментації шкіри була фототерапія з псораленом та PUVA, проте в останні роки їй на зміну прийшла високошмугова фототерапія [1;3]. Таке рішення обґрунтоване з огляду на дослідницькі показники, де продемонстровано покращену клінічну результативність та можливість уникнути більшості ускладнень.

Вузькосмугове UVB передбачає використання УФ-лампи з піком випромінювання близько 311 нм. Ці коротші довжини хвиль забезпечують вищу енергію та спричиняють меншу гіперемію шкіри. Така довжина хвилі забезпечує проникнення в епідерміс та верхні шари дерми, запускаючи процес пригнічення активованих цитотоксичних Т-клітин та їх рекрутування, шляхом зменшення протизапальних цитокінів, паралельно з цим посилюється активність Т-рег, які гальмують імунну відповідь, не даючи атакувати меланоцити та сприяють синтезу меланіну. Крім того, сам ефект репігментації обумовлений здатністю ультрафіолетових променів стимулювати проліферацію та міграцію меланоцитів зі шкіри навколо осередку ураження, активувати дозрівання недиференційованих меланоцитів у волоссяних фолікулах [1;5].

Як зазначено в огляді сучасних досліджень значно посилена репігментація була досягнута у пацієнтів, які проходили курс терапії вузькосмуговим UVB, порівняно з тими, хто лікувався PUVA. Після 12 місяців терапії 75% пацієнтів досягли рівня легкої репігментації ($\geq 25\%$) на на обличчі, тулубі, руках і ногах, 56,8% з досліджуваної групи мали помірну ($\geq 50\%$) і 35,7% – високу ($\geq 75\%$). В той час як при лікуванні PUVA помірну відповідь досягло лише 34,3% учасників, а високу – 13,6% [1].

З точки зору побічних реакцій, вони не є суттєвими і зводяться до еритеми, сухості, свербіж. Опіки трапляються досить рідко і свідчать про неправильний підбір дозування [2]. Різні дослідження не фіксували збільшення кількості плоскоклітинних карцином, базальноклітинного раку або злоякісних меланом у пацієнтів з вітіліго, які лікувалися NB-UVB. Це контрастує зі звітами, які документують підвищений ризик плоскоклітинних карцином і меланом у пацієнтів, які лікувалися PUVA [3;4].

Висновки. Застосування вузькосмугової UVB фототерапії демонструє дуже високу клінічну ефективність у лікуванні вітіліго. Поряд з цим характеризується сприятливим профілем безпеки, що робить його кращим вибором для пацієнтів.

Список використаних джерел:

1. Wang E., Rodrigues M. An update and review of narrowband ultraviolet B phototherapy for vitiligo // *Dermatology and Therapy*. – 2022.
2. Costa A.L. T. P., de Menezes J.G., Beltrame M.L., da Silva B.V., Lima D.F., Artioli D.P., Buzanello M.R., Bertolini G.R.F. Effectiveness of narrowband ultraviolet on vitiligo: A systematic review // *Dermato*. – 2024.
3. Phulari, Y. J.; Kukreja, R.; Hiremath, R. N.; Patil, C. C.; Patel, P. – Vitiligo: Prevalence, Clinical Patterns, and Efficacy of Narrow Band Ultraviolet B Phototherapy. – 2023
4. Bishnoi, A.; Parsad, D. – Phototherapy for vitiligo: A narrative review on the clinical and molecular aspects, and recent literature. – 2024.
5. Myers, E.; Kheradmand, S.; Miller, R. – An Update on Narrowband Ultraviolet B Therapy for the Treatment of Skin Diseases. – 2021

Урбанізація та забруднення повітря як фактори розвитку atopічного дерматиту серед населення

Біловол А.М., Іпатова А.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Атопічний дерматит (АД) – це хронічне запальне захворювання шкіри, що виникає через комплекс взаємодії різних чинників, таких як генетичних, імунологічних і екологічних. За даними наукових досліджень, за останні десятиліття спостерігається тенденція до сталого зростання поширеності АД серед населення різних країн, зокрема в Україні. Такі фактори як урбанізація та забруднення повітря, особливо через індустріалізацію та лісові пожежі, може сприяти розвитку та загостренню АД серед міського населення країн [1].

Мета дослідження. Провести аналіз впливу урбанізації та забруднення повітря на клітинному та молекулярному рівнях реалізації патогенезу atopічного дерматиту. Визначити взаємозв'язок цих факторів з розвитком та поширеністю atopічного дерматиту серед дітей і дорослих.

Матеріали та методи. Дане дослідження ґрунтується на аналізі наукових публікацій із міжнародних баз *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science*, зокрема даних клінічних, епідеміологічних досліджень і систематичних оглядів.

Результати. У роботі було визначено, що комплексний вплив на шкіру людини має забруднення повітря. Дрібнодисперсні частки (PM_{2.5} та PM₁₀), оксиди азоту, озон, діоксид сірки та поліциклічні ароматичні вуглеводи діють на молекулярному та клітинному рівні на кератиноцити шкіри людини викликаючи в них оксидативний стрес [2,3]. Вони активують NF- κ B- та MAPK-сигнальні шляхи, провокуючи реакції запалення у шкірі. У результаті відбувається активація Th2-імунної відповіді, що викликає підвищенням продукції інтерлейкінів, таких як: IL-4, IL-5 та IL-13. Цей каскад реакцій сприяє хронізації запального процесу в організмі. Крім того, структурні порушення певних білків (наприклад, філаггріну), керамідів і антимікробних пептидів мають значення для розвитку АД, так як це призводить до пошкодження епідермального бар'єру, що підвищує проникність шкіри для алергенів і мікроорганізмів. Епігенетичні зміни, викликані поллютантами, можуть також формувати підвищену схильність до АД у наступних поколіннях [4,1].

Епідеміологічні дані підтверджують пряму залежність між урбанізацією і поширеністю АД. За узагальненими даними різних наукових досліджень проведених за останні 10 років у країнах Європи серед дітей у містах захворюваність становить в діапазоні 15–20%, тоді як у сільській місцевості досягає лише 8–10% [4,5]. В Україні рівень захворюваності серед дітей зріс із 6,5 випадків на 1000 у 2015 р. до понад 9 випадків на 1000 у 2022 р. В залежності від регіону в Україні було зафіксовано від 9% до 28,5% поширеність АД, при цьому найвищі показники спостерігалися в промислових регіонах країни [6]. Серед дорослого населення поширеність АД у країнах із високим рівнем забруднення, зокрема у мегаполісах Азії (наприклад Китаю) сягає 7–10%, тоді як у розвинених європейських країнах та США – 2–5% [7]. В Україні реєстрація захворювання серед дорослого складає близько 3–4%, хоча фахівці вказують на значне недооцінювання ситуації у зв'язку з низьким зверненням пацієнтів до лікарень.

Причинами зростання захворюваності серед населення також є фактори, що супроводжують урбанізацію: хронічний стрес, зменшений контакт із природним мікробіомом (гігієнічна гіпотеза), урбаністичні зміни в харчуванні та якості їжі, недостатня вологість повітря у закритих приміщеннях [8]. Розрахунки прогнозу щодо поширеності розвитку АД свідчать, що за умов подальшої урбанізації й без боротьби з підвищенням забруднення довкілля до 2050 р. поширеність АД у міських регіонах може зрости до 20–25% [9].

Висновки. Такі фактори, як урбанізація та забруднення повітря відіграють ключові ролі у розвитку atopічного дерматиту серед населення. Вони викликають цикл оксидативного стресу в клітинах, посилюють Th2-залежний шлях запалення та порушують функції епідермального бар'єру. Дослідницькі дані демонструють зростання захворюваності серед дітей і дорослих у містах, зокрема в Україні. Це вимагає комплексного підходу до профілактики АД, включаючи моніторинг забруднення навколишнього середовища та його корекцію у містах та селах, інформування громадськості та подальші дослідження механізмів патогенезу АД для розробки ефективних стратегій лікування та превенції.

Список літератури

1. Fadadu RP, Abuabara K, Balmes JR, Hanifin JM, Wei ML. Air Pollution and Atopic Dermatitis, from Molecular Mechanisms to Population-Level Evidence: A Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 31;20(3):2526. doi: 10.3390/ijerph20032526. PMID: 36767891; PMCID: PMC9916398.
2. Lee JH, Lee HS, Park MR, Lee SW, Kim EH, Cho JB, Kim J, Han Y, Jung K, Cheong HK, Lee SI, Ahn K. Relationship between indoor air pollutant levels and residential environment in children with atopic dermatitis. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2014 Nov;6(6):517–24. doi: 10.4168/aaair.2014.6.6.517. Epub 2014 Sep 11. PMID: 25374751; PMCID: PMC4214972.
3. Hsiao YY, Chen YH, Hung WT, Tang KT. The relationship between outdoor air pollutants and atopic dermatitis of adults: A systematic review and meta-analysis. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2022 Dec;40(4):295–307. doi: 10.12932/AP-060922–1448. PMID: 36681656.
4. Kowalska-Oleđzka E, Czarnecka M, Baran A. Epidemiology of atopic dermatitis in Europe. *J Drug Assess*. 2019 Jun 12;8(1):126–128. doi: 10.1080/21556660.2019.1619570. PMID: 31232396; PMCID: PMC6566979.
5. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Ann Nutr Metab*. 2015;66 Suppl 1:8–16. doi: 10.1159/000370220. Epub 2015 Apr 24. PMID: 25925336.
6. Volosovets O, Bolbot Y, Beketova G, Berezenko V, Umanets T, Rechkina O, Mituriyaeva-Korniyko I, Volosovets T, Pochinok T. Allergic and non-allergic skin diseases in children of Ukraine: a retrospective study of the prevalence and incidence over the past 24 years. *Med. perspekt. [Internet]*. 2021 Sep;30 [cited 2025 Oct 7];26(3):188–96.
7. Bylund S, Kobyletzki LB, Svalstedt M, Svensson . Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol*. 2020 Jun 9;100(12):adv00160. doi: 10.2340/00015555–3510. PMID: 32412646; PMCID: PMC9189744.
8. Mahdavinia M, Greenfield LR, Moore D, Botha M, Engen P, Gray C, Lunjani N, Hlela C, Basera W, Hobane L, Watkins A, Mankahla A, Gaunt B, Facey-Thomas H, Landay A, Keshavarzian A, Levin ME. House dust microbiota and atopic dermatitis; effect of urbanization. *Pediatr Allergy Immunol*. 2021 Jul;32(5):1006–1012. doi: 10.1111/pai.13471. Epub 2021 Mar 9. PMID: 33570236.
9. GBD2021 Asthma and Allergic Diseases Collaborators. Global, regional, and national burden of asthma and atopic dermatitis, 1990–2021, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Respir Med*. 2025 May;13(5):425–446. doi: 10.1016/S2213–2600(25)00003–7. Epub 2025 Mar 24. PMID: 40147466.

Сучасний цифровий метод дослідження шкіри

Біловол А.М., Капелько А.П.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Одна з найпоширеніших онкологічних патологій в Україні – це злоякісні новоутворення шкіри, вони складають близько 10% усіх випадків. Лікарі звернули увагу на стабільну тенденцію до зростання кількості хворих на рак шкіри, тому фахівці рекомендують проходити профілактичне обстеження невисів раз на рік за допомогою сучасного обладнання.

Мета. Ознайомити лікарів дерматологів із методом використання цифрової дерматоскопії для ранньої діагностики меланоми та інших новоутворень шкіри, щоб вони мали можливість скласти план лікування найбільш ефективно.

Методика застосування. Цифрова дерматоскопія – це сучасний, безболісний та неінвазивний метод діагностування шкіри, який дає можливість лікарям оцінити структуру новоутворень.

За допомогою цифрового дерматоскопа можливо отримати збільшення від 100 до 140 разів, а також створити цифрову карту родимок, яка дає можливість у подальшому спостерігати за утвореннями шкіри.

Результати. Цифрова дерматоскопія не має протипоказань і не потребує пошкодження шкіри, тому є безпечною та ефективною процедурою, більше ніж 90% випадків новоутворень шкіри за результатами дерматоскопії підтверджується аналізами.

Застосування. Цифрова дерматоскопія використовується для діагностики та моніторингу різноманітних новоутворень шкіри, зокрема, папілом, бородавок, пігментних невусів та інших.

Висновок. Ми ознайомили лікарів дерматологів із сучасним методом цифрової дерматоскопії, щодо використання даного методу в ранньому діагностуванні шкірних новоутворень. У дерматології цифрова дерматоскопія є надійним методом, що дозволяє своєчасно диференціювати доброякісні утворення шкіри від злоякісних та забезпечити індивідуальний підхід до вибору оптимальної тактики лікування.

Перелік посилань

1. Diagnostic Dermatoscopy, second edition. Jonathan Bowling.
2. <https://innovacia.com.ua/dermatoskopiya>
3. Український журнал дерматології, венерології косметології № 4(91) 2023; Р.В. Грищенко, О.В. Богомолец, В.І. Степаненко.
4. Дерматоскопія та рак шкіри. Розендаль К та Марозава А.
5. <https://spizhenko.clinic/uk/diagnostika/tsifrovaya-dermatoskopiya-raka-kozhi-kiev>

Вплив захворювань шлунково-кишкового тракту на розвиток atopічного дерматиту (atopічної екземи)

Біловол А.М., Сергієнко Г.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Atopічний дерматит (atopічна екзема) – хронічне алергічне захворювання шкіри, що виникає в осіб з певною генетичною схильністю до atopії. Взаємозв'язок між розвитком atopічного дерматиту із захворюваннями шлунково-кишкового тракту вимагає детального вивчення для розуміння подальшої діагностики та комплексного лікування пацієнтів з даними патологіями [1–3,6–8]. Виявлення ролі кишкової проникності у тяжкості перебігу atopічного дерматиту відкриває перспективи для нових терапевтичних підходів [5].

Мета. З'ясувати можливість впливу захворювань шлунково-кишкового тракту на розвиток та перебіг atopічного дерматиту з акцентом на патофізіологічні механізми та причинно-наслідкові зв'язки.

Матеріали та методи. Для підготовки роботи проведено аналіз сучасних наукових джерел. До огляду включено вісім основних статей, що висвітлюють асоціації між atopічним дерматитом та захворюваннями шлунково-кишкового тракту: когортні популяційні дослідження [1, 2, 6], менделівську рандомізацію [3;7;8], систематичний огляд та мета-аналіз [4], а також клінічне дослідження з оцінкою біомаркерів кишкової проникності [5].

Результати. У когортному дослідженні з Тайваню було показано, що наявність неалкогольної жирової хвороби печінки (NAFLD) не підвищує ризику розвитку atopічного дерматиту. Навпаки, у пацієнтів молодшої вікової групи (<40 років) ризик розвитку дерматиту був на 20% нижчим (aHR = 0,93), що не підтверджує наявності прямого зв'язку між метаболічними порушеннями печінки та atopічною екземою [4].

У масштабному популяційному когортному дослідженні, в якому проаналізовано дані понад 20 мільйонів осіб, виявлено, що atopічна екзема асоційована із розвитком таких захворювань шлунково-кишкового тракту, як: запальні захворювання ШКТ (хвороба Крона, виразковий коліт), аутоімунні хвороби (целиакия, аутоімунне ураження печінки), синдром подразненого кишківника та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Найвищі ризики спостерігалися серед пацієнтів із тяжким перебігом atopічного дерматиту [2;6].

Декілька рандомізованих досліджень, які були проведені за методом Менделя підтверджують існування причинно-наслідкового зв'язку між atopічним дерматитом і запальними захворюваннями кишківника [3,7, 8].

Результати дослідження, проведеного Lin D.K.H., Chang H.C. довели, що у пацієнтів з atopічним дерматитом існує функціональний взаємозв'язок між дерматологічною патологією та змінами моторики кишківника. У таких пацієнтів ймовірність розвитку синдрому подразненого кишечника буде вище. [4].

Клінічне дослідження, виявило, що дорослі пацієнти з atopічним дерматитом мають підвищену кишкову проникність. Шкідливі метаболіти кишківника підвищують аутоімунізацію організму вцілому. Дане дослідження підтверджує взаємозв'язок стану кишкової мікробіоти та стану шкіри. Це надає можливості для пошуку нових терапевтичних стратегій. А також підтверджує необхідність корекції дієти пацієнтів [5].

Висновки. Аналіз сучасних досліджень показав, що atopічний дерматит тісно пов'язаний із захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Дані висновки підкреслюють необхідність комплексного підходу до діагностики та лікування пацієнтів з atopічним дерматитом з урахуванням можливих гастроентерологічних порушень.

Перелік посилань

1. Gau S.Y., Wang Y.H., Wu Y.C., Tsai T.F. The association between non-alcoholic fatty liver disease and atopic dermatitis: a population-based cohort study / Gau S.Y., Wang Y.H., Wu Y.C., Tsai T.F. // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. – 2023. – Vol. 37, № 10. – P. 2005–2013.
2. Matthewman J., Thomas S., Whitaker H., Mansfield K.E., Langan S.M., Abuabara K., Wong A.Y.S. Long-term health consequences of eczema: a population-wide cohort study / Matthewman J., Thomas S., Whitaker H., Mansfield K.E., Langan S.M., Abuabara K., Wong A.Y.S. // Nature Communications. – 2024. – Vol. 15, № 1. – P. 5362.
3. Meisinger C., Freuer D. Bidirectional association between inflammatory bowel disease and atopic dermatitis: a Mendelian randomization study / Meisinger C., Freuer D. // Inflammatory Bowel Diseases. – 2022. – Vol. 28, № 5. – P. 673–680.
4. Lin D.K.H., Chang H.C. Irritable bowel syndrome in patients with allergic rhinitis or atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis / Lin D.K.H., Chang H.C. // Allergy. – 2025. – Vol. 80, № 2. – P. 245–258.
5. Blicharz L., Sokolowska-Wojdylo M., Renke J., et al. Markers of increased intestinal permeability and gut metabolites are associated with disease severity in adult atopic dermatitis / Blicharz L., Sokolowska-Wojdylo M., Renke J., et al. // Scientific Reports. – 2025. – Vol. 15, № 1. – P. 15521.
6. Matthewman J., Schulze A., Strongman H., Krishnan Bhaskaran K., Roberts A. Cohort studies on 71 outcomes among people with atopic eczema in UK primary care data / Matthewman J., Schulze A. // Nature Communications. – 2024. – Vol. 15, № 1. – P. 9573.
7. Li J., Wang L., Ma Y., Liu Y. Inflammatory bowel disease and allergic diseases: A Mendelian randomization study / Li J., Wang L., Ma Y., Liu Y. // Pediatr Allergy Immunol. – 2024. – Vol. 35, № 5. – e14147.
8. Elhage K.G., Kranyak A., Jin J.Q., Haran K., Spencer R.K., Smith P.L., Davis M.S., Hakimi M., Bhutani T., Liao W. Mendelian Randomization Studies in Atopic Dermatitis: A Systematic Review / Elhage K.G., Kranyak A. // J Invest Dermatol. – 2024. – Vol. 144, № 5. – P. 1022–1037.

Використання штучного інтелекту для діагностики раку шкіри

Біловол А.М., Тараненко Д.Є.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Рак шкіри – найбільш поширена група онкологічних захворювань в усьому світі та Україні в тому числі. Станом на 2024 рік серед усіх випадків злоякісних новоутворень в Україні немеланомні форми раку шкіри займають 18.3% від усіх випадків і 2.8% належать власне меланомі. При ранньому виявленні меланоми шанси на виживання впродовж 5 років становлять більше 90%, тому в дерматології все частіше розглядаються засоби, що можуть допомогти з діагностикою і одним з таких методів може стати використання штучного інтелекту.

Мета. Метою є інформування лікарів дерматологів та лікарів інших спеціальностей щодо можливості застосування штучного інтелекту для визначення раку шкіри.

Матеріали і методи. В численних дослідженнях розглядається можливість використання штучного інтелекту для діагностики раку шкіри. В сучасних реаліях можливе використання різних моделей ШІ: починаючи від тих, що потребують меншої кількості ресурсів, такі як MobileNetV2, так і більш просунутих на кшталт GoogLeNet.

Основою для визначення раку шкіри штучними інтелектами є машинне навчання в процесі якого ШІ вчиться на основі великих масивів дерматологічних зображень, що зумовлює його потенціал для діагностики: чим більше даних – тим кращий результат.

Результати. У великому дослідженні, опублікованому в журналі Computers in Biology and Medicine проводився експеримент, в процесі якого попередньо навчений штучний інтелект та спеціалісти дерматологи визначали патологію за дерматоскопічними, клінічними та гістопатологічними знімками, оцінювали чутливість до злоякісних уражень та специфічність діагнозу.

При визначенні патології за дерматоскопічними знімками було проведено 7 досліджень з різними моделями ШІ, в 7 з 7 дослідженнях ШІ показав кращий результат ніж спеціалісти.

Під час визначення клінічних знімків використовувались знімки зняті на телефон чи звичайну камеру без наближення. Було проведено 4 дослідження, в 3 роботах ШІ показав рівний зі спеціалістами результат і в 1 випадку поступився їм

Схожі результати були отримані при дослідженні гістопатологічних знімків. При проведенні 4 досліджень в 3 ШІ не поступався спеціалістам і в 1 його результат виявився гіршим.

Представлені дослідження використовували одну, попередньо навчену модель ШІ, тим не менш присутні дослідження, що наводять можливість утворення ансамблів штучних інтелектів, що усувають проблеми один одного і показують кращий результат при діагностуванні.

Варто зазначити, що штучний інтелект потребує чимало ресурсів для власного навчання, йому потрібні великі масиви даних для обробки, час та розрахувальні потужності для їх обробки, що відображає фінансовий недолік штучного інтелекту. Крім того, сам по собі ШІ не визначить хворобу, оскільки спроможний аналізувати зображення, а не аналізувати клінічну картину загалом: загальний вид пацієнта, його колір шкіри, засмага, частота з якою зустрічаються утвори, тощо. Незважаючи на позитивний досвід використання для діагностування шкірних захворювань, ШІ залишається інструментом, а не заміною кваліфікованих спеціалістів.

Висновок. Ми ознайомили лікарів дерматологів та лікарів інших спеціальностей щодо сучасних можливостей використання штучного інтелекту для визначення раку шкіри. Штучний інтелект показав себе як досить успішний інструмент, що має потенціал у подальшому використанні для раннього діагностування у дерматологічній онкології.

Перелік посилань

1. <https://www.iarc.who.int/cancer-type/skin-cancer>
2. CANCER IN UKRAINE2023–2024, Incidence, mortality, prevalence and other relevant statistics. Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine, Vol. 26
3. http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_26/PDF_E/09-str_kont_all.pdf
4. Melanoma Survival Rates | Melanoma Survival Statistics | American Cancer Society
5. Manu Goyal, Thomas Knackstedt, Shaofeng Yan, Saeed Hassanpour, Artificial intelligence-based image classification methods for diagnosis of skin cancer: Challenges and opportunities, Computers in Biology and Medicine, Volume 127, 2020.
6. K. Thurnhofer-Hemsi, E. López-Rubio, E. Domínguez and D.A. Elizondo, «Skin Lesion Classification by Ensembles of Deep Convolutional Networks and Regularly Spaced Shifting.» in IEEE Access, vol. 9, pp. 112193–112205, 2021, doi: 10.1109/ACCESS.2021.3103410
7. Esteve A, Kuprel B, Novoa RA, Ko J, Swetter SM, Blau HM, Thrun S. Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. Nature. 2017 Feb 2;542(7639):115–118. doi: 10.1038/nature21056. Epub 2017 Jan 25. Erratum in: Nature. 2017 Jun 28;546(7660):686. Doi 10.1038/nature22985. PMID: 28117445; PMCID: PMC8382232.
8. Martínez-Vargas, E.; Mora-Jiménez, J.; Arguedas-Chacón, S.; Hernández-López, J.; Zavaleta-Monestel, E. The Emerging Role of Artificial Intelligence in Dermatology: A Systematic Review of Its Clinical Applications. *Dermato* **2025**, *5*, 9. <https://doi.org/10.3390/dermato502009>

Особливості перебігу фолікуліту Гоффмана у військовий час

Вітковська М.О.

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

У сучасних умовах військового часу з підвищеним психоемоційним навантаженням спостерігається зростання частоти складних хронічних дерматозів, серед яких особливе місце займають інфекційні дерматози такі як фолікуліт Гоффмана. Ця патологія є відносно новою та демонструє поєднання імунотропних, мікроциркуляторних і психонейроендокринних механізмів, що обумовлюють хронічний, резистентний перебіг. Відомо, що у пацієнтів із фолікулітом Гоффмана виявляється гіперкератотична оклюзія волоссяних фолікулів, мікробна колонізація (*Staphylococcus aureus*, *Cutibacterium acnes*), надмірна продукція прозапальних цитокінів (IL-1 β , TNF- α , IL-17) і стійке формування гнійно-деструктивних вогнищ із рубцевою alopecією.

Мета роботи – дослідження взаємозв'язку психоемоційного стресу і клініко-морфологічних проявів складних дерматозів, таких як фолікуліт Гоффмана.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на основі клінічного спостереження за 17 пацієнтами, збору анамнезу хворих, аналізу сучасної літератури.

Результати та обговорення. У хворих на фолікуліт Гоффмана, що знаходилися на лікуванні у відділенні дерматології інституту, спостерігаються глибокі болючі вузли з гнійним вмістом, підриваючими ходами, рубцюванням і рецидивами після хірургічного розтину у інших профільних стаціонарах, які вказують на стійкий аутоімунно-запальний характер процесу.

Хронічний психоемоційний та фізичний стрес у військових імовірно активує осі «гіпоталамус – гіпофіз – наднирки» (HPA-вісь) та симпатичну нервову систему, що призводить до дисрегуляції імунної відповіді та підвищує ризик шкірних запалень. Тривале носіння шолома спричиняє механічний тиск, порушення мікроциркуляції та підвищену пітливість волосистої ділянки голови, створюючи сприятливе середовище для локального запалення шкіри. Підвищена чутливість до фолікулярних бактерій та активація цитокінового каскаду (IL-1, IL-6, TNF- α) сприяють розвитку глибокого фолікулярного запалення. Ослаблений роговий шар та ліпідна мантія у поєднанні з підвищеною пітливістю підтримують тривале утримання бактерій і хронізацію запального процесу. Комплексна взаємодія системного стресу, локального механічного впливу та дисрегульованого імунітету є ключовим механізмом розвитку дерматологічних ускладнень у військовому контексті. Для профілактики таких ускладнень доцільно одночасно управляти системним стресом, оптимізувати локальні умови мікроциркуляції та підтримувати бар'єрну функцію шкіри.

У результаті спостереження встановлено, що у 86% пацієнтів із фолікулярними деструктивними процесами відмічався виражений психоемоційний стрес, порушення сну, тривожність або депресивні симптоми, що корелювали з активністю дерматозу. Призначення системних ретиноїдів сприяло нормалізації кератинізації, зменшенню запальної активності й поступовому рубцюванню без нових вогнищ.

Висновки. Приймаючи до уваги зростання кількості хворих на цей рідкісний дерматоз – фолікуліт Гоффмана, треба враховувати комплексний вплив системного стресу, локальних механічних факторів та дисрегульованого імунітету на шкіру та волоссяні фолікули. Важливо приділяти особливу увагу пацієнтам, які перебувають у стресових або специфічних фізичних умовах, зокрема військовослужбовцям. Раннє виявлення та профілактика шкірних ускладнень дозволяє знизити ризик хронізації запального процесу, покращити якість життя пацієнтів та оптимізувати лікування. Це має значення для лікарів різних спеціальностей, оскільки інтегрований підхід до пацієнта допомагає ефективніше координувати профілактичні та лікувальні заходи, враховуючи як системні, так і локальні фактори ризику.