

38,2 %, суттєво ускладнюють проведення специфічної антибактеріальної терапії і небагато сприятно відображаються на результатах лікування. Так, якщо в 1989 г. припинення бактеріовиділення реєструвалося в 9 % випадків, то в 2013 г. — тільки 53,3 %, закриття полосок становило відповідно 81 і 57,8 %.

Висновки. Таким чином, на основі результатів дослідження можна зробити висновок, що епідеміологічна ситуація в Криму за аналізований період часу мала негативну динаміку і в даний час залишається достатньо напруженою.

УДК 615.281:546.18-3:616-002.5

Антимікробна активність низки нових нафталеновмісних четвертинних фосфонієвих сполук. Взаємозв'язок будови та антимікобактеріальної активності

А.В. Гуменна¹, О.М. Букачук²

¹ ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

² Чернівецький національний університет імені Ю. Федьковича, Чернівці, Україна

У зв'язку зі значним поширенням мікроорганізмів, які набули стійкості до багатьох антибактеріальних та антисептичних препаратів, дуже важливим є пошук речовин, які можна було б використовувати як антимікробні та антисептичні засоби. Ми провели дослідження низки нових нафталеновмісних четвертинних фосфонієвих сполук, а також закономірність «антимікробна активність — хімічна структура».

Антимікробну активність дослідних речовин вивчали на 6 тест-культурах мікроорганізмів за допомогою мікрометоду з використанням одноразових полістиролових планшетів та мікротитраторів Такачі.

Дані вивчення мінімальної інгібуючої концентрації нафталеновмісних фосфонієвих сполук свідчать про те, що введення трифенілфосфонійметильної групи в 1-ше положення нафталенового ядра призводить порівняно з нафталеном до появи протибактеріальної та протигрибкової активності. При цьому структура аніону практично не впливає на порядок активності, сполуки мають практично однакову антимікробну активність стосовно *E. coli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 25923, *E. faecalis* ATCC 29213, *P. aeruginosa* ATCC 27853, *B. subtilis* 8236 F 800 та *C. albicans* ATCC 885–653.

Таким чином, трифенілфосфонійметильна група відповідає за появу активності.

Уведення ацетильної групи в 5-те положення нафталенового ядра фосфонієвої солі зумовлює зниження протимікробної активності стосовно *E. coli* ATCC 25922, *E. coli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 25923, *E. faecalis* ATCC 29213. Це спостерігається, можливо, за рахунок зменшення розчинності речовини.

Заміна ацетильної групи на гідразонні фрагменти зумовлює підвищення активності щодо *E. coli* ATCC 25922, *P. aeruginosa* ATCC 27853, *B. subtilis* 8236 F 800 та *C. albicans* ATCC 885 – 653.

Установлено, що положення трифенілфосфонійметильної групи в ядрі нафталену мало впливає на антимікробну активність фосфонієвої солі, яка містить трифенілфосфонійметильну групу в 2-му положенні нафталенового ядра. Стосовно *E. coli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 25923, *E. faecalis* ATCC 29213 вона виявляє антимікробну активність у таких самих концентраціях щодо *P. aeruginosa* ATCC 27 853, *B. subtilis* 8236 F 800 та *C. albicans* ATCC 885 – 653 — дещо нижчу антимікробну активність.

Таким чином, пошук антимікробних засобів серед нафталеновмісних четвертинних фосфонієвих сполук залишається актуальним щодо подальшого дослідження як можливих високоефективних антисептичних речовин.

УДК 616.5-002.5-071-036.1

Особливості перебігу та клінічних виявів туберкульозу шкіри

О.І. Денисенко

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: dermatology@list.ru

Туберкульозна інфекція залишається однією з найактуальніших проблем медицини. За даними ВООЗ, нині у світі понад 60 млн хворих на туберкульоз, і при цьому їхня кількість щорічно зростає на 10 млн. Зазвичай туберкульозна інфекція насамперед уражає легені та внутрішні органи, шкіра завдяки її бар'єрним і захисним властивостям уражається вторинно. Лише окремі клінічні форми туберкульозу шкіри є первинними осередками туберкульозної інфекції.

В останні роки медики всього світу вказують на зміну клінічних виявів багатьох захворювань, зокрема

ї шкіри. Патоморфоз клінічного перебігу рееструють і відносно виявів туберкульозної інфекції на шкірі: змінюються структура захворюваності та частота клінічних форм її туберкульозного ураження.

За поширеністю на шкірі, глибиною ураження та особливостями клінічних виявів розрізняють обмежені й поширені форми туберкульозу шкіри. До обмежених належать первинний туберкульоз шкіри, туберкульозний вовчак, коліквативний (скрофулодерма), бородавчастий та виразковий туберкульоз шкіри. Серед поширених форм туберкульозу шкіри розрізняють: папуло-

некротичний та ущільнений (або індуративна еритема Базена), міліарний та ліхеноїдний.

Найпоширенішими формами туберкульозу шкіри в минулому і позаминулому століттях вважали обмежені форми – туберкульозний вовчак та коліквативний туберкульоз шкіри, які уражають відносно невеликі ділянки, проте внаслідок деструкції й виразкування елементів можуть призводити до руйнування шкіри, підшкірної основи і органів, котрі лежать під ними, що призводить до значного спотворення рис обличчя чи інших ділянок тіла. Можливий також розвиток ускладнень: переродження в рак (люпус-карцинома), розвиток бешихи чи лімфостаза.

Як засвідчують клінічні спостереження, в останні роки в світі, в тому числі й в Україні та Чернівецькій області, зокрема, найчастіше діагностують дисеміновані форми туберкульозу шкіри, а саме: папуло-некротичний та індуративний. Папуло-некротичний туберкульоз шкіри виникає переважно в молодих людей, висипка розташована симетрично на шкірі розгинальних поверхонь кінцівок, зрідка – на тулубі й обличчі. Елементи висипки мають вигляд дрібних округлих щільних ізольованих вузликів. Поступово в їхньому центрі розвивається некроз, утворюється кірочка чор-

ного кольору, після загоєння залишаються рубчики однакового розміру (немов штамповані) із пігментованими краями. Індуративний туберкульоз шкіри частіше виникає у жінок на задній поверхні гомілок у вигляді глибоких тістуватих або щільних вузлів, які розпадаються з утворенням виразок або поступово розсмоктуються, залишаючи пігментні плями. З меншою частотою реєструють бородавчастий та міліарний туберкульоз шкіри. Бородавчастий виникає переважно у ветеринарів, м'ясників та осіб, що доглядають за хворими на туберкульоз тваринами. На відкритих ділянках шкіри (частіше на руках) виникають бородавчасті горбики, які збільшуються і зливаються у осередки із лущенням на поверхні. Дисемінований міліарний туберкульоз шкіри переважно локалізується на обличчі, нагадуючи вугрову хворобу, однак може мати й поширений характер. Рідше виявляють виразковий та ліхеноїдний туберкульоз шкіри.

Таким чином, з огляду на збільшення захворюваності на туберкульозну інфекцію та патоморфоз її клінічних виявів, особливу увагу під час підготовки студентів, лікарів-інтернів та лікарів-слухачів потрібно надавати особливостям перебігу та структури захворюваності на туберкульоз шкіри.

УДК 378.016:616.5-002.5:614.254.3

Актуальні питання викладання теми: «Туберкульоз шкіри» лікарям-інтернам за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина»

О.І. Денисенко, М.П. Перепічка, М.Ю. Гаєвська

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: dermatology@list.ru

Одним із важливих розділів підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина» є удосконалення знань про вияви туберкульозу шкіри. Це зумовлено зростанням в останні роки в Україні захворюваності на туберкульоз, а також почастишанням випадків туберкульозного ураження шкіри та труднощів діагностики їх. Під час викладання аспектів туберкульозу шкіри лікарям-інтернам насамперед акцентують увагу на патоморфозі клінічного перебігу та зміні структури захворюваності на туберкульоз шкіри в сучасних умовах. Так, якщо в минулому й позаминулому століттях найчастіше реєстрували обмежені форми туберкульозу шкіри — туберкульозний вовчак, коліквативний та виразковий туберкульоз шкіри, які переважно мали обмежений характер, однак супроводжувалися значною деструкцією шкіри й спотворенням рис, то нині у всьому

світі, й Україні зокрема, частіше діагностують поширені форми захворювання — папуло-некротичний, ущільнений, міліарний та ліхеноїдний туберкульоз шкіри, які зазвичай мають доброякісний хронічний перебіг, не супроводжуються суб'єктивними відчуттями та порушенням загального стану, що призводить до запізненого звертання пацієнтів по медичну допомогу. Водночас поширені форми туберкульозу виявляються висипкою, яка має схожі клінічні вияви з іншими захворюваннями шкіри (вугровою хворобою, підерміями, фолікулярним кератозом, фурункулами, трофічними виразками тощо), що нерідко призводить до діагностичних помилок. Отже, висвітлення питань перебігу туберкульозу шкіри лікарям-інтернам має акцептуальне значення в плані своєчасної діагностики та лікування хворих з туберкульозним ураженням шкіри.