

висипки (у середньому на 2–3 дні) порівняно з хворими порівняльної групи, скоротило тривалість їх лікування (до  $17,3 \pm 1,23$  днів) щодо хворих порівняльної групи ( $21,8 \pm 1,42$  днів;  $p < 0,05$ ) та зменшило частоту рецидивів хронічних піодермій (в 1,63 разу) щодо хворих порівняльної групи (1,31 разу).

**Висновки.** Застосування пацієнтам із хронічною піодермією комбінованої низькоінтенсивної лазерної терапії сприяє прискоренню регресу пустульозних елементів висипки, скороченню термінів лікування та частоти рецидивів без розвитку ускладнень чи побічних реакцій.

## Показники системного імунітету та біоценозу кишечника у хворих на себорейний дерматит

М.В. Нарожна

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Актуальність.** Себорейний дерматит – хронічний папуло-сквамозний або еритемато-сквамозний дерматоз, характеризується вираженим лущенням, запаленням шкіри, свербіжем. Досі не існує єдиної точки зору на етіопатогенез себорейного дерматиту. Причин для розвитку цієї патології доволі багато, але, незважаючи на це, виокремити головну причину розвитку патологічного процесу досі не вдалося. Виділяють три основних чинники, що відіграють роль у розвитку дерматозу: підвищена секреція сальних залоз, зміни в колонізації та метаболізмі мікробіоти шкіри (*Malassezia* spp.) та збільшена індивідуальна чутливість.

**Мета дослідження** – визначити патогенетичну роль показників імунітету та біоценозу кишечника у хворих на себорейний дерматит.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням перебували 32 хворих віком 28–47 років, з них 20 чоловіків і 12 жінок. Щоб оцінити стан системного імунітету визначали відносну й загальну кількість Т-лімфоцитів ( $CD3^+$ ), Т-хелперних ( $CD4^+$ ) і Т-цитотоксичних/супресорних лімфоцитів ( $CD8^+$ ), НК-клітин ( $CD16^+$ ) та В-лімфоцитів ( $CD19^+$ ) методом непрямої імуофлюоресценції з моноклональними антитілами. Якісний та кількісний склад мікробіоти порожнини товстої кишки досліджували бактеріологічним методом. Обробку результатів здійснювали шляхом статистичного аналізу.

**Результати.** У обстежених пацієнтів із себорейним дерматитом виявлено вірогідні зміни показників імунітету, а саме – зменшення відносної та загальної кількості лімфоцитів і Т-лімфоцитів у середньому на 22 і 24 %, Т-хелперних лімфоцитів на 19 і 22 %, відносної кількості Т-супресорних лімфоцитів на 22 %, НК-клітин на 35 % на тлі збільшення кількості В-лімфоцитів на 17 і 24 %. У більшості (94 %) обстежених виявлено дисбіоз порожнини товстої кишки I–IV ступеня, з них у 20 % – I, у 33 % – II, у 29 % – III, у 12 % – IV ступеня. Визначено взаємозалежність між змінами показників імунітету, ступенем дисбіозу і тяжкістю клінічного перебігу себорейного дерматиту.

**Висновки.** Таким чином, імунні порушення у хворих на себорейний дерматит є свідченням вторинного імунодефіцитного стану, зміни складу мікробіоти – дисбіозу порожнини товстої кишки.

## Оптимізація топічної терапії себорейного дерматиту у жінок

Л.О. Гулей

*ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці*

**Актуальність.** Себорейний дерматит (СД) – поширений дерматоз із частим ураженням волосяної частини голови (ВЧГ), зокрема у жінок, на тлі нейрогенних, гормональних, імунних чинників, які спричинюють активацію грибкової флори шкіри. Зважаючи на торпідний рецидивний перебіг СД, актуальною є розробка оптимальних схем його топічної терапії.

**Мета дослідження** – оптимізувати лікування СД ВЧГ у жінок шляхом застосування у комплексній терапії топічного засобу із вмістом циклопіроксоламіну.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням перебували 23 жінки віком від 19 до 48 років, у яких діагностовано СД ВЧГ із тривалістю дерматозу від 4 місяців до 7 років. Хворі були поділені на дві групи: основну – 12 осіб, яким на тлі стандартної терапії призначали топічний засіб із вмістом циклопіроксоламіну 1 % – шампунь «Себіпрокс», що має рН, близьку до рН шкіри ВЧГ, та спричинює фунгіцидну, протизапальну, антибактеріальну й кератолітичну дію (3 рази на тиждень 1 місяць) та група порівняння (11 осіб), які застосовували інший топічний засіб. Ефективність лікування визначали за швидкістю регресу висипання на шкірі та зменшенням суб'єктивних відчуттів.

**Результати.** У пацієнтів основної групи зазначено більш швидке (в середньому – на 6–9 днів) зменшення гострозапальних виявів СД. Стан клінічного одужання через 30 днів констатовано в 9 осіб основної групи,