

Тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції
Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів

Сучасні підходи до формування клінічних настанов з діагностики і лікування шкірних захворювань та інфекцій, що передаються статевим шляхом: європейський досвід і українські реалії

19—20 жовтня 2016 року, Тернопіль

Актуальні завдання громадської дерматовенерології в Україні

В.І. Степаненко, В.В. Короленко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Актуальність. Громадська дерматовенерологія (англ. Public Health or Community Dermatology and Venereology) є комплексною дисципліною на перетині громадського здоров'я (Public Health) і дерматовенерології (Dermatology and Venereology). Вона охоплює організаційні аспекти здоров'я шкіри і профілактики дерматозів та захворювань, що передаються статевим шляхом, у всіх групах населення. В рамках догляду за шкірою всі медичні працівники повинні бути навчені спостерігати і розпізнавати стан шкіри, враховуючи, що помилки під час діагностики, які спостерігаються досить часто, можуть призвести до інвалідності або смерті. Проте в усьому світі є проблема недостатнього пріоритету громадського здоров'я в діяльності дерматовенерологів/дерматологів.

Матеріали та методи. Проведено бібліосемантичний ретроспективний аналіз літератури та мережі Інтернет з організації надання дерматовенерологічної допомоги в Україні та провідних країнах світу.

Результати. Побудова громадського здоров'я в Україні є відповіддю на нові виклики в світлі імплементації Угоди про асоціацію з ЄС. З огляду на ці глобальні виклики, дерматовенерологічну службу слід розглядати як одного з основних гравців на полі громадського здоров'я України та ставити перед нею відповідні завдання в ході реформування системи охорони здоров'я. Громадська дерматовенерологія покликана забезпечити максимальну ефективність та доступність профільної допомоги населенню за умови збереження кадрового й матеріально-технічного ресурсів служби, зокрема шляхом перереформування роботи її закладів з урахуванням соціальної детермінованості та превентивної складової, визначення маршрутизації руху профільного пацієнта ланками і рівнями надання медичної допомоги, запровадження дистанційних технологій діагностики та навчання.

Висновки. Розвиток громадської дерматовенерології як комплексної дисципліни є актуальним в Україні на сьогодні з огляду на соціально-економічну доцільність першочергового розвитку профілактичного напрямку, зокрема третинної профілактики (реабілітації хворих, які втратили можливість повноцінної життєдіяльності), а також раціонального використання наявних ресурсів для забезпечення ефективної і доступної медичної допомоги населенню.

Стан ресурсів та діяльності медичних закладів дерматовенерологічного профілю в Україні за період 2000—2015 рр.

Я.Ф. Кутасевич, В.М. Волкославська

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Харків

Актуальність. Наведено результати аналізу стану ресурсів та діяльності медичних закладів дерматовенерологічного профілю в Україні за період 2000—2015 рр. Зміни відбувалися то більш, то менш активно, що залежало як від активності керівних органів медичної галузі, так і стану економічних можливостей держави та її регіонів. Нині держава здійснює заходи з імплементації глави 22 Угоди про асоціацію України з Європейським Союзом у контексті зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу.

Матеріали та методи. Проаналізовано показники лікувально-профілактичної допомоги хворим зі шкірними і венеричними захворюваннями в Україні та аналітичні документи, що характеризують стан ресурсів служби, демографічну ситуацію в Україні. Наведено деякі дані Інституту НДР.

Результати. Населення України наприкінці 2015 р. нараховувало 42760,5 тис. (без населення Криму — 2,3 млн осіб). Визначальною особливістю вікового складу населення України є високий рівень постаріння, що впливає на стан захворюваності як на інфекційні, так і неінфекційні дерматози та на обсяг лікувально-профілактичних заходів. Скорочено 43 диспансери, кількість стаціонарних ліжок стала менше в 2,7 разу, а в інтенсивних показниках — від 1,82 до 0,77 на 10 000 населення і продовжує скорочуватися. Кількість ліжок для дітей зменшилася з 1,21 до 0,84 на 10 000 дитячого населення. Хвороби шкіри і підшкірної основи займали в структурі захворюваності населення України від 5,5–6,9 % до 2,6 % в 2015 р. Все це потребує розробки нових, інтенсивніших і ефективних методів роботи, а саме протиепідемічних заходів.

Захворюваність на хвороби шкіри та підшкірної основи в цей період була високою: в 2000 р. — 4036,1; в 2015 р. — 2663,2 на 100 000 населення. Серед усіх хвороб шкіри і підшкірної основи інфекції шкіри становили в 2000 р. 36,1 %, в 2015 р. — 29,2 %, що свідчить про значущість цієї проблеми. Значну частку займала захворюваність на контактний дерматит: в 2000 р. — 15,7 %, в 2015 р. — 18,1 %. Поширеність atopічного дерматиту становила 160,1 в 2000 р. і 205,0 в 2015 р. Збільшилася питома вага псоріазу серед усіх хвороб шкіри в Україні від 3,0 % в 2000 р. до 5,54 % в 2015 р. Зросла частка хворих на псоріаз з тяжким перебігом, артропатичними формами. Висока захворюваність на дерматофітози (зросла майже вдвічі) та мікози стоп. Негативну роль відіграло скорочення ліжкового фонду в дитячих мікологічних лікарнях, де хворі на трихофітію, мікроспорію волосної частини голови могли не тільки лікуватися, а й навчатися.

У 2015 р. рак шкіри посідав третє місце серед новоутворень (10,4 %) загалом і друге — серед жінок (13,1 %). Закладів, що мали цитологічні лабораторії, у 2015 р. було 37. Найвищий рівень морфологічного підтвердження онкологічного захворювання був при новоутвореннях шкіри (97,7 %). Прикладом успішного вирішення питань демобілізованих учасників АТО, зокрема з дерматовенерології, є Харківська область, де своєчасно видали накази ОДА, в розробці яких узяли участь ДУ «ІДВ НАМН» та КЗ «Харківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер».

У щорічній доповіді Президентів України (за 2015 р.) йшлося про незадовільний стан безоплатного забезпечення лікарськими засобами лікування сифілісу, лепри, гострої переміжної порфірії, пухирчатки, тяжких захворювань шкіри.

Участь сімейного лікаря у виявленні, наданні медичної допомоги дерматовенерологічним хворим не може вважатися задовільною. Рівень і обсяги післядипломного навчання з дерматовенерології лікарів загальної практики недостатні, а терміни й програми такого навчання потребують удосконалення. Було видано два інформаційних листи, які допомагають проводити експертну оцінку роботи сімейного лікаря: Інформаційний лист № 223 «Активне виявлення хворих на сифіліс сімейними лікарями в сучасних умовах» (2015) та Інформаційний лист № 18 «Якісні показники роботи лікаря загальної практики по виявленню хворих на шкірні та венеричні хвороби на I етапі надання медичної допомоги» (2016).

Висновки. У період збільшення міграції населення, погіршення матеріального стану переселенців важливо зберегти диспансерний метод надання медичної допомоги хворим шкірно-венерологічного профілю.

1. Продовжити роботу з підготовки сімейних лікарів з питань профілактики, клініки шкірних та венеричних хвороб. Переглянути обсяг і методи післядипломної підготовки з дерматовенерології. Впроваджувати в життя якісні показники роботи лікаря загальної практики з виявлення шкірних та венеричних хвороб.
2. Потрібна розробка засобів індивідуального медичного захисту постраждалих в антитерористичній операції.
3. Навчання медичного персоналу особливостей перебігу пошкоджень шкіри при бойовій патології, зумовленій вогнепальною та іншою зброєю.
4. Удосконалювати міжвідомчу взаємодію медичних структур та приватного сектора.

Розробка та впровадження локальних протоколів надання медичної допомоги хворим із передонкологічною патологією шкіри

О.О. Ошивалова

*ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ*

Актуальність. Передонкологічна патологія шкіри (актинічний кератоз, хвороба Боуена) — індуковані ультрафіолетовим опроміненням ураження шкіри, які можуть прогресувати в інвазивний плоскоклітинний рак шкіри. Поширеність та захворюваність на передонкологічну патологію шкіри в країнах світу варіює залежно від типу шкіри, віку та статі. Своєчасне виявлення і лікування сприятиме зменшенню кількості випадків плоскоклітинного раку шкіри та зниженню рівня смертності від цієї онкологічної патології.

Матеріали та методи. Розроблено локальні протоколи надання медичної допомоги хворим на актинічний кератоз (АК) та хворобу Боуена (ХБ) з використанням зарубіжних рекомендацій і сучасних положень.

Результати. Положення Локального протоколу включають організаційні заходи надання медичної допомоги, розподіл компетенцій між лікарями первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги. Основний обсяг заходів з медичної допомоги хворим на АК надають лікарі Мультидисциплінарної групи з раку шкіри.

Локальні протоколи впроваджено в медичну практику дерматовенерологічного відділення Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. За період від вересня 2015 року до травня 2016 року (9 міс) зареєстровано 37 випадків АК та 21 випадок ХБ. Морфологічне підтвердження в 100 % випадків. За аналогічний період серед прикріпленого контингенту виявлено лише 5 хворих на плоскоклітинний рак шкіри. Співвідношення хворих на плоскоклітинний рак шкіри та АК становило 1: 7,4, на плоскоклітинний рак шкіри та ХБ — 1: 4,2.

Висновки. Запровадження Локального протоколу дало змогу підвищити виявлення передонкологічної патології шкіри в 3,7 разу та знизити рівень захворюваності на плоскоклітинний рак шкіри в 1,6 разу.

Від європейських до українських настанов щодо лікування акне з позиції спадкових факторів

Л.В. Гречанська, А.В. Петренко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Актуальність. Настанови є складовою доказової медицини, що визначають як «документ, що систематично удосконалюється і допомагає клініцистам, хворим одержати відповідні рекомендації щодо обґрунтованого лікування захворювання». Слід зважити на це європейське визначення настанов, підготовлених провідними дерматологами Європи. Настанови ніколи не включають в себе специфічну терапію при всіх медичних варіантах. Відхилення від рекомендацій можуть бути схвалені в разі специфічних ситуацій. У 2012 р. затверджено та надруковано Європейські науково обґрунтовані стандарти лікування акне, а в 2014 р. Європейський дерматологічний форум видав «Настанови по лікуванню акне». Це європейська практика перегляду нових патогенетичних розробок з проблеми, включення нових рекомендацій щодо обстеження та лікування. Зазвичай настанови оновлюють, пропонують лікарям та пацієнтам досягнення у вивченні цієї патології.

В Україні заявку щодо потреби в створенні настанов з діагностики та лікування акне було подано ще в 2011 р. Оскільки кожна європейська настанова передусім спирається на останні наукові дослідження патогенетичних складових захворювання, ми також, продовжуючи розпочату групою українських експертів роботу зі складання настанов, які вийшли як проект ще 2013 р., вбачаємо за можливе запропонувати свої здобутки. З європейських настанов відомо, що при акне було розпізнано деякі генетичні фактори, високий збіг вияву хвороби спостерігається серед ідентичних близнюків, а також помічено тенденцію щодо тяжкої форми акне у пацієнтів із позитивною сімейною історією акне. Досі, як зазначено в європейських настановах, мало відомо про конкретні спадкові механізми. Автори припускають ймовірність, що кілька генів відповідають за схильність до акне. До них належать гени цитохрому P450-1A1 і стероїд-21-гідроксилази, про аналіз їх у хворих на акне автори європейських настанов нагромадили вагомий результат досліджень. Останнім часом у літературі все більше надають уваги спадковим чинникам акне, зокрема генам, що розпізнають рецептори природної імунної системи — толл-розпізнавальним рецепторам (TLR). Кожен TLR має функціональну особливість. Значною мірою TLR причетні до рецепторів IL-1, оскільки за його взаємодії із MyD88 рецептор IL-1 асоційованої кінази стимулює копіювання ядерного фактора.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 29 хворих на акне віком 14—40 років. У хворих визначали поліморфізми генів TLR2, TLR4 і IL-1β.

Результати. В гені TLR2 встановили поліморфізм G753A, у гені TLR4 — C399T, у гені IL-1 β — C359T. Із 10 чоловіків із тяжким перебігом акне тільки у двох не виявлено мутації у всіх досліджуваних поліморфізмах генів. Мутації в гені IL-1 β виявлено у 48,3 %. У всіх жінок із тяжким перебігом акне виявлено мутації в гені IL-1 β : у однієї з них був генотип CC, а у двох — TT. У анамнезі всіх батьків із акне в їхніх дітей встановлено мутації в генах TLR4 та/або IL-1 β . У одного з пацієнтів мутації були в двох досліджуваних генах, але в батька мутацію зауважено тільки в одному з генів, що дає змогу припустити спадкування згаданої мутації за материнською лінією, хоча в анамнезі матері не було акне середнього або тяжкого ступеня.

Висновки. Таким чином, вивчення генетичних складових у хворих на акне дає змогу оцінювати детермінованість хвороби та включати в план спілкування опитування родини, поглиблене обстеження хворого з метою планування адекватного лікування. Наявність акне в сімейному анамнезі є важливим критерієм прогнозу щодо тяжкості перебігу захворювання. Переходячи з розпочатої експертною групою настанови до уніфікованих протоколів, ми плануємо взяти до уваги новітні досягнення.

Психоемоційні розлади у хворих на хронічні дерматози

І.Г. Цідило, М.І. Гамерник, І.О. Блага

Комунальний заклад «Івано-Франківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер», Івано-Франківськ

Актуальність. Психоемоційні розлади є великою проблемою сьогодення. Особливу роль вони відіграють у перебігу шкірних захворювань, оскільки стрес є етіопатогенетичною ланкою багатьох дерматозів. О.О. Сизон та І.О. Чаплик-Чижо довели, що 30–80 % дерматологічних захворювань спровоковані психоемоційними розладами.

Мета роботи — вивчення впливу психоемоційного стану пацієнтів на ефективність лікування хронічних дерматозів.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 120 амбулаторних та стаціонарних хворих із хронічними дерматозами, які звернулися в комунальний заклад «Івано-Франківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер». З них було 58 (48 %) жінок віком від 26–43 років та 62 (52 %) чоловіки віком 31–45 років. 32 (27 %) пацієнти, зокрема 25 (78 %) жінок та 7 (22 %) чоловіків, указували на стрес як основний чинник загострення хвороби та скаржилися на психоемоційні розлади. У них діагностовано такі нозології: розацеа — 5 (16 %) хворих, атопічний дерматит — 6 (19 %), багатоформна ексудативна еритема — 3 (9 %), псоріаз — 11 (34 %), вульгарні вугрі — 5 (16 %), дистідротична екзема — 2 (6 %). Усіх проконсультовано у лікаря-психіатра і встановлено такі діагнози: психосоматичні розлади — у 2 (6 %) хворих, астенодепресивний синдром — у 16 (50 %), астеновегетативний синдром на соматично ослабленій основі — у 3 (9 %), невротичний розлад особистості — у 4 (13 %), глибокий депресивний розлад — у 7 (22 %).

Результати. Жінки та чоловіки приблизно однаково звертаються по медичну допомогу в КЗ ІФОКШВД з приводу хронічних дерматозів. У 27 % хворих виявляють психоемоційні розлади, що ускладнюють перебіг основного захворювання та зменшують ефективність лікування. Серед них 80 % жінок та 20 % чоловіків.

Висновки. Для оптимізації лікування та запобігання рецидивам хворим на хронічні дерматози доцільно призначати психотропні лікарські засоби для корекції психоемоційних розладів.

Використання комплексного методу ендоекологічної реабілітації у хворих на хронічні поширені дерматози

С.А. Бондар, А.А. Наліжитий, С.В. Дмитренко, Л.Л. Гармаш, Т.В. Мельник

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Вінниця

Актуальність. Несприятлива екологічна ситуація, незбалансоване харчування, підвищене використання ліків призвели до того, що кожний четвертий мешканець планети потерпає від алергійних та аутоімунних захворювань. Розвиток синдрому ендотоксикозу є закономірним наслідком багатьох патологічних процесів, унаслідок яких в організмі нагромаджується надмірна кількість проміжних та кінцевих метаболітів, що впливають на стан життєво важливих функцій організму. Ендотоксикоз є головним фактором, що формує клінічні симптоми багатьох дерматозів і визначає їхній перебіг та завершення.

Мета роботи — вивчення процесів ендотоксикозу при хронічних поширених дерматозах (псоріаз, екзема, нейродерміт, атопічний дерматит, справжня пухирчатка, червоний плоский лишай), розробка ефективного комплексного методу ендоекологічної реабілітації з метою корекції стану ендотоксикозу.

Матеріали та методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження і лікування 60 хворих на псоріаз, 55 — на екзему, 33 — на нейродерміт, 35 — на атопічний дерматит, 12 — на справжню пухирчатку, 16 — на червоний плоский лишай. Вік хворих коливався від 15 до 75 років. Комплексний метод ендоекологічної реабілітації полягав у долученні «Тиворгину», «Декамевіту» та «Біонорму» до схем традиційної терапії зазначених вище хронічних дерматозів протягом 4–6 тиж.

Результати. До лікування у хворих на хронічні дерматози виявлено симптоми ендотоксикозу (підвищення рівнів пептидів середньої молекулярної маси, показників сорбційної здатності еритроцитів, гомоцистеїну, окисної модифікації білків, зміни показників стану прооксидантно-антиоксидантних процесів тощо). У процесі комплексного методу ендекологічної реабілітації у хворих на хронічні поширені дерматози, починаючи з 7-ї доби лікування, зменшилися гострозапальні вияви та кількість елементів висипки на шкірі й слизових оболонках. Максимальний терапевтичний ефект простежувався з 3–4-го тижня терапії. За час спостереження побічних ефектів від лікування не виявлено. Після лікування у хворих на хронічні поширені дерматози нормалізувалися показники, які свідчили про процеси ендотоксикозу та пероксидації в організмі.

Висновки. Комплексний метод ендекологічної реабілітації, запропонований для лікування хворих на хронічні поширені дерматози, простий, ефективний, економічний. Його можна широко використовувати в практичній дерматовенерології.

Перспективи застосування сучасних апаратних методів кріотерапії у комплексному лікуванні хронічних дерматозів

О.І. Денисенко

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Актуальність. Методи кріовпливу широко застосовують у дерматології для лікування хронічних дерматозів, при цьому для локальної кріотерапії найчастіше використовують різні кріоагенти (рідкий азот, хлоретил тощо), що мають низку недоліків. Перспективніше застосовувати в дерматології сучасні апаратні методи кріовпливу з фіксованою площею дії та контрольованим температурним режимом.

Мета роботи — підвищити ефективність лікування хворих на хронічні дерматози шляхом застосування апаратного методу кріотерапії.

Матеріали та методи. Спостерігали за 57 (38 жінок і 19 чоловіків) хворими на хронічні дерматози (розацеа, вугрова хвороба, червоний плоский лишай) віком від 19 до 64 років. Їх було розподілено на дві групи, подібні за статтю, віком і розподілом дерматозів. Хворим порівняльної (29 осіб) групи призначали стандартизоване лікування, а пацієнтам основної (28 осіб) додатково проводили сеанси локального кріомасажу (два курси по 10 процедур) із використанням термоелектричного приладу для кріотерапії «Алтек-7010» з діапазоном робочих температур $(-35 \pm 5)^\circ\text{C}$, розробленого в Інституті термoeлектрики НАН та МОН України.

Результати. У хворих основної групи швидше (на 4–6 днів) відносно групи порівняння зменшилася інтенсивність гіперемії, відбувалося сплюснення й регрес інфільтративних елементів висипки, внаслідок чого наприкінці лікування у 21 (72,4 %) пацієнта основної групи констатовано стан клінічного одужання чи значного поліпшення, у решти 7 (27,6 %) — поліпшення (у групі порівняння відповідно у 53,6 та 46,4 %). Усі хворі основної групи перенесли сеанси апаратної кріотерапії добре, без побічних реакцій.

Висновки. Застосування у комплексній терапії розацеа, вугрової хвороби та червоного плоского лишая сучасних апаратних методів кріотерапії з контрольованим температурним режимом має низку переваг перед рідинними методами кріовпливу та сприяє поліпшенню клінічних наслідків лікування.

Стан гемостазу у хворих на екзему

О.А. Білинська, І.Д. Бабак, І.О. Чаплик-Чижо

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Актуальність. Попри численну бібліографію, лише в небагатьох роботах з проблеми мікроциркуляторних порушень при захворюваннях шкіри вказують на патологію гемостазу. Тому для виявлення порушень гемостазу у хворих на екзему ми провели лабораторне дослідження змін різних ланок гемокоагуляції.

Мета роботи — вивчення гемокоагуляційних показників у хворих на екзему з метою оптимізації терапевтичної тактики лікування.

Матеріали та методи. Протягом року обстежено і проліковано 32 хворих на екзему віком від 16 до 58 років з давністю хвороби від 3 до 14 років. Визначали такі показники гемостазу: час зсідання за Лі–Уайтом, автокоагуляційний тест (АКТ), активований час рекальцифікації, тромбіновий час (ТЧ), загальний фібриноген, антитромбін Ш, продукти деградації фібригену (ПДФ), етаноловий, β -нафтоловий, протамін-сульфатний тести, ретракцію кров'яного згустка (РКЗ), спонтанного фібринолізу, лізису еуглобулінів (ЛЕ).

Результати. У хворих на поширену екзему в стадію загострення виявлено гіперкоагуляцію: збільшення параметра А ($p < 0,001$), зменшення вмісту Т₁ ($p < 0,001$) АКТ, різке підвищення рівня фібриногену ($p < 0,001$), позитивні етаноловий та β -нафтоловий тести, незначне скорочення часу зсідання за Лі–Уайтом ($p < 0,01$) і подовження ТЧ ($p < 0,05$). Про зниження фібринолітичної активності маніфестували такі показники: незначне підвищення РКЗ ($p < 0,01$), зменшення СЛ ($p < 0,02$), виразне подовження ЛЕ ($p < 0,001$). Змін протизсідальної системи не спостерігалось. Підвищення рівня в ПДФ діагностовано у всіх хворих.

Висновки. Зміни гемостазу у хворих на екзему свідчать про активізацію коагуляційної ланки гемостазу з увімкненням системи фібринолізу, появою ПДФ, тобто спостерігається розвиток фази гіперкоагуляції синдрому внутрішньосудинного зсідання крові. Особливістю лабораторних показників у хворих на екзему є високий рівень фібриногену в крові. Останній служить маркером інтенсивності та поширеності запального процесу. На тлі такої високої гіперфібриногенемії ПДФ підвищені незначно, що закономірно, оскільки внутрішньосудинна коагуляція у них має локалізований характер.

До питання лікування екземи

С.В. Вольбин, Н.В. Іванюшко-Назарко, Т.І. Рудник

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Актуальність. В останні роки спостерігається зростання кількості випадків шкірних захворювань, зокрема алергійних. Алергійні захворювання шкіри представлені широким колом хвороб, серед яких найпоширенішим є екзема. Високий рівень захворюваності населення України і тенденція до зростання кількості тяжких клінічних форм, зокрема дисемінації шкірної висипки, а також зменшення тривалості ремісій та низький індекс одужання хворих, ставлять проблему алергодерматозів на одне з провідних місць у дерматології. Крім того, недостатнє розуміння етіопатогенезу хронічних алергодерматозів, а також мінливість їхніх клінічних виявів у зв'язку зі зміною імунобіологічної реактивності організму хворих суттєво позначаються на ефективності низки загальноприйнятих методів та способів лікування. Брак уніфікованих методів лікування, тривалий перебіг екземи та свербіння зумовлюють медичну і соціальну значущість проблеми захворювання. Разом із тим рівень теоретичних і практичних досягнень фармакології дає змогу розробляти оптимальні підходи до комплексної терапії.

Матеріали та методи. Огляд та обробка протоколів надання медичної допомоги і даних літератури.

Результати. Згідно з протоколом надання медичної допомоги хворим на екзему, лікування повинне бути комплексним, з урахуванням виду і стадії.

При екземі спостерігається імунодефіцитний стан, тому рекомендують імунотерапію, що можлива в трьох напрямках: імуновідновлювальна, імуностимулювальна і імунодепресивна терапія. Імуновідновлювальна терапія включає замісну Ig-терапію, застосування інтерферону, гормональних препаратів вилочкової залози. Імуностимуляцію проводять у вигляді специфічного або неспецифічного впливу (застосування аміксіну, поліоксидонію, нуклеїнату натрію й ін.). Імунодепресії досягають за допомогою стероїдів, цитостатичних засобів та ін.

Висновки. Для ефективнішого лікування хворих на екзему потрібні подальші пошуки інноваційних методів лікування і лікарських засобів. Важливим моментом є медична підтримка: своєчасні консультації, комплексне обстеження, індивідуально підібрана терапія.

Цитокіни і азоту оксид у хворих на поширені дерматози з ускладненим алергологічним анамнезом

Е.М. Солошенко, Т.П. Ярмак, З.М. Шевченко, О.М. Стулій

ДУ «Інститут дерматології і венерології НАМНУ», Харків

Актуальність. Останніми роками з'явилися суперечливі публікації про здатність азоту оксиду за різної патології впливати на імунну систему і запальну відповідь шляхом стимулювання біосинтезу прозапальних цитокінів (ІЛ1, ІЛ-2, ІЛ-3, ІЛ-6) та протизапальних цитокінів (ІЛ-4, ІЛ-10, ІЛ-11, ІЛ-13).

Мета роботи — визначення в сироватці крові хворих на поширені дерматози з ускладненим алергологічним анамнезом вмісту азоту оксиду і цитокінів.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 58 хворих (16 чоловіків і 42 жінки) віком від 16 до 79 років. З них 29 (50 %) потерпали від лікарської хвороби, по 8 (13,8 %) — від харчової токсидермії та екземи, у 7 (12,1 %) був псоріаз, у 6 (10,3 %) атопічний дерматит. Азоту оксид визначали за методом ІФА за допомогою тест-системи фірми RD Systems (США). Вміст інтерлейкінів ІЛ-1 β , ІЛ-2, ІЛ-4, ІЛ-6 та фактора некрозу пухлин людини (ФНП- α) досліджували за тест-системами виробництва ЗАО «Вектор-Бест» (Росія); ІЛ-5 — за тест-системою фірми Bender MedSystems GmbH (Австрія); ІЛ-8 та ІЛ-10 — за тест-системами фірми Diaclone (Франція); ІЛ-13 — за тест-системою фірми Biosource (США).

Результати. У всієї групи обстежених і в кожній групі окремо в сироватці крові реєстрували вірогідно високий вміст азоту оксиду, при цьому найвищий — у хворих на псоріаз ((15,4 \pm 5,0) мкмоль/л; у практично здорових — (3,55 \pm 0,78) мкмоль/л). Встановлено також вірогідне збільшення рівня всіх досліджених прозапальних та протизапальних цитокінів. При цьому найвищі показники ІЛ-1 β та ІЛ-5 реєстрували у хворих на псоріаз (24,2 \pm 11,2) пг/мл, з харчовою токсидермією (21,0 \pm 5,7) пг/мл і лікарською хворобою (18,8 \pm 3,3) пг/мл). У практично здорових осіб він становив (6,36 \pm 1,18) пг/мл. Щодо ІЛ-6, то його вміст вірогідно перевищував

відповідний показник практично здорових осіб у 6–8 разів. Під час порівняльного аналізу виявлено односпрямованість змін азоту оксиду і всіх цитокінів.

Висновки. Азоту оксид виконує важливу роль у механізмах розвитку поширених дерматозів із ускладненим алергологічним анамнезом і впливом на функцію регулювання імунітету.

Доцільність визначення якості життя у хворих на кропив'янку

Т.І. Рудник, С.В. Вольбин, Н.В. Іванюшко-Назарко, С.А. Туркевич

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Актуальність. Актуальність вивчення кропив'янки зумовлена її поширеністю, частою нез'ясованістю етіологічних чинників і патогенетичних ланок, поліморфізмом клінічного перебігу, торпідністю до традиційних методів і засобів терапії та відповідно — негативним впливом на якість життя пацієнтів і членів їхніх родин.

Мета роботи — оцінити якість життя у хворих на кропив'янку залежно від тяжкості перебігу хвороби.

Матеріали та методи. Дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ) досліджували за допомогою опитувальника, що містить 10 запитань. На кожне з них пацієнти давали один із чотирьох варіантів відповіді: «ні», «трохи», «значно», «дуже сильно», які оцінювали відповідно у балах: 0, 1, 2, 3. ДІЯЖ обчислювали як суму всіх балів.

Результати. Під нашим спостереженням перебували 127 хворих на хронічну ідіопатичну кропив'янку. У всіх визначали якість життя. Як свідчать результати дослідження, у пацієнтів погіршується якість життя залежно від ступеня тяжкості перебігу патологічного процесу. Зокрема, у хворих із легким ступенем ДІЯЖ — $(10,2 \pm 1,9)$ бала, з середнім — $(14,3 \pm 2,1)$ бала і тяжким — $(19,7 \pm 1,6)$ бала.

Висновки. Отже, за дерматологічним індексом якості життя можна об'ємно оцінити стан хворих на кропив'янку та його зміни під впливом лікування.

Сучасні підходи до лікування кропив'янки

Р.Ф. Айзятюлов, Я.О. Полях, М.Е. Скородед, О.С. Пойманова

Донецький національний медичний університет імені Максима Горького, Лиман

Актуальність. Кропив'янка є складною проблемою алергології, що пов'язано зі значним поширенням згаданої патології у людей працездатного віку, виразним зниженням якості життя та частою безуспішністю лікування.

Матеріали та методи. Для терапії кропив'янки застосовували антигістамінний препарат 2-го покоління «Петрин» (цетиризину гідрохлорид; в 1 таблетці 10 мг цетиризину), що має антигістамінну, антиалергійну та протизапальну дію. Дорослим призначали по 1 таблетці раз на добу протягом 10–14 діб. Характерними для «Петрину» є швидкий початок дії (через 20 хв) і її тривалість (12–24 год). Терапевтична ефективність зберігається протягом 3 діб після закінчення прийому. Одночасно призначали всередину препарат «Біон 3» по 1 таблетці раз на добу, який містить три живі пробіотичні культури природного походження, а також денну норму організму вітамінів і найважливіші мінеральні речовини та мікроелементи.

Результати. Після прийому «Біону 3» нормалізується склад кишкової мікрофлори і поліпшується травлення, заповнюється дефіцит у разі гіповітамінозів, зміцнюється імунітет, поліпшується робота всіх органів і систем, посилюються процеси кровотворення.

Висновки. Отже, комплексне лікування кропив'янки із застосуванням препаратів «Петрин» і «Біон 3» добре переноситься пацієнтами, не спричинює побічних дій, супроводжується швидким зникненням суб'єктивних відчуттів, сприяє регресу клінічних виявів. Його можна застосовувати в практичній охороні здоров'я.

Аналіз динаміки содержания нитрит-аниона в сыворотке крови больных тяжелыми формами псориаза на фоне комплексного лечения

Я.Ф. Кутасевич, И.А. Олейник, А.А. Гаврилюк, А.К. Кондакова, И.А. Маштакова

ГП «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», Харьков

Актуальность. Псориаз — один из распространенных тяжелых хронических дерматозов с неопределенным этиопатогенезом.

Цель работы — изучить динамику содержания нитрит-аниона (NO_2) в сыворотке крови больных тяжелыми формами псориаза на фоне комплексного лечения.

Матеріали и методи. Обсле́довано и пролечено 40 (62,5 %) мужчин и 24 (37,5 %) женщины с тяжелыми формами псориаза в возрасте от 18 до 67 лет. Все больные в зависимости от вида терапии были разделены на три группы: I (n = 22) — в комплексном лечении больные получали метотрексат в течение 1 мес в дозах, зависящих от степени тяжести дерматоза, и L-аргинин 25 сут; II (n = 21) — только метотрексат по той же схеме, III (n = 21) — традиционную терапию без метотрексата и L-аргинина.

Результаты. У всех больных до лечения зарегистрировано увеличение уровня NO₂ в среднем в 2,25 раза (p < 0,05). После лечения у всех групп снизилась концентрация NO₂ (p < 0,01) в 2,37, 2,34 и 1,84 раза соответственно, однако у пациентов I группы данный показатель был на уровне контрольных значений, II — ниже контрольного, III — оставался достоверно повышенным.

Выводы. Традиционная терапия не оказывает нормализующего влияния на уровень NO₂ в сыворотке крови больных тяжелыми формами псориаза, а повышенная его концентрация после лечения свидетельствует о сохранении воспаления. При применении метотрексата снизился уровень NO₂ ниже контрольного, что на фоне развития дефицита NO и снижения его биодоступности у больных псориазом может вызывать усиление дисфункции эндотелия, потерю протекторных свойств NO. Добавление в комплексную терапию больных тяжелыми формами псориаза L-аргинина способствует нормализации концентрации NO₂ в сыворотке крови.

Вплив метаболічного синдрому на перебіг псоріазу

Н.Г. Вірстюк, М.М. Никифорок

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ

Мета роботи — вивчення впливу метаболічного синдрому на перебіг псоріазу.

Матеріали та методи. Обстежено 135 хворих на неускладнений бляшковий псоріаз. Тривалість захворювання становила (9,51 ± 3,43) року. Псоріатичне ураження мало поширений характер у всіх хворих. Для оцінки тяжкості псоріазу використовували індекс PASI (Psoriatic Area and Severity Index). Метаболічний синдром (МС) діагностували згідно з рекомендаціями International Diabetes Federation (2005). Визначали антропометричні характеристики з оцінкою індексу маси тіла (ІМТ), яку розраховували за формулою Кетле (ІМТ = МТ/Р², де МТ — маса тіла, кг; Р — зріст, м). У групу контролю входили 20 здорових осіб.

Результати. Всіх пацієнтів розподілено на дві групи: I включала 35 хворих на псоріаз без МС віком (43,8 ± 5,1) року з ІМТ (21,3 ± 2,6) кг/м²; PASI 20,2 ± 3,4; II — 100 хворих на псоріаз з МС віком (47,8 ± 4,6) року з ІМТ (33,4 ± 4,8) кг/м²; PASI 27,8 ± 4,0. До групи контролю входили 20 здорових осіб віком (42,5 ± 5,9) року з ІМТ (22,0 ± 2,4) кг/м². Було виявлено прямі кореляції між індексом PASI та величиною ІМТ (r = +0,34; p < 0,05), вмістом холестерину і тригліцеридів (r = 0,42; r = 0,38 відповідно; p < 0,05), НОМА-IR (r = 0,46; p < 0,05), що вказує на взаємозв'язок метаболічних порушень за наявності МС з тяжчим перебігом псоріазу.

Висновки. Таким чином, наявність метаболічного синдрому у хворих на псоріаз супроводжується важчим перебігом захворювання. Ожиріння, дисліпідемія та інсулінорезистентність як його складові є чинниками несприятливого перебігу псоріазу.

Псоріаз, дисліпідемія і серцево-судинний ризик

Н.Г. Вірстюк, М.М. Никифорок

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ

Актуальність. На сьогодні актуальними є вивчення стану ліпідного спектра крові у хворих на псоріаз і встановлення ступеня ризику щодо серцево-судинних захворювань.

Матеріали та методи. Обстежено 68 хворих на неускладнений бляшковий псоріаз тривалістю (8,37±4,29) року. У дослідження не включали хворих з метаболічним синдромом. Для оцінки тяжкості псоріазу використовували індекс PASI (Psoriatic Area and Severity Index). Визначали вміст загального холестерину, тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїнів високої густини (ЛПВГ), ліпопротеїнів низької густини (ЛПНГ) У групу контролю входили 20 здорових осіб.

Результати. У обстежених хворих на псоріаз виявлено дисліпідемію зі збільшенням вмісту загального холестерину, ТГ і ЛПНГ відповідно (5,79 ± 0,38) ммоль/л, (2,46 ± 0,219) ммоль/л, (3,42 ± 0,25) ммоль/л (p < 0,05); рівень ЛПВГ був зменшеним порівняно зі здоровими і становив (1,19 ± 0,09) ммоль/л (p < 0,05).

З огляду на критерії European Diabetes Policy Group за показниками ліпідограми високий ризик щодо серцево-судинних захворювань встановлено у 23,53 % хворих на псоріаз, помірний — у 58,82 %, низький — у 17,65 %.

Виявлено кореляції між індексом PASI та показником систолічного (r = +0,34; p < 0,05) і діастолічного артеріального тиску (r = +0,31; p < 0,05), вмістом холестерину, тригліцеридів і ЛПНГ (r = +0,36; r = +0,39; r = +0,41, відповідно p < 0,05), ЛПВГ (r = -0,40; p < 0,05).

Висновки. У більшості хворих на псоріаз наявна дисліпідемія зі збільшенням вмісту загального холестерину, ТГ, ЛПНГ і зменшенням рівня ЛПВГ. Дисліпідемія є одним із чинників ризику щодо серцево-судинних захворювань.

Специфічні клініко-діагностичні ознаки артропатичного псоріазу

О.О. Сизон, І.Я. Возняк, Г.Є. Асцатуров

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Актуальність. Морфологічні вияви клінічного перебігу артропатичного псоріазу (АП) можуть імітувати різні хвороби, тому в разі їхньої діагностики слід чітко віддиференціювати особливості перебігу патологічного псоріатичного суглобового процесу, з огляду на його специфічні ознаки.

Мета роботи — вивчити результати анамнестичних та клініко-лабораторних даних хворих на артропатичний псоріаз із подальшим визначенням патогномонічних ознак його перебігу.

Матеріали та методи. Протягом 2015–2016 рр. під нашим клініко-лабораторним та додатковим спостереженням (рентгенодіагностика, УЗД, МРТ) перебували 48 пацієнтів з вірогідним діагнозом АП на тлі псоріазу.

Результати. Хворі скаржилися на: біль та скутість рухів суглобів кистей (56 %); великих і середніх суглобів (38 %); крижового відділу хребта (6 %); біль у ділянці п'яток (52 %); висипку, ураження нігтів (92 %); запально-ціанотичний колір, набряк шкіри над ураженими суглобами (94 %).

У 62,5 % хворих на АП ураження суглобів виникало через 5–15 років від дебюту шкірного псоріатичного процесу. У 89,6 % випадків при АП суглоби уражувалися одночасно з черговими маніфестними виявами псоріатичної висипки на шкірі. Згідно з даними анамнезу, хворі частіше пов'язували псоріатичне ураження шкіри і суглобів зі спадковим (16,3 %), стресовим (35,4 %), моно- та політравматичним (18,7 %), інтоксикаційним (8,3 %) чинниками.

Домінує АП з асиметричним моно- або олігоартритом ДМФС кистей. Характерний періартрит, особливо на початку хвороби. АП у 77 % випадків поєднується із патологією нігтів як предиктора його розвитку. Характерна низка рентгенологічних особливостей АП: асиметричність уражень; променевий тип артриту суглобів кистей; слабка виразність субхондрального остеопорозу; поєднання остеолізу з остеосклерозом; кінцеве звуження дистальних епіфізів фаланг пальців; осифікація періосту діафізів; анкілоз ДМФС і ПМФС одного і того ж самого пальця, дуговідросткових суглобів шийних хребців; мозаїчний характер запалення суглобів і осифікацій зв'язок; односторонній сакроілеїт, грубі синдесмофіти. Хронічне запалення в кістково-суглобовому апараті стало причиною розвитку гіпохромної анемії (легкого і середнього ступенів – 77 %), збільшення змісту С-реактивного протеїну (від + до +++ – у 69 %) і ШОЕ (у 92 % хворих від 30 до 60 мм/год) у поєднанні з лейкоцитозом і гіпергаммаглобулінемією, негативною реакцією на ревматоїдний фактор. Слід зазначити тіснішу кореляцію показників запалення з активністю дерматозу, ніж з активністю АП.

Висновки. Визначені патогномонічні ознаки артропатичного псоріазу, які включають одночасне псоріатичне ураження шкіри та нігтів, асиметричний моно- або олігоартрит переважно периферичних суглобів, особливо з ураженням ДМФС кистей, остеоліз, негативну реакцію на ревматоїдний фактор. Таким чином, артропатичний псоріаз є проблемою наукової і практичної медицини, що потребує міждисциплінарного підходу і подальшого вивчення з метою призначення диференційованого патогенетичного лікування.

Клінічний досвід використання «Еслідину»

в комплексному лікуванні псоріазу

В.Є. Ткач, В.Г. Чмут, І.М. Тороус, Н.В. Малкович

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ

Актуальність. Псоріаз — хронічна полісистемна позитивна хвороба шкіри. Сотні років він є об'єктом всебічного вивчення, але істинної причини досі не з'ясовано. Найбільше праць присвячено дослідженню обміну речовин. Найчастіше виявляли зміни у вуглеводному та ліпідному обміні. На основі цих змін низка авторів вважали псоріаз «ліпоїдозом», тому ми вивчили ефективність гепатопротектора «Еслідину» в комплексній терапії псоріазу.

Матеріали та методи. Результати дослідження ґрунтовані на даних комплексного обстеження і динамічного спостереження під час лікування. Пацієнтів розподілено на дві групи: основну (20 осіб) і порівняння (10 осіб). Хворі основної групи отримували «Еслідин» і базову терапію (вітаміни, седативні, біостимулятори, фототерапію, зовнішнє лікування), контрольної — лише базову. У хворих визначали індекс PASI до і після лікування як об'єктивний критерій ступеня тяжкості і поширеності змін на шкірі.

Результати. Після одномісячного лікування на третій тиждень висипка регресувала у 12 пацієнтів, на кінець місяця — ще у 4 з основної групи, у 2 хворих зауважено помітний регрес. У більшості хворих нормалізувався або помітно наблизився до норми рівень тригліцеридів, холестерину і ліпопротеїдів високої щільності. У 3 хворих контрольної групи помічено значне поліпшення, у 2 — поліпшення. У 5 пацієнтів було незначне поліпшення. Вірогідних змін у ліпідограмі не помітили.

Висновки. Гепатопротектор «Еслідин», у складі якого є есенціальні фосфоліпіди і метіонін, може бути препаратом вибору в комплексній терапії псоріазу, особливо у хворих із порушенням ліпідного обміну.

Оптимізація тактики ведення хворих на псоріаз з урахуванням імунотоморфологічної характеристики шкіри

О.О. Сизон, І.Я. Возняк, М.О. Дашко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Актуальність. З огляду на значну поширеність псоріазу на земній кулі (3,5–5 %), у загальній структурі захворювань шкіри (9 %), у госпіталізованих (35–38 %), а також тривалий рецидивний, невилковий характер дерматозу, який уражає працездатний прошарок населення, підвищення частоти низької чутливості до терапії, що призводить до соціальної дезадаптації пацієнтів, тимчасової непрацездатності, а іноді — інвалідності, актуальною є оптимізація терапевтичної тактики ведення хворих на згаданий дерматоз.

Матеріали та методи. У роботі представлено дані комплексного обстеження та лікування 70 пацієнтів із поширеним вульгарним псоріазом у стадію прогресування, легкого та середнього ступенів тяжкості. Серед хворих були чоловіки та жінки віком 21–56 років зі стажем захворювання понад рік. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Тяжкість псоріатичної хвороби, поширеність її оцінювали за індексом PASI. Вплив псоріазу на якість життя визначали за допомогою психометричних шкал індексу недієздатності при псоріазі (PDI) та дерматологічного індексу якості життя (DLQI).

Концентрацію TNF- α в периферичній крові визначали за методом твердофазного імуноферментного аналізу за допомогою набору «Вектор-Бест». Для ІГХ дослідження використано взірці, фіксовані в формаліні та залиті в парафін і забарвлені гематоксиліном і еозином. Як первинні використовували моноклональні антитіла до CD3, CD68, Ki-67, VEGF, CD34, p63, S100 і поліклональне антитіло до MMP-9. Титр антитіл добирали окремо для кожного маркера з використанням розчину antibody diluent (DakoCytomation).

Результати. Виявлено переважання захворюваності на псоріаз вульгарний у чоловіків (59 %), частіше хвороба уражувала людей зрілого (59 %) та середнього (31 %) віку. Зросла частота недиференційованого типу псоріазу (50 %) з рецидивами (57 %); встановлено виразний негативний вплив на якість життя у 44 % хворих та тяжке погіршення її у 56 %. На підставі результатів ІГХ, патоморфологічних досліджень у хворих на псоріаз звичайний середнього ступеня тяжкості виявлено підвищену експресію маркерів неангіогенезу VEGF та MMP-9, які виявили високу (49 та 67 %) та надмірну (18 та 25 %) реакції відповідно, встановлено помірний кореляційний зв'язок між збільшенням інтенсивності експресії згаданих маркерів і посиленням ступеня тяжкості псоріазу ($r_{VEGF} = +0,430$; $r_{MMP-9} = +0,532$). Встановлено, що кількість судин у спостереженнях із середнім ступенем тяжкості вдвічі більша, ніж за легкого перебігу псоріазу ($p < 0,001$), і в 5,1 разу більша, ніж у контрольній групі ($p < 0,001$). Доведено залежність експресії маркера Ki-67 індексу проліферації кератиноцитів епідермісу від тяжкості перебігу дерматозу; залежності індексу експресії маркера p63 від перебігу псоріазу не виявлено. При псоріазі середнього ступеня встановлено статистично вірогідну різницю інфільтрації CD3⁺ Т-лімфоцитами ($p < 0,05$) епідермісу і дерми, інфільтрації CD68⁺ макрофагів дерми, підвищення експресії MMP-9 ($p < 0,05$) порівняно із псоріазом легкого ступеня та здоровою шкірою. Виявлено вагомий роль Th1-індукованого TNF- α в імуногенезі псоріазу, що підтверджено значним підвищенням (19,81 пг/мл) прозапального хемокіну в сироватці крові порівняно з контрольною групою (8,55 пг/мл); встановлено залежність концентрації TNF- α від перебігу дерматозу без взаємозв'язку із віком та статтю пацієнтів. Розроблено комплексний патогенетичний метод лікування із залученням до традиційної схеми адеметіоніну та надропарину кальцію, який сприяв нормалізації процесів неангіогенезу, що виявлялося вірогідним зниженням рівнів експресії ІГХ-маркерів VEGF у 1,9 разу, MMP-9 у 2 рази, CD34 у 2,5 разу, зниженням активності запалення у шкірі, про що свідчило вірогідне зменшення рівня прозапального хемокіну TNF- α у 2,5 разу в сироватці крові, а також експресії ІГХ-маркерів CD3 у епідермісі у 2,8 та у дермі — у 3,6 разу, CD68 — у 1,8 та 2,3 разу відповідно. Зазначені показники суттєво наблизилися та не досягли значень контрольної групи, що свідчить про готовність шкіри до рецидиву. Після терапії за традиційною схемою значно менше знизилися досліджувані показники.

Висновки. Апробований метод лікування дав змогу підвищити ефективність лікування шляхом нормалізації процесів неангіогенезу, досягнення клінічного поліпшення у 72 % пацієнтів та ремісії у 24 % (за традиційної терапії — у 20 та 25 % відповідно), зменшити кількість рецидивів за період спостереження в 2,7 разу відносно групи порівняння; досягти регресу індексу PASI на 77 % (за традиційної терапії — 22 %), вірогідного поліпшення якості життя ($p < 0,001$).

Фізіотерапевтичні методи лікування псоріазу

Г.Є. Асцатуров, М.О. Дашко, І.Я. Возняк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Актуальність. Лікувальні властивості УФО успішно застосовують для лікування різноманітних дерматологічних станів. УФВ-терапія (311 нм), ексимерний лазер (308 нм) та ПУФА-терапія належать до основних фізіотерапевтичних методів лікування псоріазу.

Матеріали та методи. Для вивчення ефективності вузькоспектральної УФВ-терапії проведено комплексне клініко-лабораторне дослідження і лікування 34 хворих із поширеним вульгарним псоріазом (21 чоловіків і 13 жінок). У 10 хворих була прогресуюча стадія, у 24 – стаціонарна. Вік хворих коливався від 15 до 58 років. Тривало захворювання від 4 міс до 26 років.

Пацієнти проходили процедури тричі на тиждень, початкова доза становила 0,1–0,3 Дж/см² (залежно від фототипу шкіри). Під час кожної наступної процедури дозу підвищували на 0,1 Дж/см². Ефективність лікування оцінювали за допомогою індексу PASI, а також опитувальника Дерматологічного індексу якості життя. Залежно від клінічної форми, стадії і поширеності псоріатичного процесу загальна кількість процедур становила від 18 до 32.

Результати. Позитивний лікувальний ефект спостерігався у всіх пацієнтів. Клінічного одужання досягнуто у 26, значного поліпшення – у 6, поліпшення – у 2 хворих. Серед побічних ефектів у 4 хворих спостерігалася незначна еритема, що не потребувала відміни процедури.

Аналіз результатів дослідження свідчить про високу ефективність пропонованого для лікування хворих псоріазом з різними клінічними формами методу фототерапії. За ефективністю він прирівнюється до ПУФА-терапії, але, на відміну від неї, не потребує використання фотосенсибілізаторів і не дає властивих їм побічних ефектів. Ексимерний лазер ефективний у разі обмежених форм псоріазу.

Висновки. Таким чином, вузькоспектральну УФВ-терапію вважають на сьогодні однією з основних фізіотерапевтичних методик лікування поширеного вульгарного псоріазу.

Клінічна ефективність препарату «Форкал» у лікуванні артропатичного псоріазу

Н.П. Вакіряк

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль

Тернопільський обласний комунальний клінічний шкірно-венерологічний диспансер, Тернопіль

Актуальність. Нині актуальні дослідження мінеральної щільності кісткової тканини та вивчення впливу модифікованої терапії з включенням активного метаболіту вітаміну D₃ «Форкалу» на стан кісткової тканини та активність запалення у хворих на артропатичний псоріаз (АП).

Матеріали та методи. Діагноз АП верифікували на основі діагностичних критеріїв Інституту ревматології РАМН, 1989 (діагностичні критерії Матієса зі змінами та доповненнями В.А. Насонові і В.В. Бадокіна). Стан мінеральної щільності кісткової тканини вивчали за допомогою двофотонної рентгенівської денситометрії на денситометрі фірми Lunar Corp.

Результати. За даними двофотонної рентгенівської денситометрії, поширеність остеопенії у хворих на АП становила 57,5 %, а саме: остеопенію виявлено у 38 (31,7 %), остеопороз – у 31 (25,8 %) хворого.

Для корекції застосовано диференційовану схему лікувальних препаратів з урахуванням активності суглобового синдрому та ступеня порушень кісткового ремоделювання. Хворих розподілено на групи: I – 31 хворий, що отримували традиційну терапію (ТТ); II – 48 хворих на АП, яких лікували за нашими методиками (модифікована терапія – МТ). Зокрема, у хворих IIа групи (24 особи) ТТ поєднують із застосуванням ензиму «Серти» (модифікована терапія – МТ1) по 10 мг тричі на добу всередину протягом 14 днів, з продовженням курсу лікування препаратом по 5 мг тричі на добу протягом 14 днів (оцінювали вплив «Серти» на активність суглобового синдрому при АП). Хворим IIб групи (24 особи) призначали комплексну терапію, тобто до ТТ долучали ензим «Серти» та антиостеопоротичний препарат, дериват вітаміну D₃, «Форкал» (модифікована терапія – МТ2) в дозі 0,5 мкг на добу (оцінювали вплив «Форкалу» на корекцію остеопенії). До складу контрольної, тобто III, групи ввійшли 30 практично здорових осіб.

Аналіз денситометричних показників після 6 міс лікування «Форкалом» хворих на АП виявив вірогідне збільшення показників, що характеризують міцність кісткової тканини: BMD, BMC, BMC/W, Z, T. У пацієнтів, котрі не отримували остеотропної терапії, була знижена мінеральна щільність кісткової тканини.

Важливим показником ефективності медикаментозної терапії АП була тривалість клінічної ремісії. Протягом року після традиційного лікування 14 (46,6 %) пацієнтів були змушені звернутися з приводу чергового загострення АП. Стосовно повторного лікування звернулися 8 (36,6 %) пацієнтів, котрі поряд із базовою терапією отримували «Серту». З приводу повторного лікування звернулися 5 (21,7 %) хворих IIб групи. Таким чином, використання «Форкалу» з перших днів лікування в комплексній терапії АП у хворих з остеопенічним синдромом дає змогу подовжити тривалість клінічної ремісії.

Аналіз динаміки клінічних показників через 6 міс від початку лікування «Форкалом» (кальцитріол) засвідчив, що у хворих групи IIб (МТ2) порівняно з групою IIа (МТ1) вірогідно зменшилася ранкова скрутність хребта (відповідно $0,31 \pm 0,12$) і $(1,22 \pm 0,07)$ бала), суглобового (відповідно $0,47 \pm 0,12$) і $(1,27 \pm 0,13)$ бала) та запального (відповідно $0,35 \pm 0,11$) і $(0,97 \pm 0,12)$ бала) індексів.

У хворих, котрі отримували «Форкал» (МТ2), встановлено також позитивну динаміку індексу PASI – у них спостерігалася його зниження на 60,1 % порівняно з початком лікування.

Висновки. Під впливом активного метаболіту вітаміну D₃ кальцитріолу, препарату «Форкал» в дозі 0,5 мкг/добу у хворих на артропатичний псоріаз з остеодфіцитом відновлюється фосфорно-кальцієвий баланс, достовірно ($p < 0,05$) нормалізуються маркери метаболізму кісткової тканини, що дає змогу через 6 міс досягнути приросту кісткової маси на 6,4 % та подовжити тривалість клінічної ремісії.

Мікробіота товстої кишки у хворих на псоріаз

Т.О. Литинська

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета роботи — підвищення ефективності лікування хворих на псоріаз із супутнім порушенням мікробіоти кишечника, зокрема дисбіозом товстої кишки, шляхом залучення в комплексну терапію пробіотиків.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 32 хворих на псоріаз. Середнє значення індексу PASI становило $16,3 \pm 0,7$. З метою діагностики дисбіозу товстої кишки проводили мікробіологічне дослідження калу за методикою Р.В. Епштейна-Литвака та Ф.Л. Вільшанської.

Ефективність терапії оцінювали на підставі наслідків лікування. Хворих розподілено на дві клінічні групи. Пацієнти основної групи отримували комплексну терапію, яка включала пробіотик «Мутафлор» на тлі традиційного лікування. Пацієнти групи порівняння отримували традиційну терапію. До групи контролю ввійшли 20 практично здорових осіб.

Результати. Найчастішою кишковою патологією у хворих на псоріаз був синдром подразненого кишечника (40,6 %). Причому статистично вірогідної різниці ($p > 0,05$) між частотою синдрому подразненого кишечника (СПК) із закрепом та СПК з діареєю не помічено. Дисбіоз товстої кишки виявлено у 75,0 % хворих на псоріаз. Переважно діагностували дисбіоз II ступеня.

Хворим на псоріаз запропоновано комплексну терапію з включенням пробіотика «Мутафлор», який сприяв підвищенню ефективності лікування (зниження індексу PASI у хворих основної групи було виразнішим, ніж у групі порівняння), а також нормалізації мікробіоти товстої кишки. Частота виявлення дисбіозу у хворих на псоріаз основної клінічної групи після комплексної терапії значно зменшилася порівняно з початковим показником (43,8 і 75 % відповідно), а також з частотою реєстрації дисбіозу у хворих після лише традиційної терапії. Крім того, у більшості хворих основної групи в процесі та після закінчення курсу лікування поліпшився загальний стан, відновився апетит, зник метеоризм, а також нормалізувалася частота дефекацій у пацієнтів із закрепом. Відповідних позитивних зрушень у хворих групи порівняння не спостерігалось.

Висновки. Для лікування хворих на псоріаз із супутнім дисбіозом товстої кишки запропоновано комплексний метод, який включає застосування пробіотика на тлі традиційної терапії, що забезпечує підвищення ефективності лікування дерматозу та зменшує або усуває вияви дисбіозу товстої кишки.

Терапія акне у жінок при синдромі гіперандрогенії

Л.О. Наумова, Я.О. Сулік

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Актуальність. Вугрова хвороба (акне) — хронічне захворювання сальних залоз, на яке хворіє 9 % населення Землі. За поширеністю акне посідає 8-ме місце серед усіх захворювань людства. Переважно вугрова хвороба маніфестує у віці від 12 до 14 років за фізіологічного збільшення рівня стероїдних гормонів (юнацькі акне), а у 18–20 років у більшості випадків регресує. Разом із тим за останній час збільшується кількість жінок, у яких цей дерматоз продовжується або виникає у віці після 20 років (персистуючі акне, пізні акне, рецидивуючі акне). Методи лікування вугрової хвороби у жінок часто малоефективні або полегшують стан на нетривалий термін.

Мета роботи — підвищення ефективності лікування акне у жінок репродуктивного віку на підставі нових наукових даних про роль гормональних порушень у патогенезі захворювання шляхом диференційованого комплексного лікування залежно від генезу гіперандрогенії.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 126 жінок із вугровою хворобою віком від 18 до 37 років. Для виявлення синдрому гіперандрогенії проводили сонографію щитоподібної залози і органів малого таза, а також визначали рівні пролактину, тиреотропного гормона, фолікулостимулювального гормона, лютеїнізуючого гормона, 17-гидроксипрогестерону, дегідроепіандростерон-сульфату, тестостерону вільного, естрадіолу, прогестерону та анті-Мюллерового гормона.

Результати. Підвищений рівень андрогенних гормонів реєстрували у 86,5 % жінок з вугровою хворобою, хоча клінічні вияви синдрому гіперандрогенії були тільки у 45 % їх. Згаданий синдром формувалася внаслідок гіперпролактинемії (змішаний тип), некласичної (пізньої) форми природженої дисфункції кіркової речовини надниркових залоз (наднирковий), синдрому полікістозних яєчників (яєчниковий).

Синдром полікістозних яєчників виявлено у 20,2 % жінок з акне, гіперпролактинемію — у 34,9 %, атипову (пізню) форму природженої дисфункції кіркової речовини надниркових залоз — у 44,9 %.

Усім жінкам проводили місцеву терапію відповідно до тяжкості вугрової хвороби, а також призначали комплексну диференційовану антиандрогенну терапію залежно від типу гіперандрогенії: яєчниковий — комбіновані пероральні контрацептиви; змішаний — агоністи дофаміну; наднирковий — синтетичні глюкокортикоїди.

Висновки. Запропонований метод комплексної диференційованої системної терапії сприяє перериванню провідних ланок у патогенезі вугрової хвороби у жінок, що дає змогу підвищити ефективність лікування, зменшити формування постзапальних змін та запобігти рецидивам хвороби.

Клінічний випадок нейрофіброматозу з супутнім цукровим діабетом

Д.Я. Головченко, О.Д. Пуришкіна

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Нейрофіброматоз (хвороба Реклінгаузена) належить до нейрокутанних дерматозів. Її розвиток пов'язаний із мутацією автосомно-домінантного гена, локалізованого у 17-й хромосомі, який має 100 % пенетрантність. У більшості випадків вияви на шкірі спостерігаються до 5 років, але можливі також і в старшому віці. Крім спадковості, важливе значення для розвитку захворювання можуть мати й інші фактори: інфекційні, ендокринні та ін. Клінічна картина характеризується множинними нейрофібромами, плямами світло-коричневого кольору («кави з молоком»). Діаметр висипки коливається від кількох міліметрів до 10–15 см та більше. Можуть утворюватися кулеподібні пухлини рожево-фіолетового кольору, під час натискання на їхню поверхню з'являється симптом «кнопки дзвінка» (втягування в шкіру), а також фіброзні м'які вузлики вздовж периферійних нервів — невроми.

Під нашим спостереженням перебувало дві пацієнтки віком 46 та 48 років із множинним нейрофіброматозом. Клінічні вияви на шкірі були типові: на спині та на передній поверхні живота розташовувались пухлинні утворення розміром з лісовий горіх. Колір висипки коливався від нормального до «кави з молоком». Захворіли у віці від 26 та 28 років через 2–3 міс після встановлення діагнозу цукрового діабету, пов'язаного з нервовим стресом. Перебувають під спостереженням ендокринолога та отримують адекватну терапію.

Особливістю цього спостереження є початок нейрофіброматозу в зрілому віці, відсутність вияву захворювання у родині, а також поєднання його з цукровим діабетом, що може бути підтвердженням ендокринного генезу хвороби.

Дослідження значення мікрофлори шкіри в патогенезі псоріазу

Р.Л. Степаненко, Т.С. Коновалова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета роботи — провести морфологічні дослідження біоптатів із ділянок шкірної псоріатичної висипки та інтактної шкіри у хворих на псоріаз до й після курсу системної імуносупресивної терапії для виявлення структурних змін і колоній мікроорганізмів у шкірі, а також імуногістохімічні дослідження відповідних біоптатів для вивчення видового складу колоній мікроорганізмів у шкірі. Підстава — виявлення антигенних властивостей та оцінка можливості впливу цього додаткового бактеріального чинника на тяжкість клінічного перебігу і прогнозування тривалості ремісії дерматозу.

Матеріали та методи. Проводили морфологічні та імуногістохімічні дослідження біоптатів із ділянок шкірної псоріатичної висипки та інтактної шкіри до й після курсу системної імуносупресивної терапії препаратом «Етанарцепт» протягом 3 міс з метою виявлення структурних змін та колоній мікроорганізмів і визначення їхнього видового складу на підставі встановлення антигенних властивостей.

Результати. За результатами комплексних та спеціальних морфологічних і гістохімічних досліджень у переважної кількості хворих на псоріаз з прогресуючою стадією перебігу дерматозу під роговим шаром епідермісу в ділянках, уражених псоріатичною висипкою, виявлено бактеріальний компонент, зокрема численні колонії *Staphylococcus aureus*. Крім цього, у частини хворих також виявлено ці колонії мікроорганізмів під роговим шаром біоптатів з ділянок інтактної шкіри. Колонії *Staphylococcus aureus* були й під роговим шаром епідермісу в ділянках регресу псоріатичної висипки, а також інтактної шкіри у частини хворих на псоріаз після проведення протягом 3 міс курсу системної імуносупресивної терапії та досягнення клінічної ремісії.

Висновки. У більшості хворих на псоріаз з прогресуючою стадією перебігу виявлено численні колонії умовно-патогенних мікроорганізмів, зокрема *Staphylococcus aureus*, під роговим шаром епідермісу в ділянках шкірної псоріатичної висипки, а у частини пацієнтів — під роговим шаром епідермісу в ділянках інтактної шкіри. Зауважено колонії *Staphylococcus aureus* під роговим шаром епідермісу в ділянках регресу псоріатичної висипки та інтактної шкіри в окремих хворих на псоріаз після курсу системної імуносупресивної терапії препаратом «Етанарцепт» протягом 3 міс та досягнення клінічної ремісії. Це може слугувати додатковим несприятливим

прогностичним критерієм щодо терміну загострення шкірного псоріатичного процесу. Подальші поглиблені дослідження взаємозв'язку персистуючих в шкірі стафілококів з факторами локальних порушень імунітету є перспективними в аспекті виявлення нових даних щодо патогенезу псоріазу з деталізацією порушень місцевого імунітету і проліферативної активності кератиноцитів у псоріатичних бляшках.

Комбінована терапія хворих на мікоз ступень

С.Г. Свирид

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Актуальність. Мікоз ступень належить до групи дерматозів соціального характеру. Це зумовлено його істотною поширеністю, поліетіологічністю, нез'ясованістю багатьох механізмів розвитку, схильністю до хронічно-рецидивуючого, прогресивного перебігу та нерідко торпідністю до методів лікування. Однією із домінуючих патогенетичних ланок визнають імунологічні розлади.

Мета роботи — підвищення ефективності лікування хворих на мікоз ступень шляхом комбінованої терапії.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 23 хворі на сквамозно-гіперкератотичну форму мікозу ступень віком від 19 до 37 років. У всіх пацієнтів діагноз підтверджено шляхом мікологічної ідентифікації збудників. Хворим призначали «Рибомуніл» *per os* по 3 табл. раз на добу зранку натще та 5 % мазь і 3 % водний розчин «Теобону-Дитіомікоциду» залежно від клінічних виявів протягом 3 тиж. Системні антимікотики не застосовували.

Результати. Клінічної ремісії досягнуто у 7 (30,4 %) пацієнтів, мікробіологічної санації — у 6 (26,1 %), клініко-мікробіологічного одужання — у 10 (43,5 %). Стани «без змін» і «погіршення» не реєстрували.

Висновки. Комбіноване застосування «Рибомунілу» та «Теобону-Дитіомікоциду» достатньо ефективне у хворих зі сквамозно-гіперкератотичною формою мікозу ступень. Ці препарати можна розглядати в якості альтернативних традиційним засобам імунотропної та топічної дії.

Антибіотикотерапія резистентних форм бешихи

О.Д. Пуришкіна, Д.Я. Головченко, С.В. Іванов

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Бешиха — інфекційно-алергійне захворювання, яке спостерігається частіше у жінок віком 50 років і пізніше. Спричинює його β -гемолітичний стрептокок групи А. Частіше хворобу провокують хронічні соматичні захворювання, що знижують імунітет. Інколи антибіотикотерапія (АБ-терапія) недостатньо ефективна через утворення L-форм стрептококу, що зумовлює резистентність перебігу, ускладнення та рецидиви бешихи.

Діагностичні критерії захворювання переважно клінічні: початок із загальної слабкості, підвищення температури тіла понад 38 °С, головний біль, озноб. Через 1–3 доби з'являються еритема яскраво-червоного кольору з нерівними, але чіткими межами, набряклість, напруженість та інфільтрація шкіри. Нерідко приєднуються лімфаденіт, лімфангіїт на стороні ураження. Хворі скаржаться на печіння, а під час напруження — біль у ділянці ураження. Для лікування бешихи застосовують АБ, переважно пеніцилінової групи, а в разі рецидивів призначають АБ інших груп.

Наводимо наше спостереження еритематозної форми повторної бешихи легкого ступеня тяжкості, яка розвинулася на тлі системної (гормональної) та АБ-терапії.

Хвора Я., 27 років, госпіталізована в нефрологічне відділення Олександрівської клінічної лікарні Києва з діагнозом системного червоного вовчака. Анемічний синдром, артеріальна гіпертензія II ступеня 2 стадії ризику. Вторинний гіпертиреоз. Хронічний гематогенний остеомієліт правої великогомілкової кістки. Гемангіома печінки.

Із анамнезу: з 2005 р. після діагностування червоного вовчака хвора приймає системні глюкокортикостероїди («Метипред» по 4 мг/добу зранку) і періодично цитостатичні засоби, з 2014 р. — сеанси гемодіалізу. За останніх 10 років бешиха спостерігалася 7 разів і локалізувалася на різних ділянках шкіри (руках, ногах, тулубі). Проводили лікування АБ, що сприяло регресу хвороби.

Потрапила до відділення для проведення сеансів гемодіалізу. Раптово у хворої підвищилася температура тіла до 37,8 °С. Призначено ампіциліну клавуланат по 875 мг двічі на добу, але температура не знизилася. На 5-ту добу АБ-терапії на шкірі нижньої третини передньо-внутрішньої ділянки лівої гомілки з'явилася еритема червоного кольору з нерівномірним забарвленням із чіткими, але нерівними межами. Пальпаторно визначалися невелике напруження та незначна набряклість. Місцева температура була трохи підвищеною. Посилилася загальна слабкість, з'явилися біль під час ходьби, печіння в ділянці почервоніння шкіри. Після консультації хірург призначив УЗД судин лівої гомілки, проте патології не виявлено.

Під час обстеження: ЗАК: ер. — $2,9 \cdot 10^{12}$, гем. — 78 г/л, тр. — $211 \cdot 10^9$, лейк. — $7,1 \cdot 10^9$, ШОЕ — 18 мм/год, анізоцитоз, поїкілоцитоз, гіпохромія. Б/х крові: глюкоза — 4,9 ммоль/л, заг. біл. — 38 г/л, креат. — 477 мкмоль, сеч. — 31,8 ммоль, АЛТ — 243, Аст. — 139.

Через брак позитивної динаміки на тлі АБ-терапії протягом 7 діб ампіцилін замінено на левофлоксацин по 500 тис. ОД на 10 діб та азитроміцин по 500 тис. ОД на 6 діб. Місцево призначено сухе тепло. На 5-ту добу лікування нормалізувалася температура тіла, зникли еритема та набряк.

Наше спостереження свідчить про можливість резистентного перебігу бешихи навіть на тлі АБ, що можна пояснити впливом тривалої гормонотерапії та супутньої патології.

Досвід застосування препарату «Розамет» (крем) у місцевій терапії розацеа та запальних захворювань статевих органів (баланопостит, вульвовагініт) неспецифічної етіології

С.В. Іванов, О.М. Шупенько

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Актуальність. У клінічній практиці дерматовенеролога трапляються випадки захворювань, які одночасно з патологічними змінами на шкірі спричиняють у пацієнтів психоемоційні розлади.

Розацеа є тяжким у косметологічному аспекті захворюванням, оскільки локалізується переважно на обличчі та змінює вигляд пацієнтів, що впливає на працездатність, особисте життя, зумовлює емоційну лабільність.

Запальні захворювання статевих органів, зокрема баланопостит та вульвовагініт, є також однією з найчастіших причин звернення пацієнтів у дерматовенерологічні заклади. Клінічні форми цих захворювань доволі різноманітні, і всі вони супроводжуються психосоматичними порушеннями. Тривалий рецидивний перебіг баланопоститу і вульвовагініту погіршує якість життя, впливаючи на соціальну і сексуальну складові, а без адекватної раціональної терапії призводять до розвитку ускладнень, що супроводжуються порушеннями репродуктивної функції.

В останні десятиліття в комплексному лікуванні розацеа, а також запальних захворювань статевих органів, зокрема баланопоститу та вульвовагініту, застосовують препарати нітроїмідазолу ряду. Вони характеризуються вибірковою бактерицидною і антипротозойною дією. Метронідазол — {1-(3-оксиетил)-2-метил-5-нітроїмідазол} — синтетичний протиінфекційний препарат, дериват групи нітроїмідазолу. Основою механізму його дії є біохімічне відновлення 5-нітрогрупи (перетворення на гідроксиламін) препарату внутрішньоклітинними транспортними протеїнами анаеробних мікроорганізмів та найпростіших. Активні відновлені форми метронідазолу взаємодіють із ДНК клітини паразитів, сповільнюють тканинне дихання, порушують реплікацію ДНК і синтез білка в мікробних клітинах, що призводить до їхньої загибелі. У відповідному аспекті заслуговує на увагу препарат «Розамет» (крем) з вмістом дериватів нітроїмідазолу.

Мета роботи — дослідити клінічну ефективність препарату «Розамет» (крем) при розацеа та запальних захворюваннях статевих органів (баланопостит, вульвовагініт).

Матеріали та методи. Протягом останніх років проліковано з приводу розацеа 198 пацієнтів (125 жінок і 73 чоловіки) віком від 20 до 78 років з тривалістю захворювання від 2 міс до 40 років. У 36 (18,4 %) діагностовано еритематозну стадію розацеа, у 73 (36,8 %) — папульозну, у 87 (43,7 %) — пустульозну, у 2 (1,1 %) — ринофіму. У 153 (77 %) пацієнтів поєднувалися ураження обличчя і повік за типом блефариту і блефарокон'юнктивіту.

Під нашим спостереженням також перебувало 46 хворих на баланопостит чоловіків та 42 хворі на вульвовагініт жінки. Вік пацієнтів коливався від 21 до 48 років, а тривалість захворювання — від 2 тиж до 12 міс.

Результати. Лікування шляхом місцевого застосування 1 % крему «Розамет» 2 рази на добу було досить ефективним у всіх пацієнтів. Протягом 1–2 міс значно зменшилася еритема, сплосчилися папульозні елементи, зникли пустули. У частини пацієнтів крем «Розамет» застосовували для лікування блефариту і наносили на шкіру верхніх та нижніх повік раз на ніч.

У 20 (43,5 %) чоловіків виявлено полімікробну асоціацію (включно з *Gardnerella vag.*); у 15 (32,6 %) — *Trichomonas vag.*; у 11 (23,9 %) — неспецифічний баланопостит.

40 чоловікам призначали комплексну терапію, а 6 пацієнтам з першим клінічним епізодом баланопоститу неспецифічної етіології — «Розамет» (крем) у якості монотерапії. У 16 (38,1 %) хворих на вульвовагініт жінок виявлено *Gardnerella vag.*, у 14 (33,3 %) — *Trichomonas vag.*, у 12 (28,6 %) — поєднання цих збудників. Унаслідок лікування клінічного одужання досягнуто у 92,9 % пацієнтів, у 4,8 % — поліпшення.

Висновки. Встановлено досить високу ефективність 1 % крему «Розамет» із вмістом метронідазолу в комплексному лікуванні різних клінічних форм розацеа та неспецифічних баланопоститів і вульвовагінітів.

Дослідження показників центральної і шкірної гемодинаміки у хворих на екзему з супутньою гіпертонічною хворобою

С.В. Іванов, О.Д. Пуришкіна, О.В. Рай

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Актуальність. Екзема справжня є найпоширенішим алергодерматозом із хронічним перебігом, частими рецидивами та торпідністю до терапії. Захворювання характеризується різноманітними клінічними виявами, своєрідністю перебігу, що нерідко зумовлено як особливостями порушення гемостазу організму, так і впливом супутніх патологічних станів.

Особливої уваги потребує перебіг екзема справжньої в поєднанні із гіпертонічною хворобою. Це зумовлено близькістю низки патогенетичних ланок цих захворювань. Зокрема, у відповідному аспекті потребують подальшого поглибленого дослідження наявність серцево-судинних розладів та порушень мікроциркуляції в шкірі хворих на екзему справжню із супутньою гіпертонічною хворобою.

Мета роботи — вивчити можливість взаємозв'язку між характером клінічного перебігу та порушенням гемодинаміки у хворих на справжню екзему з супутньою гіпертонічною хворобою.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 76 пацієнтів, у 39 із них була гіпертонічна хвороба першої стадії, а у 37 — другої. Вік обстежених пацієнтів коливався від 21 до 68 років. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Центральну гемодинаміку визначали за методом реографії за Кубичеком, регіонарну — за допомогою пальцевої поздовжньої методики. При цьому визначали низку загальноприйнятих показників центральної гемодинаміки — середній гемодинамічний тиск; частоту серцевих скорочень; величину серцевого викиду (серцевий індекс); питомий периферичний опір і деякі параметри периферичного кровообігу, а саме: реографічний індекс; час затримки проходження пульсової хвилі (t); співвідношення часу анакоти та катакоти (α/β); індекс еластичності (ІЕ); час (α_2) та швидкість кровонаповнення (V_{cp}) дрібних судин.

Результати. Клініко-функціональні дослідження вказують на значні порушення регіонарної шкірної гемоперфузії у хворих на екзему на тлі змін центральної гемодинаміки. Це виявлялося значним підвищенням питомого периферичного опору судин, порушенням тону артеріол, венул із переважанням гіпертонусу артеріол і гіпотонусу венул, з тенденцією до венозної гіперволемії. Також встановлено, що за вищих рівнів гіпертензії показники стану судинної стінки, часу і швидкості систолічного кровонаповнення регіонарної сітки значно відрізнялися від відповідних даних за початкових виявів гіпертонічної хвороби. Це підтверджувалося особливостями клінічних виявів дерматозу. Так, при супутній гіпертонічній хворобі першої стадії у екзематозних осередках ураження переважали серозні елементи висипки із рясним мокнуттям та мацерацією епітелію, ерозії й мікроерозії, тріщини з ексудацією на тлі еритеми та незначної інфільтрації шкіри. У хворих на екзему із супутньою гіпертонічною хворобою другої стадії переважали диспластичні явища, на тлі поширеної еритематозної висипки виникали множинні папули і пустули, спостерігалися також виразна сухість шкіри, лущення, тріщини й екскоріації. Ексудативні процеси були помірними, ерозії зазвичай були вкриті сухими кірочками. Мікроевезикуляція поєднувалася із виразною інфільтрацією осередків.

Висновки. У хворих на екзему справжню з супутньою гіпертонічною хворобою встановлено чіткий кореляційний зв'язок між показниками центральної і шкірної гемодинаміки ($\chi^2 = 23,2$ при $p < 0,01$), а також зі стадією гіпертонічної хвороби та клінічними виявами і поширенням шкірного ураження ($\chi^2 = 30,6$ при $p < 0,001$). Простежується вірогідний обтяжливий вплив гіпертонічної хвороби на шкірний кровообіг у хворих на екзему, що потребує адекватної раціональної медикаментозної корекції.

Комплексна диференційована схема терапії хворих на іхтіоз з урахуванням тяжкості його перебігу

С.В. Дмитренко, С.А. Бондар, А.А. Наліжкитий, Л.Л. Гармаш

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Актуальність. Іхтіоз досить поширене спадкове захворювання. На жаль, українські реалії такі, що дають змогу тільки подовжити строки клінічної ремісії у таких пацієнтів. На сьогодні важливе значення в терапії іхтіозу відіграє ретинолу пальмітат.

Матеріали та методи. Удосконалення методів лікування хворих на іхтіоз шляхом розробки нових диференційованих підходів до терапії з урахуванням патогенетичних розладів та варіантів перебігу.

Результати. Встановлено, що за офіційними даними, у Вінницькій області захворюваність на іхтіоз становила 1 : 3819. Загальний середній вік — 29,7 року, хворих чоловіків — 26,9 року, у жінок — 36,3 року. Зафіксовано незначну перевагу серед хворих жителів сільської місцевості. У жінок переважали кровні родичі з іхтіозом, а у чоловіків — родичі з генетично зумовленими патологіями. Показники клітинного циклу шкіри у хворих на іхтіоз

полягали у суттєвому збільшенні показників синтезу С-фази та апоптозу – Суб Джи1, що свідчить про неефективну кератинізацію. Результати проточної цитометрії хворого на іхтіоз, у якого значно збільшені показники інтервалу Суб Джи1 – 19,54 %, свідчать про посилення апоптозу. У хворих на іхтіоз відносно групи тяжкості зафіксували зниження показників СДЗ та імунорегуляторного індексу (співвідношення СД4 та СД8).

Патогістологічні зміни у більшості хворих полягали у відсутності зернистого шару та кератогіалінових гранул, вакуолізації епітеліоцитів остистого шару. Проліфераційна активність клітин епідермісу (за Кі-67) виявилася підвищеною на початку терапії системними ретиноїдами і суттєво знизилася на тлі клінічного поліпшення, що вказує на підвищення проліферативної активності. На тлі лікування РП зафіксовано позитивні гістологічні зміни, зокрема поява зернистого шару. Імуногістохімічний аналіз запальних інфільтратів встановив помітне зниження рівнів Т-лімфоцитів СД4 та СД8 на тлі терапії ретиноїдами, що підтверджує їхню участь у індукції імунного запалення при іхтіозі.

Імуногістохімічний аналіз запальних інфільтратів встановив перевагу Т-хелпер-індукованих лімфоцитів з екзоцитозом у епідерміс, де зафіксовані CD4⁺-лімфоцити в субепітеліальних відділах дерми з екзоцитозом у епідерміс. Дерматоскопічна картина легкої форми іхтіозу засвідчила, що шкірний малюнок згладжений, спостерігається псевдопігментна сітка, яка формується кератином лусочок у вигляді смуг, сітки та петливих структур, що нагадують церебриформні структури. Судинний малюнок представлений однотипними видовженими або короткими капілярами вузького діаметра без розгалужень. Невелика кількість шпилькоподібних капілярів. Для важкого перебігу характерні симптоми «бризок шампанського», шкірний малюнок у вигляді кубічних структур, масивні рогові кірки, патогномонічний симптом Дмитренка–Наліжитого («танучого льоду»).

На основі викладених вище результатів та їхнього аналізу ми розробили комплексну диференційовану схему терапії хворих на іхтіоз із урахуванням тяжкості перебігу дерматозу.

1. Легка стадія: ретинолу пальмітат по 5–10 тис. МО/кг на добу дітям і 300–400 тис. МО/добу дорослим протягом 1 міс з подальшим зниженням дози до 1/2–1/3 від початкової ще на 1–2 міс. Підтримувальна доза для дорослих становила 50–100 тис. МО/добу до 6 міс. Місцево: «Радевіт» (ретинол пальмітат + Вітамін Е + Вітамін D); «Редецил» (ретинол пальмітат + метилурацил); «Вівестим» (ретинолу пальмітат) – до 12 тиж; кератолітики («Ксеріал» 30 на тіло (100 мл) двічі на добу, «Ксеріал» 50 на стопи (50 мл) двічі на добу); емолієнти (крем гель «АйСіДа» тричі на добу курсом не менше 30 дів).

2. Тяжка стадія: ретинолу пальмітат по 10 тис. МО/кг на добу дітям і дорослим, але не більше 600 тис. МО/добу протягом 1–1,5 міс. Підтримувальна доза 100–200 тис. МО/добу для дорослих і 50–100 тис. МО/добу для дітей. Повторний курс – через 3–4 міс від останнього прийому. Місцево: «Радевіт», «Редецил», «Вівестим» до 12 тиж; кератолітики («Ксеріал» 30 на тіло (100 мл) двічі на добу, «Ксеріал» 50 на стопи (50 мл) двічі на добу; емолієнти (бальзам «АйСіДа» тричі на добу курсом не менше 30 дів).

У більшості хворих застосування місцевих засобів одного типу або комбінації кількох варіантів місцевої терапії супроводжувалося позитивними наслідками. Однак у 8 пацієнтів після прийому лише системних ретиноїдів поліпшився стан і стало можливим контролювати вияви хвороби.

Висновки. Таким чином, застосування РП змінило прогноз навіть тяжкої форми іхтіозу.

Бактеріальне заселення шкіри у контрольній групі пацієнтів

І.О. Буянова, О.Д. Александрук, Л.О. Хімейчук, В.О. Гончарук

ВДНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ

Актуальність. Мікрофлора шкіри є важливим фактором, що впливає на перебіг та ефективність лікування дерматозів. На шкірі на мікроорганізми діє низка бактерицидних факторів, що створюють несприятливі умови для багатьох мікроорганізмів. У подібних умовах існують переважно *Staphylococcus epidermidis*, мікрококи, аеробні та анаеробні дифтероїди, α -гемолітичні і негемолітичні стрептококи, яких правильніше розглядати як транзиторно циркулюючі види. Основні зони колонізації цими бактеріями – роговий шар епідермісу, шкірні залози і верхні відділи волосяних фолікулів.

Мета роботи – вивчення стану мікрофлори шкіри у контрольній групі практично здорових пацієнтів.

Матеріали та методи. Проведено бактеріологічне дослідження мікрофлори шкіри обличчя, верхньої частини грудей та тильної поверхні кистей у практично здорових 30 осіб різної статі віком від 18 до 35 років.

Забір матеріалу проводили в достатньому об'ємі без травматизації прилеглих тканин за дотримання правил асептики. Кількісний ріст мікроорганізмів оцінювали за такими критеріями: I – норма; II – слабкий ріст (< 10⁴/см²); III – помірний (10⁴–10⁶/см²); IV – сильний (> 10⁶/см²). Для орієнтовної оцінки кількісного росту мікроорганізмів у асоціації користувалися такими критеріями: I – дуже слабкий – ріст поодиноких колоній (до 10); II – слабкий – ріст 10–25 колоній; III – помірний – ріст не менше 50 колоній; IV – сильний – суцільний ріст. III та IV ступені росту переважно свідчать про етіологічну роль мікроорганізму, I та II – про носійство або контамінації.

Результати. На шкірі обличчя у 17 пацієнтів виявлено *Staphylococcus aureus*. У 12 з них спостерігався помірний ріст, у 4 – слабкий та у 1 – дуже слабкий. Також у поодиноких випадках виявлено дифтероїди, диплококи, грам⁺ коки. На шкірі верхньої частини грудей *Staphylococcus aureus* виявлено у 17 пацієнтів.

У 11 з них спостерігався помірний ріст, у 5 — слабкий та у 1 — дуже слабкий. У 1 пацієнта виявлено *Staphylococcus epidermidis*, що давав помірний ріст. У поодиноких випадках виявлено бактерії, диплококи, грам⁺ та грам⁻ коки, *Streptococcus haemolyticus*. На шкірі тильної поверхні кистей у 13 пацієнтів виявлено *Staphylococcus aureus*. У 10 з них зауважено помірний ріст, у 2 — слабкий та у 1 — дуже слабкий. Також у поодиноких випадках виявлено мікрококи, диплококи, грам⁺ та грам⁻ коки.

Висновки. Шкіра практично здорових осіб була колонізована більшістю з представників мікроорганізмів, що, за даними літератури, вважають властивими поверхневим шкірним покривам. Інтенсивність заселення різними бактеріями була неоднорідною на різних ділянках. Той факт, що *Staphylococcus aureus* ідентифікували в половини обстежених на різних ділянках без ознак патології шкіри, може свідчити про важливість поєднання для розвитку інфекційного або іншого за патогенезом захворювання шкіри як самого бактеріального, так і інших чинників.

Показники фагоцитарної активності нейтрофілів у хворих із глибокими та хронічними піодерміями

М.О. Дашко, Г.Є. Асцатуров, О.О. Сизон

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Актуальність. Піодермії — група різноманітних за клінічними виявами гнійно-запальних захворювань шкіри, які в структурі дерматологічної патології становлять до 30 % і на сучасному етапі мають тенденцію до тяжчого клінічного перебігу, хронізації патологічного процесу та розвитку глибоких форм. Розвиваються піодермії внаслідок комплексного впливу екзо- та ендогенних чинників, серед яких істотну роль відіграють зміни імунологічної реактивності організму.

Мета роботи — визначити фагоцитарну активність нейтрофілів у пацієнтів з глибокими та хронічними формами піодермії.

Матеріали та методи. Спостерігали 42 хворих із глибокими та хронічними піодерміями віком від 18 до 69 років. З них було 23 (54,8 %) чоловіки та 19 (45,2 %) жінок. У 27 хворих діагностовано фурункульоз, у 7 — вульгарну ектиму, у 8 — виразкові та виразково-вегетуючі піодермії, причому в 27 (64,3 %) хворих захворювання мало хронічний перебіг. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб подібного віку.

Для оцінки стану фагоцитозу у хворих на піодермії визначали: фагоцитарну активність (ФА), фагоцитарне число (ФЧ) та тест із нітросинім тетразолієм (НСТ) — спонтанний і стимульований.

Результати. Аналіз показників фагоцитозу у хворих з глибокими та хронічними піодерміями засвідчив вірогідні зміни всіх досліджуваних показників порівняно з показниками контрольної групи: зменшення ФА на 21,2 % ($p < 0,05$), ФЧ — на 81,7 % ($p < 0,001$), НСТ-спонтанного та стимульованого — відповідно на 20,7 і 34,1 % ($p < 0,001$). Подібні зміни встановлено у хворих на хронічні піодермії: зменшення порівняно з контролем ФА на 13,9 % ($p < 0,05$), ФЧ на 57,5 % ($p < 0,001$), НСТ-спонтанного та стимульованого відповідно на 21,2 і 30,7 % ($p < 0,001$).

Висновки. У хворих з глибокими та хронічними піодерміями встановлено вірогідне зменшення фагоцитарної активності нейтрофілів, які відображають початкові та завершальні стадії фагоцитарного процесу, що свідчить про виснаження активності фагоцитуючих клітин крові та може бути однією з причин тяжкого перебігу і хронізації гнійно-запальних процесів і обґрунтовує диференційований підхід до імунокоригуючої терапії.

Досвід застосування «Банеоцину» для лікування хворих з бактеріальними інфекціями шкіри

Г.Є. Гірник, О.Д. Александрук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ

Актуальність. Для лікування первинних та вторинних інфекцій шкіри і м'яких тканин доцільно підібрати безпечний препарат із максимально широким спектром антимікробної дії. Важливою є також можливість застосування його в якості монотерапії та в комбінації з системним лікуванням. Відсутність системних та місцевих побічних реакцій є одним із найважливіших критеріїв вибору будь-якого фармацевтичного засобу. Наявність вибору форми випуску препарату значно розширює коло можливостей для його застосування, адже орієнтує на різні морфологічні елементи шкірної висипки, характерні для гноячкових уражень шкіри, а також на різні фази загоєння ран.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 29 пацієнтів віком від 7 до 35 років. У 6 з них діагностовано контактичне імпетиго, у 8 хворих — фолікуліт обличчя, зони декольте та волосяної частини голови, у 15 пацієнтів — піодермію на тлі загострення atopічного дерматиту. Для монотерапії, а за наявності у пацієнта atopічного дерматиту поряд із основними засобами використовували мазь «Банеоцин» —

комбінований антибактеріальний препарат, який містить два бактерицидних антибіотики із синергічною дією (бацитрацин та неоміцин), що забезпечує широкий антимікробний спектр. Це єдина в Україні рекомендована ВООЗ комбінація антибіотиків для зовнішнього застосування. Мазь «Банеоцин» наносили на уражену ділянку двічі на добу протягом 7 днів.

Результати. У хворих на контагіозне імпетиги та фолікуліт позитивна динаміка спостерігалася вже на 2–3-ю добу лікування. У разі atopічного дерматиту, ускладненого вторинною інфекцією, значно поліпшувався стан дещо пізніше, що можна пояснити наявністю основного захворювання. Однак важливо, що патологічний процес нівелювався протягом 5–7 днів у 95,5 % хворих. Клінічне одужання зафіксовано у всіх хворих.

Висновки. Мазь «Банеоцин» можна рекомендувати для лікування пацієнтів з бактеріальними інфекціями шкіри, зокрема atopічному дерматиті, ускладненому вторинною піодермією. Під час застосування препарату побічних впливів не спостерігалось, а також не було ефекту фотосенсибілізації, що особливо важливо для лікування влітку.

Комбінація оламіну піроктону та саліцилової кислоти в топічному лікуванні себорейного дерматиту волосяної ділянки голови

О.В. Шуленіна

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Актуальність. Проблема терапії себорейного дерматиту (СД) зумовлена його значною поширеністю в структурі дерматологічної патології, здатністю погіршувати якість життя та пошуком максимально ефективних способів лікування. В етіопатогенезі СД провідну роль відіграють надмірна колонізація гриба *Malassezia furfur* та спадкова особливість хімічного складу себуму. За локалізації на шкірі волосяної частини голови (ВЧГ) утворюються чітко окреслені гіперемовані осередки запалення, вкриті жирними лусочками.

Мета роботи — підвищити ефективність лікування хворих на СД шляхом застосування в комплексній терапії топічного засобу із оламіну піроктоном і саліциловою кислотою.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 34 хворі на СД з ураженням ВЧГ віком від 19 до 47 років без супутньої патогенетично значущої патології. Їх розподілено на дві групи: основну (17 осіб), яким на тлі загальної терапії призначали шампунь з оламіну піроктоном та саліциловою кислотою, забезпечуючи комплексний етіотропний (протигрибковий) та симптоматичний (кератолітичний) впливи, а також порівняльну (17 осіб), які на тлі загальної терапії отримували топічний кортикостероїдний засіб. Шампунь під час миття наносили двічі (вдруге залишали його на голові на 2–5 хв) 2–4 рази в тиждень протягом 2 міс.

Результати. У хворих на СД ВЧГ основної групи наприкінці лікування зазначено добру переносність, комфортність застосування. У 14 (82,35 %) пацієнтів спостерігалось клінічне видужання, у 2 (11,77 %) — значне поліпшення, у 1 (5,88 %) — поліпшення стану на шкірі ВЧГ. У групі порівняння ці показники становили відповідно: 70,59 %, 17,65 % та 11,77 %.

Висновки. Результати дослідження свідчать про високу терапевтичну ефективність шампуню з оламіну піроктоном та саліциловою кислотою, хорошу переносність та відсутність побічних ефектів у разі лікування себорейного дерматиту волосяної частини голови.

Вплив змін типового харчування на розвиток вугрової хвороби у студентів-іноземців

І.О. Блага, О.Д. Александрук, Х.Я. Николайчук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ

Актуальність. Унаслідок значної поширеності вугрової хвороби питання її ефективного лікування є одним із найактуальніших. Це захворювання має мультифакторіальну природу виникнення, хронічний рецидивний перебіг та потребує комплексного підходу в діагностиці й лікуванні. Останнім часом активно дискутують та вивчають вплив розладів травного каналу на перебіг захворювання, зокрема зв'язок вугрів із особливостями харчування.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували з приводу вульгарних вугрів різного ступеня тяжкості 132 індійських студенти (73 чоловіки та 59 жінок) віком від 19 до 24 років. Вугровою хворобою жоден із них до переїзду з Індії в Україну не хворів. Студенти вказували на істотну зміну раціону харчування, що передусім стосувалося зміни кратності прийому їжі та основних продуктів харчування. На момент дослідження, крім скарг з боку шкіри, пацієнти вказували на аерофагію, печію, біль у надчеревній ділянці та диспепсичні розлади. У всіх пацієнтів проведено комплексне дослідження органів травної системи.

Результати. На тлі розгорнутих виявів вульгарних вугрів у 31 (23,4 %) пацієнта були підвищені рівні АСТ, АЛТ; у 23 (17,4 %) — загального білірубину; у 19 (14,3 %) — лужної фосфатази. Під час ультразвукового дослідження у 116 (87,8 %) пацієнтів виявлено ознаки гастриту, у 27 (20,4 %) — гепатозу, у 17 (12,8 %) — дискінезії жовчовивідних шляхів за гіпертонічним типом, у 49 (37,1 %) — за гіпотонічним типом, у 21 (15,9 %) — ознаки панкреатиту.

Висновки. Отже, в іноземних студентів розлади в роботі травного каналу, що розвинулися внаслідок різкої зміни режиму та раціону харчування, поєдналися із початком вугрової хвороби. Це свідчить про значний вплив зміни харчування на розвиток вугрової хвороби.

Місцеве лікування рожевих вугрів та демодекозу

Р.Ф. Айзятұлов, Я.О. Полях, М.Е. Скородед

Донецький національний медичний університет імені Максима Горького, Лиман

Актуальною проблемою сучасної дерматології є рожеві вугрі, які спостерігаються переважно у жінок і виявляються гіперемією шкіри обличчя. Близько розташовані до поверхні шкіри кровonosні судини легко реагують на всі подразники, втрачають еластичність, і розвивається провідник рожевих вугрів купероз — судинне захворювання шкіри з локалізацією на крилах носа, підборідді, щоках, яке виявляється еритемою і телеангіоектазіями. За всіх клінічних форм рожевих вугрів можна виявити кліщ *Demodex folliculorum* і його личинки. На обличчі спостерігають синюшну еритему, телеангіектазії, червоні папулопустули (рожеві вугри), запальні вузли, інфільтрати, осередки гіперплазії сальних залоз і сполучної тканини.

Для лікування куперозу застосовували препарати серії «Стоп Купероз»: гель нейтральний для вмивання, ніжний тонік зі зміцнювальним ефектом, крем SPF-15 (щоденний захист круглий рік) та інтенсивний крем «SOS». Основу серії «Стоп Купероз» (комплекс REGU®-CEA) розробили швейцарські фахівці. Це мультифункціональний інгредієнт для усунення симптомів куперозу та розацеа (зменшує симптоми розацеа — приливний рум'янець, еритему, телеангіектазії).

При розацеа, демодекозі лікування складне, з різноманітними патогенетичними підходами. Значний терапевтичний ефект у разі зовнішнього лікування рожевих вугрів, демодекозу спостерігається при застосуванні семи форм серії препаратів «Stop Demodex»: м'яке очищувальне мило для обличчя та тіла, лосьйон для обличчя та повік, бальзам лікувально-профілактичний, гель для повік, краплі на основі рослинних екстрактів і МСМ, шампунь протизапальний, фініш-контроль гель.

Лікування хворих на оніхомікози з урахуванням індексу ураження нігтьових пластинок

Я.Ф. Кутасевич, І.О. Олійник, Г.С. Чеховська, І.О. П'ятикоп, О.М. Ступій

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Харків

Актуальність. З огляду на сім клінічних критеріїв зміни нігтьових пластинок при оніхомікозі запропоновано індекс ураження нігтьових пластинок (ІУНП).

Матеріали та методи. Для розрахунку ІУНП брали до уваги: покреслену поверхню нігтя, зміну вільного краю, гіперкератоз, нерівномірність забарвлення нігтя, зміну вільного краю, наявність порожнин, тунелів і атрофію нігтя. Значення ІУНП підрозділяли на мінімальний (1–4 бали), помірний (5–10 балів) і виразний (11–21 бал).

Результати. Хворим з тяжкими формами оніхомікозу запропоновано комплексну терапію: системні антимікотиками; «Волвіт», що містить біотин, який поліпшує структуру нігтьової пластинки і підвищує швидкість її росту; препарати, що поліпшують мікроциркуляцію (судинні препарати), і гепатопротектори. Системні антимікотиками призначали за схемою відповідно до інструкції, а «Волвіт» — по 5 мг/добу протягом лікування системними антимікотиками. Складовою частиною лікування тяжких форм оніхомікозів є місцева терапія, тобто видалення уражених часток нігтьових пластинок оніхолітичними засобами, а також застосування місцевих антифунгальних засобів.

Запропонований метод забезпечує одужання пацієнта на 19,5 % швидше, ніж за традиційного лікування, і в 1,4 разу прискорює відростання нігтьової пластинки.

Висновки. Отже, згаданий метод сприяє скороченню терміну лікування і знижує ризик побічних ефектів від тривалої системної антифунгальної терапії.

Оптимізація комплексного лікування ускладнених форм епідермофітії ступень

Л.О. Гулей

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Актуальність грибкової інфекції ступень визначає їхню поширеність (хворіє кожен п'ятий мешканець планети) та зростання частоти випадків, ускладнених піодермією, з формуванням резистентності до засобів етіотропної терапії.

Мета роботи — підвищити ефективність лікування хворих на епідермофітію ступень, ускладнену піодермією, шляхом застосування в комплексній терапії антибактеріального та поліензимного засобів.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 36 хворих на ускладнену піодермією епідермофітію ступень віком від 18 до 65 років, в яких діагностовано різні клінічні форми, а саме: у 5 — еритематозно-сквамозну, у 6 — інтритригінозну та у 25 — дисгідротичну.

Результати. Для оптимізації лікування епідермофітії ступень, ускладненої піодермією, у комплексі лікування 18 пацієнтів (основна група) призначали «Зіоміцин» (1 таблетка містить 250 мг азитроміцину дигідрату) по 1 таблетці двічі на добу в 1-й день, із 2-го до 5-го дня — по 1 таблетці, а також «Вобензим» по 3 таблетки 3 рази на добу протягом 15 діб. «Зіоміцин» має широкий спектр антимікробної дії, добре проникає у тканини, призначають у низьких дозах, вирізняється хорошою клінічною переносністю. До складу «Вобензиму» входять ферменти тваринного та рослинного походження з протизапальною, протинабряковою, знеболювальною та імуномодулювальною діями. Групу порівняння склали 18 хворих із відповідною патологією такого ж віку. Вони в комплексному лікуванні отримали інший антибактеріальний засіб. За даними клінічних спостережень, у пацієнтів основної групи, які отримали «Зіоміцин» та «Вобензим», на 3–4 доби раніше регресували пустули, на 4–5 днів раніше (відносно групи порівняння) регресували вияви гіперемії й інфільтрації, що дало змогу скоротити тривалість лікування в середньому на 5–6 діб.

Висновки. Застосування у комплексному лікуванні епідермофітії ступень, ускладнених вторинною інфекцією, препаратів «Зіоміцин» та «Вобензим» сприяє швидшому регресу клінічних виявів дерматозу та скороченню строків клінічного одужання пацієнтів.

Метод оптимізації лікування оніхомікозів

Л.О. Сенчук, О.Д. Александрук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ

Актуальність. Оніхомікози залишаються однією з найважливіших проблем медичної мікології. Значне поширення цієї патології, недостатня ефективність та висока вартість лікування змушують проводити подальше вивчення цієї проблеми та пошук нових стратегій її розв'язання.

Мета роботи — вивчити клінічну ефективність лікування оніхомікозу терапевтичним комплексом, що складався із системного антимікотика та препарату «Зиман» виробництва «Мега Лайфсайен ЛТД» (Австралія).

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 35 пацієнтів (16 жінок та 19 чоловіків) з оніхомікозом кистей та/або стоп, підтвердженою результатом мікроскопічного дослідження. Вік хворих — від 32 до 70 років, тривалість захворювання — від 3 міс до 15 років. До та після лікування у всіх пацієнтів проведено комплексне клініко-лабораторне дослідження: загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові для оцінки функціонального стану печінки. Оцінювали суб'єктивні та об'єктивні ознаки захворювання через кожних 3–4 тиж до, під час та після лікування. З об'єктивних симптомів реєстрували динаміку дистального, латерального або тотального ураження нігтьової пластини з включенням чи без росткової зони, піднігтьового гіперкератозу, оніхолізу, росту здорової нігтьової пластинки. Пацієнтів розподілено на основну і контрольну групи. Контрольна група (12 осіб) отримувала системний антимікотик інтраконазол (пульс-терапія). Решті (23 хворих) на додаток до антимікотика призначали «Зиман», до складу якого входять мікроелементи цинк, магній, селен-метіоніновий комплекс, вітаміни В₁, В₂, В₆, карнітин, біотин, по 1 капсулі двічі на добу під час їди, запиваючи водою.

Результати. Поєднання системного антимікотика та комплексного препарату «Зиман» суттєво вплинуло на відновлення структури нігтьових пластин. Відростання нігтів і відповідно швидкість нормалізації структури нігтьової пластини в пацієнтів основної групи відбувалося в 2,5 рази швидше, ніж у групі контролю. Водночас повну елімінацію грибів із уражених нігтьових пластин на 12-му тижні зазначено лише у 20 (57 %) хворих, що не дає змоги на цьому етапі вірогідно оцінити різницю ефективності антимікотичного впливу різних лікувальних технологій.

Висновки. Метод комплексного лікування з використанням системного антимікотика і препарату «Зиман» можна використовувати в дерматологічній практиці як комплексний метод ефективного лікування оніхомікозів, який дає змогу в коротші терміни відновити структуру нігтьових пластин та прискорити їхній ріст.

Патогенетичні аспекти випадання волосся

О.П. Кухта, О.Д. Александрук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ

Волосся з давніх-давен вважають прикрасою і предметом гордості людини. Сильне випадання волосся — не тільки естетична, а й медична проблема. Алопеція (облисіння, від лат. *Alopecia* — облисіння, плішивість) — патологічне випадання волосся на волосній частині голови, обличчі, рідше — на тулубі й кінцівках унаслідок пошкодження волосяних фолікулів. Нині не існує єдиної класифікації, однак загальновідомим є поділ алопеції на дві групи: рубцеву (перебігає з утворенням рубця, в якому повністю або частково атрофуються волосяні фолікули) та нерубцеву (без попереднього ураження шкіри і атрофії фолікулів).

У структурі всіх захворювань волосся нерубцеве випадання становить понад 80 %, уражуючи від 30 до 40 % людей віком до 50 років. Як косметичний недолік облисіння часто призводить до психоемоційного дискомфорту, зниження якості життя і зумовлює як соціальні проблеми, зумовлені обмеженням у виборі професії, працевлаштування та соціальній перспективі, так і економічні — тривалість лікування і висока його вартість.

Майже половина чоловіків після 50 років і третина жінок мають різні ознаки алопеції. Норма випадання становить 60–80 волосинок із білою цибулиною в день. У блондинок ця кількість може вирости до 100–150. Кожен окремо взятий волосок має три стадії життя: I — безперервного росту, II — деградації, коли ріст припиняється, і III — телогену, коли волосся відокремлюється від шкіри голови і випадає, але при цьому готує фолікул до росту нової волосини.

Однією з теорій розвитку алопеції є автоімунна, що розглядає цю хворобу як автоімунну. З невідомої причини імунна система починає діяти так, ніби фолікули є чужорідними і небезпечними для неї структурами. Ті клітини (Т-лімфоцити), які в нормальних умовах виконують роль сторожів і захисників організму від чужорідних агентів, починають атакувати волосся, не сприймаючи їх як власні, що спричинює деградацію фолікулів та випадання волосся. Його ріст відновлюється тільки після припинення аномальної реакції імунної системи.

Друга причина облисіння — андрогенізація. Зв'язок між облисінням і кількістю чоловічих статевих гормонів описав ще Гіппократ, який зауважив, що євнухи ніколи не лисіють. У 1940 р. американський лікар Дж. Гамільтон зробив такий висновок: спадкова схильність до підвищеного рівня статевих гормонів (дегідротестостерону), що сприяє його утворенню з тестостерону ферменту 5-альфа-редуктази, призводить до поступового, від циклу до циклу зниження життєвої активності фолікулів і, як наслідок, стоншення й випадання волосся. Третя — зміна балансу ферментів, які беруть участь у метаболізмі андрогенів. Фермент 5-альфа-редуктаза каталізує перетворення тестостерону в дегідротестостерон. Після контакту дегідротестостерону з рецепторами фолікула включається в процес поступової мінітюаризації волосся. Ензимароматаза здійснює конверсію андрогенів у естрогени, які володіють антиандрогенною дією.

Не можна також заперечити й ролі умов життя, характеру харчування та інших факторів, які прискорюють процес старіння всього організму. Стресові ситуації й порушення вегетативної нервової системи призводять до звуження судин на шкірі голови. За безперервних стресів судини вже не приходять у норму, що й спричинює випадання волосся, оскільки живлення волосяного фолікула погіршується.

Загалом же успіх лікування алопеції залежить від того, наскільки пацієнт дотримує рекомендацій лікаря і на якому етапі захворювання звернувся по медичну допомогу. Народні засоби в поєднанні з медикаментозним лікуванням можуть прискорити одужання. Самостійна терапія зазвичай недоцільна і малоефективна, оскільки не усуває основних причин алопеції.

Структурні та мікроелементні зміни волосся при облисінні

І.Д. Бабак, О.А. Білинська, І.О. Чаплик-Чижо

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Актуальність. Наука про мікроелементи (МЕ) перебуває на стадії нагромадження фактичного матеріалу. Незначні відхилення від норми людина не відчуває, але дефіцит або зміна співвідношення може призвести до розвитку патологічних станів. Надійним джерелом інформації відносно вмісту МЕ в організмі є волосся, оскільки метаболізм у ньому сповільнений, і тільки тривалі порушення концентрації елементів (постійна недостатність чи надлишок, порушення їхнього співвідношення, наявність у організмі токсичних речовин) знайдуть відображення у волоссі. Увага багатьох дослідників привернена до гіпотези впливу екзогенних і ендогенних чинників на функціональний стан волосся, особливо есенціальних та токсичних МЕ.

Нині спостерігається тенденція до збільшення кількості пацієнтів із захворюваннями волосся, а саме починаючи від посиленого випадання до різних клінічних форм облисіння.

Мета роботи — виявити дисбаланс мікроелементів, який позначається на стані та вигляді волосся, простежити за структуральними змінами волосся й оцінити вплив патології внутрішніх органів.

Матеріали та методи. За два роки обстежено 35 хворих з різними формами облисіння та 15 практично здорових осіб із використанням різних методик (лабораторно-інструментальне дослідження, консультації

суміжних спеціалістів). Дослідження структури волосся проводили за допомогою растрової електронної мікроскопії (РЕМ) на растровому електронному мікроскопі ТЕСЛА БС-300. МЕ склад волосся визначали за допомогою кількісного та якісного емісійного спектрального аналізу на спектрографі СТЕ-1 та ІСП-51.

Результати. Серед обстежених було 17 жінок та 18 чоловіків із осередковою, крайовою та дифузною формами облісіння, яке на початку захворювання виявлялося посиленням випадання волосся. У 83 % пацієнтів були хвороби органів травлення (хронічний гастрит, гепатит, виразкова хвороба, дисбактеріоз кишечника) та виявлені вперше ендокринопатії (високий титр антитиреоїдних антитіл, доклінічні порушення толерантності до глюкози).

Під час РЕМ виявлено кілька варіантів структурних змін будови кореня: а) із залишками кореневих оболонок; б) атрофічні, без кореневих оболонок; в) з кореневими оболонками. У структурі стрижня помічено виступи та заглибини, відсутність черепицеподібного малюнка.

Встановлено різницю між складом МЕ волосся хворих на різні форми алопеції та нормою. Статистично вірогідним у разі крайової алопеції є збільшення в 1,5 разу рівнів алюмінію, кремнію, марганцю, ванадію, заліза, нікелю, цинку, срібла, олова, барію, лантану та свинцю, в разі осередкової — в 1,5 разу збільшений вміст магнію, алюмінію, кремнію, титану, ванадію, марганцю, заліза, нікелю, міді, срібла, барію, свинцю, а за дифузної — вдвічі збільшена концентрація алюмінію, кремнію, марганцю, заліза, міді та свинцю.

Характеризуючи гіпотетичний механізм можливої токсичної дії вказаних вище МЕ, склад яких у волоссі статистично вірогідно відрізняється від такої контрольної групи, можна припустити, що йдеться про комбіновану дію, яка, можливо, зумовлює посилене випадання волосся.

Висновки. Посилене випадання волосся та різні форми облісіння асоціюються зі значним дисбалансом мікроелементів. Зміни структурного та спектрального складу волосся хворих вказують на атрофічний характер алопеції та доцільність призначення таким пацієнтам відповідної патогенетичної терапії.

Причини випадання волосся у студентів-іноземців

Х.Я. Николайчук, О.Д. Александрук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ

Актуальність. Останнім часом тисячі іноземних студентів приїжджають на навчання в Україну. І саме зі зміною кліматичних умов вони пов'язують появу багатьох дерматологічних проблем.

Матеріали та методи. Протягом 5 міс по медичну допомогу звернулися 82 студенти-іноземці (50 жінок і 32 чоловіки) віком від 21 до 27 років зі скаргами на випадання волосся. 40 із них — з Індії, 5 — з Іраку, 34 — з Йорданії, 3 — з Лівії.

Захворювання у всіх пацієнтів тривало 3–5 міс, тобто симптоми почали виявлятися через 4–6 міс після прибуття в Україну. Поступово випадало все більше волосин. Коли дівчата помітили, що коса стала тоншою, а хлопці, що значно порідшало волосся, почали звертатися до лікарів.

Під час огляду, крім порідіння волосся на голові, у 7 пацієнтів виявили помірну сухість шкіри з дрібним лущенням (суха себорея), у 31 — сухість і ламкість нігтьових пластинок кистей, у 1 — поперечну посмугованість нігтів.

Результати. Встановлено, що не тільки зміна кліматичних умов є причиною випадання волосся. Зокрема, 73 із 83 пацієнтів зізналися, що через економію коштів не вживають червоне м'ясо, яке є джерелом заліза, мало їдять свіжих овочів і фруктів, горіхів (а це мікроелементи Са, Zn, Fe і вітаміни С, РР, А, Е, які дуже потрібні шкірі, волоссю, нігтям).

У 3 пацієнтів виявлено аскариди, у 2 — лямблії, у 1 — уражені карієсом зуби. У жодного з пацієнтів не виявлено патології з боку ЛОР системи, травного каналу, гормональних змін, і тільки один пацієнт поскаржився на сильний стрес через зміну місця проживання.

Усім хворим призначено комплексне лікування (дієта, вітамінотерапія, втирання міноксидилу або препаратів плаценти, масаж комірцевої зони і волоссяної частини голови), яке вони отримують і досі і яке дає позитивний результат.

Висновки. Отже, харчування є основною причиною випадання волосся. Тому комплексне обстеження, правильно підібраний раціон і відповідне лікування є запорукою відмінного результату.

Клініко-патогенетичні особливості та лікування специфічних дерматозів вагітних із використанням методик рефлексотерапії

Г.А. Ситнік, В.І. Ситнік

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Вінниця

Актуальність. Ендокринні, імунологічні, метаболічні та судинні зміни, пов'язані з вагітністю, можуть певним чином впливати на шкіру. Тому виділяють фізіологічні зміни на шкірі у вагітних, загострення наявних шкірних захворювань і специфічні дерматози вагітних. Вивчення специфічних дерматозів вагітних є актуальною

темою, бо патогенез недостатньо вивчений, через що немає ефективних методів лікування, а більшість медикаментів протипоказані вагітним.

Матеріали та методи. Обстежено 31 пацієнтку зі специфічним дерматозом вагітних. Ми вивчали рівень субпопуляції Т-лімфоцитів за допомогою імунофлуоресцентного методу та набору моноклональних антитіл. Для контролю обстежено 20 жінок із нормальним перебігом вагітності.

Результати. Встановлено зниження рівня зрілих Т-лімфоцитів та підвищення хелперно-супресорного коефіцієнта (CD4/CD8) за рахунок меншення вмісту Т-хелперів (CD4). Встановлено вірогідне зниження концентрації IgG та тенденцію до збільшення рівня IgM при специфічних дерматозах порівняно з показниками контрольної групи. В якості імунокоригуючої терапії вагітним зі специфічними дерматозами проведено курс рефлексотерапії. Рецептуру підібрано індивідуально для кожної пацієнтки з урахуванням правил У-Сін та Ін-Ян.

Висновки. Виявлені під час імунологічного дослідження зміни можна пояснити вторинним імунодефіцитом при дерматозах вагітних та його домінуванням в автоімунних і алергійних процесах, що є вирішальним у виникненні та розвитку цієї патології. Але після лікування встановлено підвищення рівня Т-лімфоцитів, нормалізацію співвідношення імуnoreгуляторних субпопуляцій Т-лімфоцитів і деяке збільшення вмісту IgG.

Про перспективи використання «Інозитулу» для лікування дерматологічних виявів у жінок із синдромом склерополікістозу яєчників

З.В. Смаглій

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) — найпоширеніша форма ендокринопатії, який уражує 5–10 % жінок репродуктивного віку. Визначення СПКЯ передбачає наявність клінічних і біохімічних виявів гіперандрогенії в поєднанні з хронічною ановуляцією. Гіперандрогенія яєчників — основний симптом СПКЯ. У тих дослідженнях, де не враховують підвищений рівень андрогенів під час діагностики СПКЯ, визнають, що гіперандрогенія є найважливішою ознакою цього синдрому. Множинні ефекти андрогенів виявляються з боку шкіри та її придатків.

До дерматологічних маркерів СПКЯ належать: гірсутизм, акне, себорея, стрії, андрогенетична алопеція.

Перебіг і тяжкість шкірних виявів СПКЯ залежать від взаємодії між гормонами, факторами кератинізації, секретом сальних залоз і бактеріями.

У хворих з СПКЯ можуть спостерігатися й інші шкірні зміни, зокрема *acantosis nigricans*, який є папілярно-пігментною дистрофією шкіри, що виявляється гіперкератозом і гіперпігментацією, особливо в паховій та пахвинній ділянках. *Acantosis nigricans* розглядають як дерматологічний вияв тяжкої інсулінорезистентності. Це поєднання R. Varbiegi назвав «волосяний синдром», який зустрічається в більшості жінок із СПКЯ. У 5 % випадків він поєднується з *acantosis nigricans* і позначається синдромом HAIR-AN, який є відображенням наявності гіперінсулінемії.

Лікування залежить від характеру і виразності симптомів захворювання, а також від стану репродуктивної функції. Для зниження рівня андрогенів, лікування гірсутизму чи акне широко використовують оральні контрацептиви.

Останнім часом у науковій літературі опубліковано дані про ефективність застосування «Інозитулу» в лікуванні вугрової хвороби у жінок з СПКЯ.

«Інозитол» (1-, 2-, 3-, 4-, 5-, 6-циклогексангексол або простциклогексангексол) є молекулою, яку часто зараховують до вітамінів групи В. Хоча більшою мірою він є псевдовітаміном, оскільки поширений у продуктах харчування і є важливою речовиною в організмі людини.

Отже, застосування інозитулу і його похідних є перспективним для лікування дерматологічних захворювань, пов'язаних із СПКЯ, та потребує подальших клінічних досліджень.

Досвід місцевого лікування свербіж у онкохворих

І.О. Чаплик-Чижо, О.А. Білинська, І.Д. Бабак, О.О. Сизон

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Актуальність. За статистичними даними, онкозахворювання за останнє сторіччя перемістилися на друге місце з десятого, поступаючись тільки серцево-судинній патології. За даними ВООЗ, щороку виявляють згадану патологію у 10 млн чоловік. Україна посідає друге місце в Європі за онкозахворюваністю. Французький дерматолог Дарьє ще в 1896 р. звернув увагу на зв'язок свербіж з онкологічними захворюваннями. За літературними даними, у 47 % онкологічні захворювання різної локалізації супроводжуються свербіжем.

Мета роботи — вивчити появу та перебіг свербіж у хворих з онкопатологією та підібрати ефективну схему лікування.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 18 хворих (11 чоловіків та 7 жінок) з онкологічною патологією різної локалізації (рак передміхурової залози — 16,7 %, легень — 22,1 %, шлунка — 11,1 %, молочної залози — 16,7 %, щитоподібної залози — 11,1 %, сечового міхура — 16,7 %, яєчників — 5,6 %) віком 46–69 років із виявами свербіж. Свербіж оцінювали за опитувальником Skindex-16, розробленим University of California at San Francisco Department of Dermatology. Відповідь на кожне запитання оцінювали від 0,00 до 100,00 балів із подальшим підрахунком середнього за трьома шкалами («симптоми», «емоції», «діяльність») та середнього за всіма 16 питаннями — «Загальний підрахунок». Ми брали в дослідження хворих із середньою тяжкістю свербіж — від 25,01 до 49,99 бала (77 % хворих) та тяжкими — в межах 50,00–100,0 балів (23 % хворих). Призначено комплексне лікування, яке включало гіпоалергенну дієту, антигістамінні препарати першого покоління (хлоропіраміну гідрохлорид 2 % — 1,0 мл внутрішньом'язово двічі на добу 5 діб), сорбенти («Атоксил» по 2 пакетики тричі протягом 5 діб), заспокійливі засоби («Гліцин» по 1 таблетці тричі на добу протягом 14 діб), гепатопротектор («Лесфаль» розчин для ін'єкцій 50 мг/мл по 5 мл внутрішньовенно № 5) та зовнішні засоби за схемою: «Локоїд» (гідрокортизону 17-бутират), «Ліпокрем» 1 % двічі на добу 7 діб та крем «Цікапласт» 2–3 рази на добу між застосуванням мазі 14 діб.

Результати. Основною суб'єктивною скаргою у хворих був інтенсивний свербіж, який тривав від 1 до 9 міс, не пов'язаний із порогом доби. У 4 хворих (22,4 %) він був генералізований, а у 12 хворих (67,6 %) локалізувався у верхній частині тулуба, на внутрішній стороні стегон, розгинальній поверхні верхніх кінцівок, у ділянці великогомілкової кістки. Об'єктивно: в осередках лінійні екскоріації, геморагічні кірки, гіпо- та гіперпігментні плями. Як результат терапії значне поліпшення зауважили у 78,9 % (легкі вияви свербіж — від 1,01 до 25,00 балів) хворих, без особливого поліпшення, але без погіршення — у 18,1 % (середньої тяжкості — від 25,01 до 49,99 бала) і лише у 3 % спостерігалось посилення свербіж (понад 49,99 бала), що було пов'язано з переходом у 4-ту стадію онкопроцесу.

Висновки. Таким чином, використання в онкохворих зі свербіжем для зовнішньої терапії ліпокрем «Локоїд» та крем «Цікапласт» дало добрий терапевтичний ефект та поліпшило якість життя пацієнтів. Їх можна рекомендувати для комплексного лікування.

Догляд за шкірою при дерматиті, асоційованому з нетриманням відправлень у хронічних хворих

І.Й. Когут

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль

КУ Тернопільської обласної ради «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер», Тернопіль

Актуальність. Дерматит, асоційований з нетриманням відправлень (ДАНВ), — запалення шкіри, яке виникає внаслідок тривалого контакту поверхні шкіри з сечею та калом і може супроводжуватися вторинною інфекцією шкіри, переважно грибовою етіологією. Захворювання поширене у популяції людей похилого віку і потребує пошуку клінічно та економічно ефективних засобів для лікування і профілактики.

Клінічними симптомами ДАНВ є почервоніння шкіри, набряк, пухирі з прозорим ексудатом, у тяжких випадках можуть приєднуватися ерозії шкіри.

Догляд за шкірою при ДАНВ складається з двох етапів — очищення (видалення сечі й калу з поверхні) та захисту (перешкоджання дії сечі й калу). Додатково можна використовувати етап відновлення шкіри (підтримка функціонування шкірного бар'єра). Для кожного етапу догляду за шкірою використовують окремі засоби. Останнім часом набули переваги комбіновані засоби 2 в 1 або 3 в 1 у формі готових серветок, котрі полегшують догляд та заощаджують час, проте зазвичай здорожують витрати.

Матеріали та методи. У 60 хронічних соматичних хворих з ДАНВ вивчали ефективність засобу «Камфорна олія». Діючою речовиною препарату є камфора рацемічна у концентрації 0,1 г у 1 мл олії соняшникової. Уражену шкіру очищували серветками, змоченими у препараті «Камфорна олія», та витирали до досягнення легкого жирного блиску 3–4 рази на добу, після чого замінювали підгузки. Препарат використовували як для очищення, так і захисту шкіри. Для об'єктивної оцінки стану ДАНВ використовували статистично доведені діагностичні шкали «Знаряддя для визначення важкості дерматиту, асоційованого з нетриманням відправлень» (The Incontinence Associated Dermatitis And Its Severity Instrument) та «Інтервенційне знаряддя для оцінки дерматиту, асоційованого з нетриманням» (Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool). Оцінювали перебіг захворювання і визначали показання до лікування і профілактики ДАНВ.

Результати. Нетримання сечі встановлено у всіх пацієнтів, тоді як поєднане урофекальне нетримання — у 28 (46,7 %) осіб.

Найчастішими зонами ураження були сідниці (49 %), промежина (47 %), статеві органи у жінок (46 %). Виразна або помірна еритема була в усіх обстежених, а ерозії шкіри — у половини. Рідше виявляли папули, везикули, пустули та пухирі.

Через 10 днів догляду за шкірою з використанням препарату «Камфорна олія» зменшилася сума балів «Знаряддя для визначення важкості дерматиту, асоційованого з нетриманням відправлень» та поліпшився перебіг хвороби за показниками «Інтервенційного знаряддя для оцінки дерматиту, асоційованого з нетриманням» у всіх пацієнтів».

Висновки. Препарат «Камфорна олія» можна розглядати як клінічно ефективний та економічно вигідний засіб для комплексного забезпечення етапів догляду за шкірою у хворих з дерматитом, асоційованим з нетриманням відправлень.

Епідеміологічні дані та структура захворюваності на сифіліс вагітних жінок із серорезистентністю після специфічного лікування

Ж.В. Корольова¹, Н.М. Нечипоренко^{1,2}

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

² Шкірно-венерологічний диспансер Деснянського району м. Києва

Актуальність. Питання про серорезистентність після лікування сифілісу є одним із найскладніших як у практичній, так і теоретичній дерматовенерології, особливо коли це стосується випадків сифілісу у жінок під час вагітності, де дуже велика ймовірність хибно-позитивних реакцій.

Матеріали та методи. Епідеміологічні дані та структуру захворюваності на сифіліс вивчали за історіями хвороб 312 вагітних з позитивними серологічними реакціями на сифіліс під час вагітності.

Результати. Вперше встановлено діагноз сифілісу під час вагітності та в пологах у 151 (48,4 %) жінки. 9 жінок (2,9 %) повторно заразилися сифілісом, що було виявлено саме під час вагітності. У 21 (6,7 %) жінки вперше встановлено серорезистентність після пролікованого сифілісу. 14 (4,5 %) жінок до вагітності проходили додаткове лікування з приводу серорезистентності. Аналіз методів лікування жінок, які хворіли на сифіліс до вагітності, свідчить про те, що більшість із них отримали специфічне лікування водорозчинним пеніциліном — 24,7 %, біциліном-3 — 10,9 % та іншими препаратами (біцилін-5, ретарпен, доксициклін, еритроміцин, екстанцилін, цефтріаксон) — 6,7 %. Згадані препарати дозволені для лікування сифілісу згідно з наявними методиками лікування. 9 жінок не могли назвати, які препарати приймали під час лікування та їхні дози. За даними анамнезу, у 28 хворих на сифіліс після лікування розвинулася серорезистентність, а саме: після вторинного свіжого сифілісу — у 2, вторинного рецидивного — у 8, сифілісу раннього прихованого — у 13, раннього неуточненого — у 5 жінок.

Висновки. Таким чином, у досить високого відсотка вагітних позитивні серологічні реакції на сифіліс за умови адекватного специфічного лікування до вагітності. Найчастіше серорезистентність спостерігалася у хворих після сифілісу раннього прихованого та вторинного рецидивного. Додаткові фактори, які сприяють розвитку серорезистентності, потребують детального вивчення для подальшої тактики ведення таких пацієнток.

Оцінка якості роботи серологічних лабораторій з виявлення сифілісу в спеціалізованих медичних закладах України

В.В. Кутова, О.М. Білоконь

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Харків

Актуальність. За дорученням Міністерства охорони здоров'я з метою забезпечення спільного підходу до надання медичної допомоги хворим було створено і затверджено Наказом МОЗ України за № 997 від 22.11.2013 р. методичні рекомендації «Сучасні підходи до лабораторної діагностики сифілісу», де відображено алгоритм діагностичного обстеження хворих на сифіліс.

Матеріали та методи. Висока відповідальність під час встановлення діагнозу «сифіліс» актуалізує потребу в оцінці якості серологічних досліджень на сифіліс у серологічних лабораторіях ОШВД.

Результати. Під час аналізу даних анкет про частоту використання кожного із регламентованих рекомендаціями методів дослідження, отриманих із 9 серологічних лабораторій, встановлено, що як нетрепонемні серологічні тести в 100 % закладів використовували реакцію Вассермана (РСК) з кардіоліпіновим антигеном, реакцію мікропреципітації в класичній постановці і рідко — в модифікації RPR (РПР).

У більшості лабораторій як трепонемноспецифічні методи використовували імуноферментний аналіз та реакцію пасивної гемаглютинації. У поодиноких випадках проводили реакцію імунофлуоресценції і темнопольну мікроскопію, а інші тести, зокрема імуноблот, ПЦР, не використовували взагалі. Значно зменшилася частка лабораторій, які використовують морально застарілу реакцію Вассермана (РСК) з трепонемним антигеном.

Висновки. Таким чином, у всіх проанкетованих лабораторіях дотримують принципу комплексності досліджень із використанням кількох тестів, різних за принципом реакцій, що відповідає сучасним вимогам під час встановлення діагнозу «сифіліс».

Випадок розвитку синдрому Уанье у хворої на сифіліс на тлі терапії прокаїн-бензилпеніциліном G

І.Є. Шеданія, А.Ю. Ларіонова

Лисичанський обласний шкірно-венерологічний диспансер, Лисичанськ

Актуальність. Синдром Уанье (Hoigne R., 1962) (антибіоманія, реакія Хайна, прокаїновий психоз, псевдоанафілактична реакція) — ускладнення псевдоанафілактичного типу, яке виникає гостро в разі введення антибіотиків ряду пеніциліну пролонгованої дії (бензатин-бензилпеніцилін, прокаїн-бензилпеніцилін), рідше — інших препаратів. Виявляється психічними і соматичними порушеннями. Захворюваність сягає від 1 : 1000 до 1 : 3000 пацієнтів після ін'єкції прокаїн-бензилпеніциліну G. Розвивається в середньому після шостої ін'єкції і є виявом токсико-алергічної реакції.

Матеріали та методи. Ми спостерігали вияви синдрому Уанье у 37-річної жінки на 8-й внутрішньом'язовій ін'єкції прокаїн-бензилпеніциліну G під час другого курсу специфічного лікування пізнього неуточненого сифілісу. При цьому перший курс лікування проведено прокаїн-бензилпеніциліном G без ускладнень.

Результати. Вияви синдрому: страх смерті, психомоторне збудження, дезорієнтація, відчуття безпорадності, слухові й зорові галюцинації, клонічні судоми, блідість шкіри, рясне потовиділення, тахікардія. Артеріальний тиск, який удалося виміряти тільки після припинення судом, становив 150/95 мм рт. ст.

Висновки. Після згасання симптомів у пацієнтки спостерігалися стійка неврозоподобна фобія, депресивний стан. Від продовження лікування категорично відмовилася.

Поліпшення якості мікробіологічної діагностики гонококової інфекції з метою систематичного моніторингу антибіотикорезистентності

І.Б. Бойко, Г.О. Безкоровайна

КУ Тернопільської обласної ради «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер», Тернопіль

Актуальність. Серед інфекцій, які передаються статевим шляхом, гонорея посідає в Європі друге місце за поширеністю. Якісна мікробіологічна діагностика гонококової інфекції дає змогу впроваджувати та систематично виконувати моніторинг за антибіотикорезистентністю збудника.

Мета роботи — підвищення якості мікробіологічної діагностики гонореї з подальшим вивченням антибіотикорезистентності штамів *N. gonorrhoeae*, які циркулюють у Тернопільській області.

Матеріали та методи. Заходи з підвищення якості мікробіологічної діагностики проводили протягом 2013–2015 рр. у рамках участі у міжнародному проекті Східноєвропейської спілки сексуального та репродуктивного здоров'я і прав (керівник д-р мед. наук Marius Domeika, Швеція). За консультативної допомоги Kai Joers (Естонія), експерта проекту з міжнародного європейського стандарту ISO 15189 «Медичні лабораторії, вимоги до якості та компетентності», розроблено та впроваджено в практику 9 стандартних операційних процедур для лабораторних тестів з метою діагностики гонореї. Антибіотикорезистентність вивчали під керівництвом д-ра мед. наук Magnus Upemo в Центрі співпраці ВООЗ з гонореї та інших інфекцій, які передаються статевим шляхом, у шведській референт-лабораторії патогенних нейсерій (Оребро, Швеція).

Для поліпшення мікробіологічної діагностики гонореї брали біологічний матеріал за допомогою транспортних середовищ та замінювали живильне середовище для виділення гонококів.

Урогенітальні виділення брали з використанням транспортного середовища типу Аміеса з вуглем F.L. MEDICAL S.R.L. (Італія). Посів проводили в лабораторії на чашки Петрі діаметром 90 мм, які містили приготоване виробником селективне живильне середовище Chocolate agar + PolyViteX VCAT3 agar (BioMerieux Ltd, Франція). Ідентифікували культури за допомогою вивчення морфологічних і тинкторіальних характеристик, експрес-тесту на оксидазну активність, визначення біохімічної активності з використанням набору «Нейсерія тест» (Lahema, Чехія). Молоді чисті культури *N. gonorrhoeae* з середньою тривалістю інкубації 21 год переносили в середовище збереження та негайно заморожували за температури $(-72,0 \pm 2,0) ^\circ\text{C}$.

Результати. Від липня 2013 р. до вересня 2016 р. виявлено 158 хворих на гонорею. Чисті культури *N. gonorrhoeae* виділено від 113 хворих (71,5 %): після первинного посіву урогенітальних виділень — у 67 (59,3 %), чисту культуру отримували шляхом пасажування — у 46 (40,7 %).

У 45 (28,5 %) пацієнтів культуру гонококів не виділено: через відсутність росту *N. gonorrhoeae* на поживних середовищах — у 23 (20,4 %); через застосування в діагностичному алгоритмі лише методу мікроскопії — у 17 (15,0 %); через зчитування результатів через 48 год і більше з причини інкубації посівів протягом вихідних днів — у 4 (3,5 %); з причини недотримання пацієнтом умов підготовки до дослідження — 1 (0,9 %).

Перших 52 штами *N. gonorrhoeae*, виділені у 2013–2014 рр., досліджено в 2015 р. на антибіотикорезистентність у шведській референт-лабораторії патогенних нейсерій. Для безперервного моніторингу антибіотикорезистентності гонококів у регіоні протягом 2015 р. та за 9 міс 2016 р. зібрано ще 61 штама.

Висновки. Досвід цієї роботи може бути першим кроком до включення України в Глобальну програму ВООЗ спостереження за антибіотикорезистентністю гонококів (WHO Global Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme).

Способи місцевого лікування гострокінцевих кондилом аногенітальної локалізації

Н.Ю. Сенишин, Ж.П. Гавриш

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ

Актуальність. Папіломавірусна інфекція людини (ПВІ) (Human papillomavirus infection) — інфекційне захворювання шкіри і слизових оболонок, спричинене папіломавірусами. У людини виявлено понад 100 типів папіломавірусів, причому 34 уражують сечостатеві органи і передаються під час статевих контактів. За останні десятиріччя спостерігаються напружена епідеміологічна ситуація, значний ріст захворюваності на ПВІ. Гострокінцеві кондиломи аногенітальної локалізації діагностують з однаковою частотою як у жінок, так і чоловіків, що ведуть активне статеве життя. У 65–70 % випадків захворювання виявляють у обох статевих партнерів. Найвищий рівень захворюваності на гострокінцеві кондиломи реєструють у чоловіків віком від 20 до 24 років та у жінок від 19 до 23 років.

Матеріали та методи. Обстежено 40 пацієнтів з гострокінцевими кондиломами в аногенітальній ділянці віком від 20 до 39 років (з них 26 жінок і 14 чоловіків).

Результати. Пацієнтам запропоновано такі варіанти лікування: видалення з попередньою ін'єкцією під кожну кондилому інтерферону в дозі 3 млн ОД; видалення з ін'єкцією анестетика (2 % р-ну лідокаїну). У половини пацієнтів видаляли кондиломи без ін'єкції інтерферону, в другій половині з ін'єкцією інтерферону під кондиломи.

Через 6 міс після видалення у хворих, яким вводили інтерферон, рецидивів не спостерігалось. А у 8 пацієнтів без інтерферонотерапії виявлено гострокінцеві кондиломи.

Висновки. Отже, використання інтерферону під час видалення гострокінцевих кондилом запобігає виникненню нових рецидивів.

Инфекции, передающиеся половым путем, ассоциированные с вирусными гепатитами

Э.Н. Солошенко, Т.В. Осинская, З.М. Шевченко, Т.П. Ярмач

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМНУ», Харьков

Актуальность. Имеются единичные противоречивые исследования, посвященные изучению ассоциации вирусных гепатитов с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).

Цель работы — выявление в сыворотке крови больных с инфекциями, передающимися половым путем, антигенов вирусных гепатитов В и С.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 больных с ИППП (18 женщин и 12 мужчин) в возрасте 21–55 лет. У 27 (90 %) была смешанная инфекция, у 3 (10 %) — моноинфекция. В свою очередь группа больных со смешанной инфекцией состояла из трех подгрупп: 1-я — из 16 (53,3 %) человек, у которых одновременно были диагностированы уреоплазмоз, хламидиоз, трихомониаз; 2-я — из 5 (16,7 %) с ассоциацией хламидиоза и трихомониаза; 3-я подгруппа — из 6 (20 %) с ассоциацией хламидиоза и трихомониаза. Наличие вирусной инфекции (гепатит В и С) определяли иммуноферментным методом, при этом поверхностный антиген к вирусу гепатита В выявляли с помощью тест-системы Vitrotest HBS Ag, а суммарные антитела к вирусу гепатита С — тест-системы Vitrotest Anti-HCV производства ТОВ «ІВК «Раминтек» (Україна).

Результаты. Суммарные антитела к вирусу гепатита С выявлены у 1 (3,3 %) больного с моноинфекцией — урогенитальным трихомониазом.

Выводы. Несмотря на редкость выявления ассоциаций ИППП и вирусных гепатитов, считаем целесообразным с профилактической целью всех больных с ИППП обследовать на вирусные гепатиты.

До питання трихомоніазу вагітних, хворих на сифіліс та мікоплазмоз

Т.В. Осінська, Т.В. Губенко, С.В. Унучко

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Харків

Актуальність. За даними статистики, щорічний світовий показник захворюваності на уrogenітальний трихомоніаз (УТ) становить майже 270 млн. Однак проблема трихомонадної інфекції у вагітних, хворих на сифіліс та мікоплазмоз, на тлі вивчення трихомоніазу в дорослих, ризики гестаційних та перинатальних ускладнень не стали предметом наукового аналізу.

Мета роботи — вивчити клініко-епідеміологічні особливості трихомоніазу у вагітних, хворих на сифіліс та мікоплазмоз.

Матеріали та методи. Обстежено 45 вагітних із підозрою на сифіліс. Діагностику *T. vaginalis* проводили культуральним методом, *Mycoplasma hominis* — за методом полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР) та імуноферментним аналізом (ІФА).

Результати. У 25 (55,6 %) вагітних виявлено пізній латентний сифіліс, у одному випадку — серорезистентний сифіліс, у 6 — профілактичне лікування, у 13 — неспецифічну серопозитивність. Середній вік вагітних — 28 років, у шлюбі — 90 %, раннє (до 18 років) статеве життя — 75 %, із низькою питомою вагою індивідуальної профілактики — 20 %. У 12 % вагітних, хворих на сифіліс, діагностовано трихомоніаз, у 9 % мікоплазмоз. У всіх жінок повторна вагітність та другі пологи. Спостерігався хронічний перебіг трихомоніазу. Скаржилися на уrogenітальні порушення (виділення, відчуття свербіжжю та печіння в ділянці статевих органів) 90 % вагітних. Ендоцервіцит, ерозію шийки матки та лейкоцитоз (вагінальні мазки), а також обтяжливий перебіг вагітності вірогідно частіше діагностували у пацієток зі змішаною інфекцією ($p < 0,01$).

Висновки. У хворих зі змішаною інфекцією вагітність має обтяжливий перебіг, спостерігаються запальні морфологічні вияви у вигляді ендоцервіциту, ерозії шийки матки.

Деякі аспекти фізіотерапевтичного лікування ускладнених форм мікоплазмозу

Г.М. Бондаренко, Т.В. Осінська, С.В. Унучко, Т.В. Губенко, І.В. Зюбан

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Харків

Актуальність. У структурі патології статевих органів зростає питома вага ускладнень, спричинених уrogenітальними мікоплазмами (уретрит, ендоцервіцит, сальпінгіт, аднексит, везикуліт, простатит), які потребують призначення не тільки етіотропної терапії, а й фізіотерапевтичних методів.

Мета роботи — оптимізація комплексного лікування ускладнених хронічних форм мікоплазмозу з урахуванням фізіотерапевтичного методу терапії.

Матеріали та методи. Проведено сеанси магнітофорезу (апарат «Поліус-1») у 25 хворих з хронічними ускладненими формами мікоплазмозу з використанням гелю «Полтавський бішофіт» (природний мінерал). Серед них було 12 чоловіків і 13 жінок віком від 22 до 51 року з верифікованою (полімеразно-ланцюгова реакція та імуноферментний аналіз) уреоплазмозом і мікоплазмозом моно- й змішаною інфекцією.

Результати та обговорення. Магнітофорез з гелем «Полтавський бішофіт» призначали щоденно (10–12 процедур) у комплексі з етіологічною та симптоматичною терапією. Показаннями до фізіотерапевтичного лікування були запальні процеси в малому тазу у хворих із хронічним перебігом ускладнених висхідних форм мікоплазмозу (ендоцервіцит, сальпінгіт, аднексит, везикуліт, простатит). У 94 % випадків спостерігався значний регрес запальних процесів в уражених органах, зокрема болювого симптому (91 %), патологічного набряку (75 %). У 36 % випадків відновилися еректильна функція, у 48 % — *mensis*.

Висновки. Використання в комплексній терапії магнітофорезу з гелем «Полтавський бішофіт» дає змогу підвищити ефективність лікування ускладнених висхідних форм уrogenітального мікоплазмозу, зменшити кількість рецидивів та ускладнень.

Уrogenітальний кандидоз у жінок

Р.Ф. Айзятюлов, Д.Р. Айзятюлова

Донецький національний медичний університет імені Максима Горького, Лиман

Актуальність. Проблема кандидозних уражень жіночих статевих органів зберігає актуальність і має не тільки медичне, а й соціальне значення в зв'язку з впливом на репродуктивну функцію та якість життя. Кандидоз

урогенітальний становить до 40 % у структурі інфекційної патології нижнього відділу сечостатевого органів. Для лікування кандидозу використовують велику кількість протигрибкових препаратів.

Матеріали та методи. Ми застосовували крем вагінальний «Клофан» (Кусум Хелтхкер Pvt Лтд; 1 г крему містить клотримазолу 100 мг; 7 г у тубі разом із аплікатором). Це антигрибковий препарат місцевої дії з групи похідних імідазолу з широким спектром антимікотичної активності відносно дерматофітів, дріжджових і цвілевих грибів. «Клофан» також активний відносно *Trichomonas*, стафілококів, стрептококів і бактероїдів.

Результати. Крем вводили вагінально за допомогою аплікатора 7 г крему «Клофан» (повний аплікатор) ввечері перед сном одноразово (курс лікування — 1 день). У разі рецидиву кандидозної інфекції через 7 днів після закінчення захворювання можна застосовувати повторно. Зауважено ефективність крему вагінального «Клофан» при кандидозі, патогенній та умовно-патогенній мікрофлорі, яка зумовлює розвиток змішаних інфекцій і вагініту у жінок дітородного віку.

Висновки. Крем вагінальний «Клофан» сприяє пригніченню такого роду мікрофлори, сприяє ліквідації інфекційних урогенітальних уражень у жінок і зниженню загального рівня інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Лікування герпесвірусної інфекції

Р.Ф. Айзятюлов, Я.О. Полях, М.Е. Скородед, О.С. Пойманова

Донецький національний медичний університет імені Максима Горького, Лиман

Актуальність. Практично кожен лікар зустрічається з захворюваннями, спричиненими герпесвірусами (простого герпесу 1-го та 2-го типів, *varicella zoster*), головними особливостями яких є довічне персистування в організмі людини хоч раз ними інфікованого, залежність клінічного перебігу від стану імунітету і схильність до рецидиву.

Матеріали та методи. Для лікування герпесвірусної інфекції застосовували препарат «Новерин» (активна речовина інозин пранобекс; таблетки по 500 мг).

Результати. «Новерин» активізує проліферацію Т-лімфоцитів, Т-хелперів, природних клітин (NK)-кілер, врівноважує баланс клітинної і гуморальної ланок у імунній системі, посилює синтез антитіл. У понад 1500 клінічних дослідженнях зафіксовано імуномодулювальну та протівірусну дію інозину пранобексу. Препарат має високу біологічну доступність. Після прийому всередину швидко всмоктується. Максимальна його концентрація в плазмі крові досягається через 1 год. Фармакологічна дія виявляється через 30 хв і триває до 6 год. Пацієнти приймали всередину по 2 таблетки препарату 3–4 рази на добу (10–14 днів). За потреби після 7–10-денної перерви курс лікування повторювали (лікування з перервами та підтримуючими дозами може тривати від 1 до 6 міс).

Висновки. Отримані дані свідчать про ефективність препарату «Новерин» у комплексній терапії герпесвірусних інфекцій. Його можна рекомендувати для широкого застосування в практичній діяльності лікарів.

Реабілітація хворих із хронічними запальними захворюваннями сечостатевого органів

Г.І. Мавров, О.Є. Нагорний

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Харків

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Харків

Актуальність. При статевих інфекціях, спричинених *S. trachomatis* і *M. Genitalium*, внаслідок синергічного впливу двох патогенів виникає запальна реакція, яка завершується пошкодженням тканин і порушеннями статевої і репродуктивної функції у 35–60 % хворих. Лікування та реабілітація в таких випадках становлять значні труднощі.

Мета роботи — розробити метод лікування хворих на хламідіоз та мікоплазмоз із застосуванням нового антибіотика геміфлоксацину і препарату адаптогенної дії на основі біологічно активних природних компонентів.

Матеріали та методи. Обстежено 32 пацієнтів (15 жінок і 17 чоловіків) віком від 18 до 45 років. 18 хворих I групи (основної) лікували за таким методом. Перорально раз на добу протягом 14 днів призначали по 320 мг геміфлоксацину (фактиву), а через тиждень після закінчення лікування антибіотиком — по 25 крапель тричі на добу «Мускусил-форте» і крем-гель «Мускусил» на шкіру та слизові оболонки статевих органів (одноразово) протягом 21 доби щодня. 14 хворих II групи (порівняння) лікували традиційно, зокрема: доксициклін по 0,1 г двічі на добу всередину протягом 15 днів та патогенетична терапія. Спостереження проводили протягом 6 міс з клініко-лабораторним обстеженням через кожних 4–6 тиж.

Результати. Результати наведено в таблиці.

Таблиця. Динаміка симптомів у хворих на хронічний урогенітальний хламідіоз і мікоплазмоз під впливом лікування

| Симптом | До лікування N (%) | | Після лікування N (%) | |
|--|------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| | I група (основна) (18) | II група (порівняння) (14) | I група (основна) (18) | II група (порівняння) (14) |
| Дискомфорт статевих органів (біль, свербіж, печіння) | 18 (100 %) | 14 (100 %) | 2 (11,1 ± 7,4 %) | 4 (28,6 ± 12,1 %) |
| Сексуальні порушення | 14 (77,8 ± 9,8 %) | 11 (78,6 ± 11,0 %) | 3 (16,7 ± 8,8 %) | 5 (35,7 ± 12,8 %) |

Примітка: Різниця між групами має тенденцію до вірогідності ($p \approx 0,05$).

Висновки. Таким чином, спостерігалися позитивна динаміка суб'єктивного та об'єктивного стану обстежуваних, хороша переносність та ефективність препарату «Фактив» (геміфлоксацин). У разі застосування препарату «Мускусил» знизилася емоційна лабільність і нормалізувався сон, а також відновилася статева функція у більшості пацієнтів. Потрібні подальші дослідження для підтвердження попередніх висновків.

Удосконалення патогенетичної терапії простатиту та простатовезикуліту

П.В. Бардов, О.П. Шевченко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Актуальність. Питання своєчасної діагностики уражень передміхурової залози не втрачають актуальності. Це зумовлено зростанням захворюваності на хронічний простатит чоловіків молодого і середнього віку, що своєю чергою призводить до зниження їхньої копулятивної та репродуктивної функцій. За даними деяких авторів, хронічний простатит із супутнім ураженням інших додаткових статевих залоз, зокрема сім'яних міхурців (везикуліт), придатків яєчок (епідидиміт), яєчок (орхіт), у 40–50 % хворих чоловіків є причиною безплідності. Запальні захворювання статевих органів чоловіків і їхні наслідки мають провідне значення в генезі безпліддя порівняно з іншими факторами. Питома вага безплідних шлюбів у світі сягає 15–20 %. У половині випадків безпліддя є результатом патології органів репродуктивної системи в одного із подружжя. При цьому і у жінок, і в чоловіків безпліддя виявляють однаково часто.

Запальні захворювання статевих органів, які найчастіше призводять до безплідності у чоловіків (задній уретрит, простатит, везикуліт, куперит, орхіт, епідидиміт), зумовлені проникненням інфекційних агентів на тлі гемодинамічних порушень у органах малого тазу.

Мета роботи – удосконалення патогенетичної терапії хворих на хронічний простатит і простатовезикуліт.

Матеріали та методи. Для оцінки ефективності удосконаленої нами комплексної патогенетичної терапії хронічного простатиту і простатовезикуліту, ускладнених порушеннями копулятивної та репродуктивної функцій, а також її порівняння з загальноприйнятими методами лікування хворих (132 пацієнти) розподілено на дві рівноцінні клінічні групи. Критеріями для розподілу слугували вік пацієнтів, тривалість перебігу хвороби, клінічна форма ураження, а також скарги на порушення копулятивної функції та результати дослідження у них показників спермограми. Ми призначали хворим препарат «Далмаксин» (діюча речовина тіотриазолін) у формі ректальних свічок раз на добу (на ніч) протягом 20–30 діб.

Результати. Проаналізовано терапевтичну ефективність патогенетичного і реабілітаційного методів лікування та традиційної терапії з приводу хронічного простатиту і простатовезикуліту, ускладнених порушеннями копулятивної та репродуктивної функцій. У 58 (86,6 %) хворих із групи А (із 67 пацієнтів основної клінічної групи) досягнуто повного клінічного і етіологічного одужання з нормалізацією запліднюючих властивостей еякуляту, у 7 (10,4 %) із групи В – етіологічного виліковування з відносною нормалізацією клініко-лабораторних показників і у 2 (3,0 %) хворих із групи С – етіологічного виліковування з частковим збереженням клінічної симптоматики за незначної нормалізації лабораторних показників. Із 65 чоловіків із групи порівняння у 23 (35,4 %) (група А) досягнуто повного клінічного і етіологічного виліковування, у 33 (50,8 %) (група В) – етіологічного одужання з відносною нормалізацією клініко-лабораторних показників, у 6 (9,2 %) пацієнтів (група С) – етіологічного одужання з частковим збереженням клінічної симптоматики за незначної нормалізації лабораторних показників і у 3 (4,6 %) (група Д) не досягнуто етіологічного виліковування та терапевтичного поліпшення, збереглися порушення запліднювальних властивостей еякуляту (азоспермія).

Висновки. Патогенетична терапія хронічного простатиту і простатовезикуліту, ускладнених статевими порушеннями, також передбачає індивідуалізований підхід. Зокрема, рекомендують комплекс терапевтичних заходів, спрямованих на усунення виявів конгестії в малому тазу, поліпшення впливу застійного секрету з передміхурової залози та сім'яних міхурців, стимуляцію крово- і лімфообігу, а також нормалізацію функції передміхурової залози, сперматогенезу. Для цього вважаємо за доцільне призначати препарат «Далмаксин».