

может быть связано с тем, что нарушению микроэкологии кишечника и возникновению аллергических реакций способствуют одни и те же факторы. При относительной ясности существующей закономерности «атопический дерматит и дисбактериоз кишечника», нет четкого объяснения причины формирования данного феномена и патогенетической взаимосвязи этих заболеваний. Вероятнее всего, связующим звеном патогенеза являются лактобациллы.

**Цель работы** – изучение клинической эффективности препарата ДермаПРО у больных АД с дисбиозом, установленным на основании симптомов и результатов проведения микробиологического анализа фекалий.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 25 больных АД в возрасте 3-7 лет с эритематозно-сквамозной и эритематозно-сквамозной с лихенификацией формой легкой и средней степени тяжести. Индекс SCORAD варьировал от 16 до 29 баллов.

**Результаты и их обсуждение.** Больные на фоне диеты и традиционной терапии принимали ДерматоПРО по 1 капсуле в сутки утром и/или вечером в течение 1 мес. ДермаПРО - симбиотик (пробиотик + пребиотик), используется в качестве диетической добавки к рациону питания как дополнительный источник жизнеспособных молочнокислых бактерий *Lactobacillus rhamnosus GG* и фруктоолигосахаридов для восстановления и нормализации микрофлоры кишечника, а также профилактики возникновения или обострения аллергических заболеваний.

По завершении курса лечения у большинства пациентов уменьшился зуд, выраженность эритемы, лихенификации, эксфолиаций, распространенности процесса, т.е. тяжесть дерматоза уменьшилась и оценивалась как легкая, индекс SCORAD снизился на 60-75% от исходного. Кроме позитивной динамики кожного процесса, у пациентов улучшился аппетит, исчезли боли в животе, нормализовался стул.

**Выводы.** Полученные результаты позволяют рекомендовать включение в лечебный комплекс больным АД препаратов, способствующих восстановлению нарушенного микробиоценоза кишечника.

УДК 616.5-003.61-08-059

## ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВОГНИЩЕВОЇ АЛОПЕЦІЇ

**Бондар С.А., Наліжитий А.А.**

*Винницький національний медичний  
університет ім. М.І. Пирогова*

Вогнищева алопеція (ВА) – хронічний дерматоз, що характеризується патологічним нерубцевим випадінням волосся в результаті впливу на волосяний фолікул різних факторів і проявляється формуванням вогнищ із повною відсутністю волосся на волосистій частині голови, у ділянці бороди, брів, вій і тулуба.

ВА – поширене захворювання волосся в дітей та дорослих. Серед хворих, що вперше звернулися до лікаря з дерматозами вона зустрічається від 2 до 5% випадків, частота ВА в популяції становить 0,2% (Задорожний Б.А. и соавт., 1996; Адаскевич В.П. и соавт., 2000; Скрипкин Ю.К., 2000; Tazi-Ahnini R. et al., 2002; Iringer K. et al., 2003).

Сьогодні нараховується від 2,2 до 4,5 млн. осіб, які страждають на ВА (Эрнандес Е., 2007). Останні дані свідчать про збільшення захворюваності на ВА, при цьому має місце тенденція до зростання частоти торпідних форм захворювання, резистентних до терапії. ВА є джерелом формування у хворих патологічної особливості (Короткий Н.Г. и соавт., 2002; Martinez-Miz A. et al., 2003).

Встановлено роль імунологічних, нейроендокринних, обмінних, судинних, коагуляційних, реологічних, гіпоксичних порушень у патогенезі ВА (Калужная Л.Д. и соавт., 1992; Суворова К.Н. и соавт., 1998; Федотов и соавт., 2011). Особлива роль у розвитку ВА належить імунним порушен-

ням. Трансформація імунної відповіді у хворих із різними формами алопеції, активна міграція цитотоксичних лімфоцитів у вогнище ураження, розвиток периваскулярної і перифолікулярної інфільтрації, відкладення IgE у сосочковому шарі дерми підтверджують участь імунної системи у розвитку ВА.

Вважають, що ВА можна розглядати як тканиноспецифічне аутоімунне захворювання, опосередковане аутоактивованими Т-лімфоцитами. Важливу роль у розвитку алопеції відіграє активність лімфоцитів, що формують інфільтрат навколо волосяного фолікула. ВА характеризується високою функціональною активністю лімфоцитів в інфільтраті навколо волосяного фолікула, при цьому спостерігається високий рівень ІЛ - 1, ІЛ - 10, низький – ФНП -  $\alpha$ , ІФН -  $\gamma$ . Втрата волосся при ВА – результат як впливу на волосяні цибулини активованих Т - лімфоцитів, так і опосередкованого впливу різних цитокінів (Hoffmann R. Et al., 1996; Shapiro J. Et al., 2000; 2003).

**Матеріали та методи.** Було обстежено і проліковано 10 хворих на ВА у віці від 20 до 48 років. Виявлено зв'язок виникнення ВА з гострим або хронічним психоемоційним стресом – у 3 пацієнтів, з перенесеними гострими вірусними або бактеріальними інфекціями – у 5 пацієнтів, у 2 – причина не відома. Всі хворі на ВА мали клінічні прояви прогресуючої та стаціонарної стадії, яка характеризувалась наявністю поодиноких або численних ізольованих, з округлими обрисами осередків облісіння на голові. Площа випадіння волосся на голові до 25%, тривалість захворювання – 2 - 4 місяці. Дистрофічне ураження нігтьових пластинок виявлено у 7 хворих на ВА.

Хворим проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження: кров на RW, токсоплазмоз; консультації хірурга, стоматолога, ЛОР, невропатолога, гастроентеролога, ендокринолога. У 6 хворих була діагностована супутня патологія з боку органів травлення (гастрит, дуоденіт, коліт).

**Результати дослідження.** Після встановлення остаточного діагнозу було призначене комплексне лікування (2-3 курси):

дієта, деакура 1 табл. 1 р/д 1 місяць, аскоцин 1 табл. 1 р/д 1,5 місяця, кальцемін 1 табл. 2 р/д 1 місяць, епадол по 1 капс. 2 р/д 6 тижнів. Місцево – мазь протопік (такролімус) 0,1% за схемою 1 місяць 1 раз на день в другій половині дня, з 2 по 6 місяць – 2 рази на тиждень.

Після проведеного комплексного лікування через 4-6 місяців було відмічено значне покращання: густе заростання більше 50% площі осередків облісіння великою кількістю пушкового, пігментованого і депігментованого волосся, нових вогнищ немає. Зона розхитаного волосся і дистрофічні зміни нігтів відсутні. Рецидивів процесу не спостерігалось.

**Висновки.** Запропонований комплексний метод лікування хворих на вогнищеву алопецію може призначатись пацієнтам як в стаціонарних, так і в амбулаторних умовах. Крім ефективності, перевагами запропонованого методу є відсутність непереносимості та ускладнень.

616.5:595.42]:616.5-002

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ І ПЕРЕБІГУ РОЗАЦЕА, ПОЄДНАНОЇ З МАЛАСЕЗІОЗОМ І ДЕМОДИКОЗОМ

**Брібеш Мохамед Рідха**

*Запорізький державний медичний університет*

Розацеа – хронічний часто зустрічається дерматоз. Звертає на себе увагу відсутність детальна описи клінічних особливості розацеа яка ускладнюється маласезіозом і демодекозом.

**Мета роботи** - визначити особливості клінічних проявів і перебігу розацеа, поєднаної з маласезіозом і демодекозом.

**Матеріали та методи.** Нами обстежено 84 хворих на розацеа – 53 чоловіки та 31 жінка, віком від 25 до 78 років (середній вік  $41,7 \pm 16,3$ ). Були використані клінічні, мікроскопічні, бактеріологічні та мікологічні методи обстеження.