

Висновок. Виявлені у хворих на дерматомікози зміни спонтанного та перекисного гемолізу еритроцитів віддзеркалюють не тільки функціональні та структурні порушення мембран, які проявляються у підвищенні рівня обох видів гемолізу, але й є свідченням значних порушень механізмів детоксикації організму та високого рівня ендотоксикемії у хворих на дерматомікози.

УДК 616.53-002.25

ДЕЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТАНУ ШКІРИ У ХВОРИХ НА АКНЕ

Петренко А.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Акне – це хронічне мультифакторіальне захворювання апарату сальних залоз, що маніфестує переважно в пубертатному віці і характеризується гіперпродукцією шкірного сала, порушенням процесів фолікулярної кератинізації, колонізацією *Propionibacterium acnes* та запаленням. Передумовою для виникнення акне є жирна шкіра або надлишкова продукція шкірного сала. Продукція шкірного сала не пов'язана з гормональними порушеннями. Рівень тестостерону зазвичай нормальний. Порушення продукції шкірного сала пов'язані з гіперчутливістю до різноманітних рецепторів, надмірної реактивності ферментних систем, що втягнуті у внутрішньоклітинну продукцію андрогенів в межах сальних залоз та/або кератиноцитів, або прямого чи непрямого впливу *P.acnes*.

Матеріали та методи. На кафедрі дерматовенерології НМАПО ім. П.Л. Шупика на базі Київської міської клінічної шкірновенерологічної лікарні було досліджено 50 хворих на акне легкого та середнього ступенів тяжкості. У хворих був зібраний анамнез життя та анамнез хвороби, пацієнти досліджувалися на апараті для комплексної діагностики функцій шкіри Soft Plus, були проведені БАК-посіви методом відбитків

ураженої шкіри та було проведено анкетування хворих для оцінки впливу захворювання на якість життя за шкалами APSEA та CADL. У дослідженні приймали участь 22 чоловіків та 28 жінок, серед яких були чоловіки у віці від 14 до 28 років та жінки у віці від 14 до 33 років. 10 чоловіків було з легким перебігом акне, 12 чоловіків було з середнім ступенем тяжкості захворювання. Серед жінок було 12 з легким перебігом акне, 14 – з середнім.

Результати дослідження та їх обговорення. У більшості чоловіків початок захворювання приходить на 14-16 років, у жінок на 12-15 років, переважна більшість досліджених пов'язує дебют акне зі статевим дозріванням, у всіх досліджених жінок спостерігається зв'язок між погіршенням перебігу захворювання та фазою менструального циклу (погіршення наприкінці 2 фази циклу). Була помічена залежність наявності захворювання від сімейного анамнезу (у більшості хворих на акне хворів один з батьків або обидва, також захворювання відмічалось у рідних братів та сестер). Серед чоловіків досліджувався зв'язок між початком захворювання та прийомом анаболічних гормонів, але серед усіх досліджених тільки 1 підтвердив прийом цих препаратів та відмітив таку закономірність.

Всі хворі досліджувалися на апараті для комплексної діагностики функцій шкіри Soft Plus, на якому вимірювалися такі показники як: зволоженість шкіри, рН, еластичність, жирність, температура та меланін. У 100% хворих були максимальні показники жирності шкіри, у 80% хворих показники рН знаходилися у діапазоні 3,5-3,9, у решти – 4-6,9. Лише у 30% досліджуваних показники зволоження шкіри було у межах норми, у переважної більшості вони були значно знижені. У зв'язку з молодим віком всіх пацієнтів показники еластичності шкіри були високими. Температура поверхні шкіри уражених ділянок коливалася в межах 33,1-35,6°C в залежності від виразності запального процесу. Показники меланіну у всіх пацієнтів знаходилися у межах норми, за винятком деяких хворих з наявністю плям

вторинної гіперпигментації, де він був незначно підвищений.

Методом відбитків досліджувалася мікрофлора поверхні уражених ділянок шкіри, з визначенням чутливості до антибіотиків. У всіх досліджуваних був виявлений *St.aureus* > 10³, який показав чутливість до рифампіцину, цефазоліну, цефтриаксону, доксицикліну та левоміцетину. В свою чергу він був стійким або малочутливим до еритроміцину, кліндаміцину, цефуроксиму. У незначній кількості хворих були визначені *St.epidermidis* та *Micrococcus* у незначній кількості, чутливість яких не визначалася.

Всі пацієнти були анкетовані для визначення впливу захворювання на якість життя за шкалами APSEA та CAD1. Найбільш високий вплив захворювання на якість життя (79-94 бали, зі 144 за шкалою APSEA та 8-14 з 15 за шкалою CAD1) був серед пацієнтів жіночої статі у віці 14-17 років, що хворіли на середній та важкий ступінь акне. У пацієток віком 18-30 років, були зафіксовані середні показники впливу захворювання на якість життя (42-69 бали та 2-14 бали відповідно), як у пацієток з легким, так і з важким перебігом акне. Серед чоловіків спостерігалася пряма залежність між тяжкістю захворювання та впливом на якість життя, незалежно від віку пацієнтів, але абсолютні числа були меншими, ніж у жінок (15-73 бали та 3-10 відповідно).

УДК 616.5-002-056.7

СЛУЧАЙ ПИГМЕНТНОГО КСЕРОДЕРМОИДА ЮНГА В ТРЕХ ПОКОЛЕНИЯХ

**Радионон В.Г., Провизион Л.Н.,
Шварева Т.И., Гусак О.С.,
Высоцкая А.Л.**

**ГУ «Луганский государственный
медицинский университет»**

Пигментная ксеродерма (ПК) – редкое наследственное заболевание, впервые опи-

санное М. Каросі в 1870 году. Наследуется в основном по рецессивному типу реже по аутосомно-доминантному и является результатом аномальной чувствительности к ультрафиолетовым лучам или ионизирующей радиации. В основе патогенеза ПК лежит нарушение репарации ДНК, вызванное повреждающим действием ультрафиолетовых или X-лучей (Каламкарян А.А., 1989, Суворова К.Н., 2003, Беренбейн Б.А., 1989). В настоящее время выделяют два основных механизма нарушения синтеза ДНК: отсутствие или недостаток фермента УФ-эндонуклеазы, дефицит ДНК-полимеразы. Особенно патогенное влияние имеют В-лучи УФ-спектра. У больных выявляется повышенный уровень в крови а2-глобулинов и меди при сниженном количестве глутатиона. В зависимости от повреждения того или иного фермента выделяют пять видов заболевания: А, В, С, D, Е.

Клинические проявления характеризуются следующими симптомами: изменениями со стороны кожи, нервной системы и органов зрения (блефариты, кератиты, конъюнктивиты, светобоязнь, снижение остроты зрения). Поражение кожи имеет «пестрый» характер: веснушки, телеангиэктазии, пигментные пятна, трещины, пойкилодермия. Позднее на этом фоне возникают доброкачественные и злокачественные опухоли кожи (фибромы, ангиомы, кератомы, базально- и плоскоклеточный рак, меланомы).

Первые стигмы заболевания появляются в возрасте от 3 месяцев до 3 лет и позже, иногда в периоде новорожденности. Заболевание имеет неблагоприятное течение с летальным исходом, преимущественно при кровнородственных браках родителей. Выделяют несколько разновидностей пигментной ксеродермы: синдром де Санктиса-Какионе, вариант ПК, так называемая форма II, и пигментный ксеродермоид Юнга (Беренбейн Б.А. с соавт., 1983). У больных с синдромом де Санктиса-Какионе, описанного в 1932 году, доминирует умственная отсталость, микроцефалия, задержка роста и полового созревания, потеря слуха, атаксия, параличи. Форма ПК (вариант пигментной ксеродермы) харак-