

С другой стороны, в природных условиях в патологическом процессе в организме существуют сложные взаимодействия внутри микробных ассоциаций.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Выявлено, что вид *Tr. rubrum* выделяется чаще у больных с начальными стадиями патологического процесса или ограниченными в монокультуре, а в ассоциациях с другой микробиотой - при более активном развитии поражения в результате распространения процесса с вовлечением гладкой кожи и ногтей.

**Выводы.** Проведенные исследования указывают, что на современном этапе ведущее место в поражениях крупных кожных складок занимает *Trichophyton rubrum*-инфекция, преимущественно в ассоциации с другой микробиотой. В следствии чего необходим соответствующий дифференцированный подход к терапии данных форм заболеваний.

УДК 616.53 – 002 – 036 – 08 – 055.1 : 576.31 : 159.97

## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ РОЗАЦЕА У ЧОЛОВІКІВ

**Харитонова О.Г.**

*Дніпропетровська державна  
косметологічна лікарня*

На сучасному етапі актуалізується питання про розкриття патогенетичних механізмів, які формують різноманіття клінічних проявів розацеа, для індивідуалізації терапевтичних і реабілітаційних підходів щодо кожної клінічної форми захворювання.

Під нашим наглядом знаходилося 110 чоловіків, хворих на розацеа, віком від 18 до 73 років. Усі хворі знаходилися на лікуванні у Дніпропетровській державній косметологічній лікарні у період 2008-2013 рр. Для клінічної характеристики розацеа використовувалась класифікація хвороби за підтипами (WilkinJ. etal., 2004), яка традиційно врахо-

вує морфологічні елементи, зокрема телеангіектазії, суб'єктивні симптоми, ступінь виразності процесу та його локалізацію. В епікрізну картку хворого включено паспортні дані, вік, скарги, дані анамнезу (коли виникла хвороба, сімейний анамнез, шкідливі звички, алергологічний анамнез, історія розвитку та перебігу хвороби, історія лікування, його ефективність, супутня патологія), дані огляду та локального статусу, опитувальник якості життя (ДІЯЖ), результати обстежень, оцінка ефективності лікування. З загальної кількості хворих більшість становили чоловіки у віці до 50 років (70,9%). Середній вік – 42,5±1,3 років. За результатами анамнестичного опитування і подальшого тривалого спостереження встановлено, що найчастіше (67 хворих – 60,9%) загострення захворювання мали сезонний характер та виникали восени та навесні після надмірної інсоляції.

Не дивлячись на те, що розацеа як окрема нозологічна одиниця добре відома вже давно, до дійсного часу є суперечливими точки зору щодо її єдиної класифікації. Деякі автори віддають перевагу розподілу за стадіями, деякі автори вважають більш вірним виділяти окремі клінічні форми хвороби.

Цікавим з нашої точки зору є той факт, що у досліджуваних хворих не завжди мала місце класична клінічна картина хвороби. Тому під час первинних звернень до лікувальних установ у 34 хворих (30,9%) не був своєчасно встановлений діагноз розацеа. 27 хворих (24,5%) взагалі довго отримували лікування із такими діагнозами: червоний вовчак, судинний невус, артіфіціальний дерматит, алергічний дерматит, екзема, atopічний дерматит, саркоїдозБека-Шаумана, токсидермія, вугрова хвороба, демодикоз. Це пояснює той факт, що хворі протягом довготривалого часу отримували різне лікування антибактеріальними, антигістамінними, протипаразитарними, седативними, топічними глюкокортикостероїдними засобами без будь-якого стійкого ефекту. У деяких випадках застосування топічних глюкокортикостероїдів мало тимчасовий ефект за рахунок їх протизапальної дії, а потім після відміни

препарату відзначалось різке та стійке загострення захворювання.

За клінічними стадіями розацеа спостережувані хворі розподілялися наступним чином. Стадія I (помірна еритема, невелика кількість телеангіоектазій, відсутність папул, пустул, вузлів, бляшок, ринофімі) відзначалась у 50 (45,5%) хворих, стадія II (персистуюча еритема, безліч телеангіоектазій, наявність папул, пустул) – у 48 (43,6%) хворих, стадія III (стійка еритема, численні телеангіоектазії, наявність папул, пустул, рідше – вузлів, бляшок, ринофімі) – 12 (10,9%) хворих.

Таким чином, цікавим з нашої точки зору був той факт, що дані кореляційного аналізу дозволили встановити прямий взаємозв'язок тяжкості хвороби з давністю захворювання ( $r=0,45$ ;  $p<0,001$ ) та віком хворих ( $r=0,37$ ;  $p<0,001$ ).

УДК 616.5-006.6

## **КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО БАЗАЛЬНО-КЛІТИННОГО РАКУ ШКІРИ**

**Якімова Т.П.<sup>1</sup>, Якімов Д.Ю.<sup>2</sup>,  
Шевченко О.В.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Харківська медична академія  
післядипломної освіти*

*<sup>2</sup>Національний медичний університет  
ім. О.О. Богомольця*

На сьогоднішній день в Україні, м. Харкові та області спостерігається вельми висока захворюваність базально-клітинного раку шкіри (БКР). БКР шкіри складає 78 % усіх злоякісних пухлин шкіри, тоді як його діагностика в поліклінічній ланці охорони здоров'я дорівнює усього 6–8 % (Яшина Е.,

2013; Aethamura D. et al., 2013). Це пов'язується з низькою настороженістю населення, недостатньою грамотністю лікарів різного фаху, невпевненістю лікарів поліклінічної ланки, відмовою хворих від консультації онколога (Гречишнікова Т.В. та ін., 2005).

За останні роки БКР зазнав певного патоморфозу, що проявляється більш розвиненими та низько диференційованими формами, такими як солідна та аденоїдна базаліома зі значною мітотичною активністю, глибоким проростанням пухлин у дерму та метастазуванням у вісцеральні органи.

У теперішній час основними є монотерапевтичні методи лікування: кріодеструкція, лазерне та хірургічне видалення пухлин, променева терапія та ін. Між тим, БКР шкіри відзначається високою частотою рецидивів – у 85–90 % випадків, що свідчить про неадекватність методів лікування, яке треба призначати з урахуванням макро- і мікроскопічних особливостей пухлин. Неоднозначні результати перебігу БКР залежать від ступеня диференціації та гістологічного типу, ступеня зрілості клітин, мітотичної активності та глибини інвазії в дерму, віддаленості від лімфатичних та кровоносних судин. Залежно від гістологічної побудови розрізняють недиференційовані та диференційовані типи БКР. На практиці часто виявляють змішані форми.

До недиференційованих відносять поверхневу мультицентричну склерозуючу та солідну базаліому, що має пігментний та кістозний варіант. До диференційованих БКР відносять форми з диференціюванням у бік пітних, сальних залоз, волосяних фолікулів, епідермоїдну базаліому та базаліому складної побудови. Враховуючи різні варіанти, клінічні та морфологічні форми БКР, лікування його повинно бути однотипним, або комплексним: хірургічним та променевим. При розповсюджених та недиференційованих формах терапія повинна бути комплексною.