

серотоніну - на 26%, сіалових кислот – лише на 11%. При цьому при порівнянні з контрольною групою вміст цих показників залишався достовірно збільшеним відповідно на 143, 79 і 52%. У хворих II підгрупи до використання запропонованого комплексного медикаментозного лікування також відзначалося підвищення ($p < 0,001$), порівняно з контролем, рівня гістаміну (в середньому на 243%), серотоніну (на 142%) та сіалових кислот (на 122%). Після проведення терапевтичних заходів з використанням Метамаксу та Кортексину спостерігалось статистично значуще зниження ($p < 0,001$), порівняно з показниками до лікування, вмісту гістаміну та сіалових кислот в середньому на 46%, а серотоніну – на 35%. Порівняно з контролем рівень гістаміну, серотоніну та сіалових кислот залишався достовірно підвищеним ($p \leq 0,05$) відповідно на 86, 58 та 20%. При порівнянні стандартної та запропонованої комплексної схем лікування між собою не визначалося достовірних відмінностей для всіх досліджуваних показників. У порівнянні з хворими I підгрупи та контрольною групою хворих у хворих II підгрупи спостерігалось більш раннє зникнення свербіжжю, лущення зменшувалося в основному наприкінці першого тижня лікування, а на другому тижні з'являлися перші ознаки регресу висипів на шкірі. Сплощення псоріатичних бляшок в центрі або по периферії, формування навколо більшості елементів псевдоатрофічного обідка Воронова, менш яскраве забарвлення елементів починалось в більш короткі терміни. Результати, отримані після комплексної схеми з використанням Метамаксу та Кортексину, свідчать про більш виразне покращення стану ерго- та трофотропної систем, ніж при відсутності цих препаратів.

Висновки. Запропоноване комплексне медикаментозне лікування з використанням Метамаксу та Кортексину покращує об'єктивний і суб'єктивний статус хворих з тяжким ступенем перебігу псоріазу, їх якість життя, сприяє позитивній динаміці об'єктивних клінічних даних, нормалізує стан ерго- та трофотропної систем організму.

Слід рекомендувати більш раннє призначення цих препаратів хворим на псоріаз, що в комплексі зі стандартними терапевтичними заходами зможе сповільнити прогресування захворювання.

СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИХЕН: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Л.А. Болотная

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

Склероатрофический лихен (САЛ) является медленно развивающимся хроническим заболеванием с выраженной очаговой атрофией кожи и слизистых оболочек. Дерматоз отличается прогрессирующим течением и резистентностью к традиционным методам терапии.

Цель исследования: оценить эффективность методов лечения больных САЛ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 19 женщин, больных САЛ генитальной локализации (эритематозно-отечная форма) в возрасте от 53 до 62 лет.

Результаты исследования. Комплексное лечение больных включало препараты, улучшающие микроциркуляцию и обладающие репаративными свойствами (ксантинола никотинат, актовегин, троксерутин, солкосерил); аевит или витаминно-микроэлементные комплексы; биогенные стимуляторы. В зависимости от наружной терапии больные разделены на две группы: 9 пациентов использовали сильные глюкокортикостероидные мази/кремы, мази актовегин, солкосерил, гепариновую мазь (1-я группа), 10 больных - очень сильные топические кортикостероиды (мазь клобетазола пропионат 0,05% 1 раз в сутки строго локально в течение 4 недель) с последующим переходом (при наличии зуда, жжения, незначительного воспаления) на топические ингибиторы кальци-

неврина (пимекролимус, такролимус) 2 рази в день в течение 4-6 недель. Отмечено выраженное противовоспалительное действие клобетазола (терапия первой линии) в более короткие сроки по сравнению с мометазона фууроатом, что выражалось в значительном уменьшении эритемы, зуда и предотвращении прогрессирования состояния, при этом признаки атрофии отсутствовали. Вместе с тем рандомизированные контролируемые исследования, сравнивающие силу и длительность использования стероидов при САЛ отсутствуют, необходимо помнить о побочных эффектах длительного использования кортикостероидов, особенно в аногенитальной области.

Выводы. 1. Традиционное местное лечение больных со САЛ не обеспечивает в большинстве случаев клинического улучшения.

2. Перспективным является использование топических кортикостероидов очень сильного действия и ингибиторов кальциневрина (пимекролимуса и такролимуса).

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ДЕЯКІ АКТУАЛЬНІ ЗАДАЧІ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

В.М. Волкославська, О.Л. Гутнєв

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

За останні роки (2008-2014 рр.) захворюваність населення України венеричними хворобами знижувалась по ряду ПСШ, таких як трихомоноз з 235,5 до 160,5, гонорея з 27,1 до 17,2, урогенітальний хламідіоз з 79,2 до 65,0 на 100000 населення. В той же час відмічено зростання захворюваності на сифіліс з 10,1 в 2013 році до 10,2 в 2014 році. Зростання урогенітального мікоплазмозу з 85,9 у 2008 році до 88,6 в 2014 році, ВІЛ з 40,8 до 44,8 на 100000 населення відповідно. Співвідношення сифілісу до гонореї в 2014

році по Україні в цілому було 1:1,6, тоді як у Дніпропетровській обл. – 1:4,2, в Сумській області – 1:4,6. В Одеській та Закарпатській областях – це співвідношення дорівнювало 1:1, в Волинській – 1,5:1, що свідчить про неповну реєстрацію гонореї. Ранній сифіліс склав в 2008 р – 41,81 %, в 2013 році – 35,43 %. Питома вага раннього латентного сифілісу склала в 2008 р. – 47,7 %, в 2013 р. – 45,9 %. Пізні форми сифілісу в загальній структурі захворюваності склали в 2008 р. – 4,0 %, в 2013 р. – 9,7 %, а інші та не уточнені форми сифілісу склали в 2008 р. – 5,8 %, а в 2013 р. – 9,6 % від загального числа хворих на сифіліс. Тобто, питома вага раннього сифілісу та раннього латентного сифілісу знижувалась, тоді як пізні та не уточнені форми сифілісу зростали, що викликає занепокоєність. В Україні в 2014 р. виявлено хворих при профілактичному обстеженні та інших видах диспансерної роботи, з числа хворих з вперше в житті встановленим діагнозом 74,9 %, у тому числі раннім сифілісом – 71,8 %, пізнім сифілісом – 89,7 %, іншими та не уточненими формами сифілісу – 86,0 %. В основному виявляли венеричних хворих лікарі-дерматовенерологи – 36,6 %, в меншій мірі – гінекологи. Самостійно звертались до дерматовенеролога 16,9 % хворих на сифіліс. Активно виявлено хворих гонококовою інфекцією в цей же період – 47,1 %. В останні роки погіршилось виявлення та притягнення статевих контактів. Потрібно продовжити обстеження населення в амбулаторно-поліклінічних закладах та хворих соматичних стаціонарів на сифіліс та інші ПСШ. Прийняти до уваги, що в Україні іде накопичення хворих на сифіліс, мікоплазмоз та ВІЛ/СНІД як серед дорослих, так і серед молоді.

Відмічено зростання зареєстрованих вперше в житті захворювань шкіри і підшкірної клітковини і в 2014 році цей показник досягнув рівня 3659,6 на 100000 населення. Серед усіх захворювань шкіри питома вага інфекцій шкіри в 2014 році складала 30,2 %, контактного дерматиту – 17,8%, atopічного дерматиту – 2,4%, псоріазу – 0,9%.