

виникнення шкірного синдрому псоріатичний хвороби може служити додатковим діагностичним критерієм для прогнозування персистенції подальшого патологічного процесу.

Висновки. Для виявлення особливостей перебігу псоріазу (ризик тяжкого перебігу, оцінки імовірності персистенції подальшого патологічного процесу) та вибору тактики лікування, окрім стандартного морфологічного доцільно використовувати імунологічне та імуногістохімічне дослідження.

УДК 616.5-002.3-085

ІНФЕКЦІЙНІ ДЕРМАТОЗИ В УКРАЇНІ. ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ

В. М. Волкославська

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Захворюваність на хвороби шкіри та підшкірної клітковини в останні 15 років (2000 – 2015 рр.) знаходилась на високому рівні.

Серед усіх хвороб шкіри і підшкірної клітковини інфекції шкіри складали в 2000 році 36,1 %, в 2008 році – 34,6 %, в 2014 році – 30,2 %, 2015 році – 29,2 %, що свідчить про значимість цієї проблеми.

Мета дослідження – вивчити стан наукових досліджень з інфекційної патології шкіри та методи терапії, які використовувались в останні роки.

Матеріали та методи. Проведено аналіз останніх дисертаційних та науково-дослідних робіт.

Результати дослідження. Шкірний біотоп характеризується великою кількістю різновидів мікроорганізмів, що належать до 205 видів, серед яких домінують представники родів *Corynebacterium*-22,5 %, *Propionibacterium* -23 %, *Staphylococcus* – 16,8 %, а також інші – *Micrococcus* та ін. Кількість мікроорганізмів на шкірі здорової людини постійно змінюється, на обличчі та

голові щільність заселення може досягати 105 КОЕ/см², на зволожених ділянках - 109 КОЕ/см². В протоках сальних і потових залоз анаеробів в 2-10 разів більше, ніж аеробів (С. К. Джораєва, В. В. Гончаренко, О. В. Шоголева та спіавт., 2015). Відомо, що змішана аеробно-анаеробна флора виявляється в гнійних вогнищах все частіше і наслідком синергізму дії мікробних асоціацій перебіг захворювань обтяжується.

Було доказано, що при більшості інфекцій шкіри виявлялись біоплівки, що спричиняли асоціації грибів та бактерій, а саме *Staphylococcus spp* + *Candida spp*. Як відомо, біоплівки більш захищені від дії антимікробних та антифунгальних препаратів. В подальшому дослідження проведені в нашому інституті показали ефективність антибіотиків і антамікотиків в ліпосомальній формі. (В. М. Васильченко 2008, 2009; Н. М. Іванова, О. П. Білозоров 2015 р.).

В інституті для виявлення метицилінрезистентності лабораторних штамів стафілококів використовували метод скринінгу на агарі Мюлера-Хінтона та дисків з оксациліном, а також ПЦР та тест латекс-аглоутинації. Обстежено 2100 хворих з запальними захворюваннями. Показано, що відбулось помітне збільшення кількості як MRSA, так MRS-штамів з 2012 року, що збігається з даними американських вчених. Визначення чутливості клінічно-значущих мікроорганізмів проводиться згідно з наказом МОЗ України №167 від 05.04.2007 року “Про затвердження методичних вказівок “Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів”

В зв'язку з тим, що в період ведення бойових дій та вогнестрільних поранень може збільшуватись кількість абсцесів, ран, які спричиняють нетоксичні штами *St. perfringens*, що проявляються гнійними вогнищами без газоутворення (Б. М. Доценко, 1995 р.), лікування повинно бути комплексним.

1. Антимікробна терапія: Метранідазол 2,0-3,0 г/добу; Левоміцетін 3,0-4,0 г/добу; Кліндаміцин 1,2-2,4 г/добу.

2. Покращення імунітету: активна імунотерапія включає стафілококовий анатоксин або стафілококовий антифагін, бактеріофаги(Б); Б. мають здібність лизировати бактерії стафілококів, стрептококів (в т.ч.ентерококів), протей синьогнійної та кишкової паличок. Добре зарекомендували себе при лікуванні у дітей з піодермією, а у дорослих з кон'юнктивітами, гнійними ранами, флегмонами, карбункулами та ін. Доцільно їх використовувати для обробки ран (свіжеінфікованих) та для профілактики внутрішньолікарняних інфекцій.

Пасивна імунотерапія – антистафілококовий імуноглобулін, гіперімуна-антистафілококова плазма; полівітаміни та фітотерапія. Накопичено позитивний досвід застосування Риб'ячого жиру.

3. Місцева терапія:

анілінові красителі,
мазі на гідрофільній основі (Левосін, Левомеколь);

мазі на жировій основі (Нітацид, Стрептонітол, Бактробан);

Диоксидин –препарат із групи хиноксаліна випускають у формі мазі.

Діоксиколь- мазь,водорозчина основа мазі (поліетиленоксиди) збільшує та подовжує протимікробний ефект.

Фузикутан (Фузидова кислота 2%) має широкий спектр антибактеріальної активності на рівні Мупіроцину, число резистентних штамів не більше 1-2%, включаючи метицилінрезистентні штами.

Висновки.

1. В Україні високий рівень захворювань шкіри і підшкірної клітковини інфекційної етіології,

2. В ДУ «ІДВ НАМН» виконано ряд наукових досліджень по розробці методів лабораторної діагностики та лікування інфекційних дерматозів,

2. Науковцями України виконується мало наукових робіт та дисертацій присвячених розробці нових методів профілактики, терапії стрептостафілодермій, грибкової патології.

УДК 616.5-073:535.361

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ЛАЗЕРНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ У ДЕРМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Л.О. Гулей

*Вищий державний навчальний заклад
України «Буковинський державний
медичний університет», м. Чернівці*

На сьогодні відомо багато нових неінвазивних високоточних методів дослідження структури шкіри, серед яких: дерматоскопія, оптична когерентна томографія, високочастотне ультразвукове сканування, ядерно-магнітний резонанс, конфокальна лазерна скануюча мікроскопія (КЛСМ).

Метою роботи було проаналізувати сучасні дані літератури щодо використання сучасного методу діагностики – конфокальної лазерної скануючої мікроскопії та перспектив її застосування в дерматології.

Матеріал і методи. Опрацювали дані вітчизняних та іноземних джерел літератури щодо доцільності використання конфокальної лазерної скануючої мікроскопії при хронічних дерматозах, оцінили переваги та недоліки.

Результати. Сучасні літературні дані свідчать про те, що у дерматології КЛСМ використовують для: вивчення penetрації сполук у шкіру (шляхів проникнення, кінетики, розподілу в шкірі); спостереження за роботою залоз (визначення активного і пасивного стану); дослідження мікроциркуляторного русла (у тому числі і в режимі реального часу); діагностики новоутворень шкіри. Головною перевагою цього методу діагностики є те, що можна вивчати структуру шкіри без порушення її цілісності, контролювати процеси загоєння та регенерації тканин, отримання тривимірного зображення об'єкта, безпечність методу. Це дозволило назвати даний метод «прижиттєвою біопсією» чи, навіть, «віртуальною біопсією». Дана методика дозволяє бачити більш чітко