

**Показники спонтанного гемолізу, перекисного гемолізу
та активності каталази у хворих на псоріаз, M±m**

| Патологія | Перебіг | Спонтанний гемоліз, % | Перекисний гемоліз, % | Каталаза, % |
|---------------------------------|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Хворі на розповсюджений псоріаз | середній, n=23 | 1,66±0,16 | 2,83±0,22 p ₂ <0,05 | 50,9±2,4 p ₂ <0,05 |
| | тяжкий, n=15 | 1,94±0,28 p ₁ <0,05 | 3,73±0,41 p ₁ <0,05 | 41,2±3,6 p ₁ <0,05 |
| Практично здорові донори | n=20 | 1,37±0,21 | 2,48±0,22 | 62,8±3,2 |

Рівень збільшення спонтанного та перекисного гемолізу залежав від тяжкості патологічного процесу. Еритроцити хворих з тяжким перебігом псоріазу демонструють більш низьку резистентність до гемолізу за показники хворих з легким перебігом, що свідчить про клініко-патогенетичну різноманітність в рамках єдиної нозологічної форми. При тяжких формах псоріазу відбувається пригнічення антиоксидантної системи за рахунок зниження активності її ферментативної ланки.

Також проведене дослідження дозволило встановити достовірне (p<0,05) збільшення вмісту РНСММ як в плазмі крові, так і еритроцитах в обох обстежених групах пацієнтів, але більш виражений характер цих змін був виявлено у хворих з важким перебігом псоріазу. Розрахунок перерозподілу РНСММ між плазмою крові та еритроцитами показав, що у хворих з важким перебігом псоріазу показник вище на 14,3 % по відношенню до цього коефіцієнту у хворих з середнім перебігом захворювання.

Висновок. Виявлені у хворих на псоріаз зміни спонтанного та перекисного гемолізу еритроцитів є свідченням значних порушень функціональних та структурних властивостей плазматичних мембран та механізмів детоксикації організму.

УДК 616-003.87-07-085

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ
ДІАГНОСТИКИ АКТИНІЧНОГО
КЕРАТОЗУ**

О.О.Ошивалова

*Державна наукова установа
«Науково-практичний центр
профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами,
м. Київ*

*Національна медична академія
післядипломної освіти імені
П.Л.Шупика, м. Київ*

Активний кератоз (АК) – індуковане ультрафіолетовим опроміненням (УФО) ураження шкіри, яке може прогресувати в інвазивний плоскоклітинний рак шкіри (ПКРШ). Розповсюдженість та захворюваність АК у країнах світу варіює в залежності від типу шкіри, віку та статі хворих. Дослідження показали, що відносний ризик розвитку ПКРШ збільшується пропорційно кількості вогнищ АК з 1% (при наявності у пацієнта до 5 вогнищ) до 20% при множинному ураженні (більше 20 вогнищ) (Schmitt J.V. et al. 2012). Інші дослідження свідчать, що до 82% випадків розвитку ПКРШ у пацієнтів

ентів з АК пов'язано безпосередньо з вогнищем АК або злоякісний процес виникає в безпосередній близькості від вогнища АК (Quaedvlieg P.J. et al. 2006). У клінічному контексті діагноз АК зазвичай базується на результатах клінічного обстеження шкіри та виявленні факторів ризику дерматозу. Проте, навіть серед дерматологів, ефективність діагностики поодиноких уражень АК без застосування дерматоскопії є низькою і складає 23 - 26%. При множинних ураженнях АК ефективність клінічної діагностики АК без дерматоскопії складає 53 - 63% (Weinstock M.A. et al. 2001).

Із літературних джерел відомо, що достатньо інформативними клінічними критеріями при АК вважаються: світло-червоний колір, зміна контуру шкіри, явища лущення або зроговіння різного ступеня, розширені судини в ділянці вогнища, можливе виразкування (Spencer J.M. et al. 2012). Такі критерії, як блискуча поверхня і розмір вогнища розглядаються науковцями як можливі додаткові. Ця підбірка критеріїв була апробована і відповідає 83,2% чутливості та 89,2% специфічності (Simone van der Geer et al. 2015).

Мета нашого дослідження полягала в узгодженні та аналізі клінічних проявів АК, проведенні диференційованого порівняння із патологією шкіри, яка також індукована надлишковим УФО та з переважною локалізацією на шкірі голови, шиї і верхніх кінцівок.

Для клінічного аналізу АК нами була використана система оцінок Olsen E. A. із спів. (1991), які класифікували ураження АК по відношенню до ступеня чутливості та клінічних проявів кератозу. В якості неінвазивного діагностичного методу було використано дерматоскопію новоутворень. Згідно дослідження Huerta-Brogeras M. із спів. (2012) узгодженість між результатами дерматоскопії і гістологічними результатами складала 0,917. Чутливість дерматоскопії для діагностики АК відповідала 98,7%, зі специфічністю 95,0%.

За період з 2015 року по I пів. 2016 року під нашим наглядом перебувало 64 хворих

на АК. Діагноз АК підтверджено гістологічно у 100% випадків. Серед хворих на АК чоловіки склали 41 особу (64,1%), жінки – 23 особи (35,9%). Вік хворих коливався від 43 років до 92 років. Середній вік хворих склав $73,3 \pm 8,3$ років, у тому числі у чоловіків - $74,2 \pm 7,7$ років, у жінок – $71,5 \pm 9,1$ років. Ураження АК у чоловіків локалізувались на шкірі голови (22%), обличчя (36,6%), тулуба (19,4%) та верхніх кінцівок (22%). У жінок ураження АК локалізувались на шкірі шиї (6,3%), обличчя (75%), тулуба (6,3%) та нижніх кінцівок (12,4%). Множинні випадки АК реєструвались тільки у чоловіків і склали 6,3%. У хворих на АК в 68,8% випадків реєструвалась і інша перед онкологічна та онкологічна патологія шкіри. Так, у чоловіків було зареєстровано 83% випадків вище вказаної патології, серед якої меланома склала 2,4%, ПКРШ - 9,8%, одиничні та множинні базаліоми – 41,5%, хвороба Боуена – 9,8%, себорейний кератоз – 19,5%. У жінок було зареєстровано 43,4% випадків вище вказаної патології, серед якої одиничні та множинні базаліоми склали 13,0%, хвороба Боуена – 4,3%, себорейний кератоз – 26,1%. Із застосуванням дерматоскопії нами було встановлено наступні клінічні класи уражень: *1-й клас* (злегка відчутні та слабо контуровані ураження) у 31,3% випадків; *2-й клас* (помірно інфільтровані та добре контуровані ураження, які супроводжуються свербіжем або печією) у 37,5% випадків; *3-й клас* (ущільнені чи гіперкератотичні ураження з різноманітними суб'єктивними відчуттями) у 31,2% випадків.

Виявлення характерного для АК ураження шкіри супроводжується багатьма складнощами, які пов'язані із різноманітними клінічними проявами та тривалим малосимптомним перебігом хвороби. Підсумовуючи необхідно відмітити, що застосування у режимі реального часу неінвазивного методу діагностичної візуалізації підвищує рівень діагностики АК на ранніх стадіях розвитку.