

через мережу знімки направлялися до лікаря, який робив попередній висновок. Дерматоскопічний огляд на очній консультації інший лікар проводив за допомогою дерматоскопа Heine 20, результати огляду занесли до анкети. Порівнювалась теледерматоскопічна структура новоутворень та дерматоскопічна структура утворень за анкетною. Після видавлення всі новоутворення відправляли на гістологічне дослідження.

Всього було досліджено 20 новоутворень з попереднім діагнозом раку шкіри. При аналізі теледерматоскопічної структури новоутворень шкіри: сіро-блакитні овоїдні гнізда були виявлені у 3 (15 %) випадках, множинні сіро-блакитні точки і глобули – 5 (25 %), структури у вигляді спиць колеса – 1 (5 %), деревоподібні судини – 15 (75 %), виразкування – 7 (35 %), кератинові перлини – 1 (5 %), кірочка жовтого кольору – 2 (10 %). При аналізі дерматоскопічної структури новоутворень шкіри: сіро-блакитні овоїдні гнізда були виявлені у 3 (15 %) випадках, множинні сіро-блакитні точки і глобули – 6 (30 %), структури у вигляді спиць колеса – 1 (5 %), деревоподібні судини – 15 (75 %), виразкування – 7 (35 %), кератинові перлини – 1 (5 %), кірочка жовтого кольору – 2 (10 %), судини у вигляді шпильок на білому фоні – 1 (5 %), листоподібні структури – 1 (5 %). Теледерматоскопічний висновок: 20 раків шкіри. Дерматоскопічний висновок: 19 раків шкіри, 1 себорейний кератоз. Патогістологічний діагноз: 18 раків шкіри, 1 себорейний кератоз, 1 гідроцисаденома.

Судини у вигляді шпильок на білому фоні характерні для доброякісних і злоякісних новоутворень шкіри з кератиноцитів, можуть бути різного розміру. Їх відсутність на фотознімку можна пояснити сильним притисканням дерматоскопічної насадки до новоутворення при фотофіксації зображення, коли судини зникають з поля зору. При дерматоскопічному огляді цей процес контролюється лікарем. Відсутність сіро-блакитних точок на фотознімку в одному випадку можна пояснити дрібним калібром останніх, який фотоапарат не передає. Розбіжності між теледерматоскопічним висновком раку шкіри та гістологічним діагнозом себорейного кератозу пояснюється наявністю однакових структур, характерних для обох нозологій: судини у вигляді шпильок на білому фоні, кератоз. Розбіжності між теледерматоскопічним висновком раку шкіри та гістологічним діагнозом гідроцисаденоми пояснюється наявністю однакових деревоподібних судин у цих нозологіях.

Результати дослідження доводять ефективність дистанційної діагностики та дозволяють рекомендувати теледерматоскопію для широкого застосування в діагностиці немеланомного раку шкіри.

УДК 616.53-002.25:615.356

## Вариабельность подхода к лечению подрывающего фолликулита

Я.Ф. Кутасевич, И.М. Бронова

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», г. Харьков  
Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Цель исследования:** изучить особенности и эффективность влияния применения антибиотика тетрациклинового ряда в комбинации с наружной терапией с последующим длительным применением системных ретиноидов (изотретиноина).

### Материалы и методы

В группу исследования вошли 19 пациентов, страдающих подрывающим фолликулитом. Пациенты были обследованы, и после исключения противопоказаний им была назначена патогенетическая терапия в виде антибиотиков тетрациклинового ряда системно и наружная терапия в виде мазей с антибиотиками, дренажного раствора на основе антибиотиков и димексида, а также аппликации ихтиола на ночь. Следующим этапом было лечение этих больных с использованием системных ретиноидов сроком не менее 6 мес.

При оценке результатов терапии принимались во внимание: появление или отсутствие новых элементов высыпаний, регресс болезненности при пальпации, наличие или отсутствие вскрывшихся абсцессов.

### Результаты

В результате проведенной терапии у всех пациентов отмечалось уменьшение болезненности при пальпации, регресс признаков местного воспаления и отсутствие появления новых элементов высыпаний. У 8 пациентов из исследуемой группы был обеспечен достаточный дренаж абсцедирующих элементов высыпаний. У 11 пациентов на фоне проведенной терапии отмечалось изменение консистенции узлов в сторону размягчения, но должный дренаж не был достигнут, и его осуществили хирургическим путем.

### Выводы

Полученные результаты обращают внимание на важность и вариабельность комбинации различных видов терапии при подрывающем фолликулите, возможность достижения клинической ремиссии без хирургического вмешательства при использовании системных ретиноидов, а также на междисциплинарный подход к решению проблемы конечного разрешения элементов высыпаний при данной нозологии.

УДК 616.018.1-095:578.245-078

## Вивчення протистафілокової дії антибіотиків різних груп для таргетного застосування у хворих на atopічний дерматит

Я.Ф. Кутасевич, С.К. Джораєва, В.В. Гончаренко, О.В. Щоголева, А.Р. Бабута

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

Однією з важливих медичних проблем вважається формування резистентності мікроорганізмів до антибіотиків. Природні еволюційні процеси в мікробних популяціях призводять до зниження терапевтичного потенціалу антибактеріальних препаратів. У цьому контексті особливої уваги заслуговує *Staphylococcus aureus*, який посідає провідну позицію у здатності набувати множинної антибіотикорезистентності на фоні природної стійкості з переходом мікроорганізмів з категорії полірезистентних (MDR) до екстенсивностійких (XDR) і навіть панрезистентних (PDR).

У хворих на atopічний дерматит (АД) даний мікроорганізм найбільш часто висівається як складова мікробіоти шкіри, наявність якого призводить до ускладнень основного захворювання. *S. aureus* виявляється більш ніж у 90 % пацієнтів з осередків ураження шкіри, особливо на ділянках ексудації та мокнуща, де кількість мікроорганізмів може досягати  $1 \times 10^7 / \text{cm}^2$ . Лікування мікробних ускладнень потребує застосування антибактеріальних препаратів. Але виникає досить суперечлива ситуація.