При васерманізації в різних соматичних стаціонарах у 2011 р. було виявлено 33,3 % випадків сифілісу прихованого пізнього, у 2012 р. цей показник становив 100 % від усіх випадків сифілісу прихованого пізнього за цей рік. Такий самий показник був у 2013 р. – 100 %. У 2014 р. було виявлено 50,0 % випадків з цим діагнозом, 2015 р. – аналогічний показник, який становив 50,0 %.

При обстеженні донорів в ОСПК за п'ятирічний період жодного випадку виявлення сифілісу прихованого пізнього не було. Ендокринологами, терапевтами, поліцією, наркологами та гінекологами також не було виявлено жодного випадку за цей період. При васерманізації вагітних тільки у 2014 р. було виявлено 25,0 % випадків сифілісу прихованого пізнього.

Висновки

1. У структурі загальної захворюваності на сифіліс відмічається зростання прихованих форм сифілісу, а саме його ранніх форм. Усі приховані форми сифілісу найчастіше виявляються серед жінок віком 40 років і старше.

2. Звертає на себе увагу дуже низький рівень виявлення прихованих форм сифілісу спеціалістами поліклінік, жіночих консультацій та станцій переливання крові. Найбільший відсоток виявлення прихованих форм сифілісу відзначається при обстеженні хворих у соматичних стаціонарах, проведенні медичних оглядів і обстеженні джерела зараження хворих з ІПСШ.

3. Враховуючи виявлені особливості епідеміології прихованих форм сифілісу, доцільно впровадити в практику лікарів більш ретельне обстеження на сифіліс пацієнтів у різних соматичних стаціонарах, поліклінічних відділеннях і станціях переливання крові. Особливу увагу приділити обстеженню на сифіліс молодого населення, яке рідко потрапляє до соматичних стаціонарів та проходить медичні огляди. Надати консультативну допомогу лікарям щодо особливості перебігу сучасного сифілісу та методів його діагностики.

УДК 616.5-004.1-031.84-073.082.6-074.-085

Стан мікроциркуляторного русла шкіри при обмеженій склеродермії

І.О. Олійник, М.А. Ата, Т.І. Кордон
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Важливою ланкою патогенезу обмеженої склеродермії (ОСД) є структурно-функціональні порушення мікроциркуляторного русла (МЦР) шкіри, що призводять до недостатності транскапілярного обміну і зниження його резервних можливостей. В оцінці резервних можливостей МЦР застосовується навантажувальна оклюзійна проба (ОП), яка дає змогу спостерігати не лише відповідні реакції регіонарного кровотоку, але й оцінити ефективність доставки кисню до тканин шкіри. В умовах короткочасної оклюзії компенсаторно-пристосувальні реакції проявляються, з одного боку, активацією внутрішньоеритроцитарних механізмів, що регулюють деоксигенацію гемоглобіну, з іншого боку – відновленням кисень-транспортної функції крові (КТФК) в постоклюзійному періоді за рахунок системних механізмів регуляції. В умовах порушення МЦР у хворих з ОСД актуальним завданням є вивчення особливостей компенсаторно-пристосувальних механізмів систем транспорту кисню крові як важливої ланки патогенезу цього захворювання.

Метою роботи стала оцінка КТФК та її резервів і характеру компенсаторно-пристосувальних реакцій КТФК в умовах ішемії і реперфузії у хворих з ОСД.

Задля моделювання процесу деоксигенації/оксигенації завчасно проведені дослідження *in vitro*, для чого еритроцитарна суспензія в розведенні 1:200 (0,5 %) зазнавала спочатку деоксигенації за допомогою пропускання азоту через розчин еритроцитів (2 і 5 хв), а потім проводили його оксигенацію. Розраховували індекси оксигенації гемоглобіну (Y) в початковому стані, стані дезоксигенації та реоксигенації. Подальше збільшення часу насичення розчину азотом не призводило до зміни величини оксигенації гемоглобіну. При пропущенні кисню через цей розчин відновлювався початковий вміст оксигемоглобіну. Для оцінки внутрішньоеритроцитарного гемоглобіну *in vitro* та *in vivo* використовувався метод абсорбційної спектрофотометрії в технічній реалізації лабораторного фотоколориметру. Принцип дії цього приладу заснований на одночасному вимірі коефіцієнтів відбиття на довжинах хвиль у видимій частині спектру.

Потім у клініці Інституту для порівняльної оцінки системних механізмів регуляції мікрогемодинаміки була обстежена група з 19 хворих з ОСД (основна група) та 21 умовно здорових донорів (контрольна група) з використанням методу лазерної доплеровської флоуметрії (ЛДФ). Аналіз системних механізмів регуляції КТФК в МЦР шкіри в досліджуваних групах було проведено з використанням методу ЛДФ. Ці дослідження виконували на базі діагностичної лабораторії молекулярних і клітинних технологій з імуноферментним та імунофлюоресцентним аналізом ДУ «ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМН України».

Під час проведення ОП спостерігався аналогічний характер зміни ступеня насичення гемоглобіну киснем, як і в дослідах *in vitro*. Так, у хворого з ОСД на тлі зниження оксигенації тканин шкіри встановлено достовірні кореляції між індексами гемоглобіну та амплітудою дихальних хвиль ($r = -0,65$, $p = 0,05$) і їх частотою ($r = -0,64$, $p = 0,06$), що вказує на залучення пасивної «дихальної помпи» в регуляцію дихальної функції крові в МЦР. Виявилося, що навіть в стані спокою зниження оксигенації призводить до збільшення активності функції зовнішнього дихання.

Таким чином, порівняльна оцінка стану кровонаповнення та вмісту оксигемоглобіну при проведенні ОП відображає зниження резервних можливостей КТФК в МЦР ділянок шкіри, є проявом змін реактивності системи мікроциркуляції і відображає особливості компенсаторних і пристосувальних реакцій в умовах ішемії та подальшого відновлення кровотоку у хворих з ОСД.

УДК 616.517-036.17-008.9-092-085

Оптимізація комплексної терапії хворих на тяжкі форми псоріазу

І.О. Олійник, І.О. Маштакова, О.А. Гаврилюк
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета роботи – розробити комплексний метод лікування хворих на тяжкі форми псоріазу з урахуванням особливостей показників регуляції запалення.

Матеріали та методи

Залежно від застосованого методу терапії 106 хворих на тяжкі форми псоріазу було розподілено на наступні терапевтичні групи: Іа підгрупа – 22 хворих – отримували терапію за розробленим методом з використанням метотрексату, L-аргініну та глюкозаміну сульфату; Іб підгрупа – 23 особи – лікувалися загальновизнаним способом (у комплексному лікуванні одержували препарат базисної терапії метотрексат); ІІа підгрупа – 20 пацієнтів – лікувалися за розробленим методом з використанням лефлуноміду, L-аргініну