

групи, які лікувались за традиційною схемою, лише через $8 \pm 1,25$ днів. Також пацієнти основної групи відмічали збереження працездатності та покращення якості життя.

Висновки. Запропонований лікарський засіб у формі гелю з тилороном і ментолом забезпечує протівірусну дію, зменшує триваліть таких симптомів, як свербіж, біль, лихоманка та лімфаденопатія; сприяє скороченню терміну повного загоєння уражень.

Сучасні підходи до лікування оніхомікозів

М.Ю. Гаєвська, А.Ю. Собко, К.В. Марціновська, Ю.С. Жуков
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Онїхомікоз – це найпоширеніша грибкова інфекція нігтьового ложа, матриксу та/або нігтьової пластини. На сьогодні онїхомікози є важливою проблемою охорони здоров'я, оскільки вони не лише являють тривало існуюче вогнище мікотичної інфекції, яке сприяє її поширенню на шкіру хворого, але й істотно знижують якість життя, завдаючи хворим чималого фізичного та морального дискомфорту.

Мета даної роботи – дослідити клінічну ефективність використання препарату Онїхоцид® Емтрікс при комплексному лікуванні хворих на онїхомікоз.

Матеріали та методи. Було обстежено 38 пацієнтів з онїхомікозом, що уражає від 25 до 75% площі принаймні одного нігтя великого пальця ноги (20 чоловіків і 18 жінок віком від 18 до 60 років). Комплекс дослідження містив: анамнез, огляд, загальноклінічні та стандартні лабораторні дослідження. Всім пацієнтам проводилась мікроскопія патологічного матеріалу (зрізів нігтів) та культуральне дослідження (посів на середовище Сабуро).

Результати. Після первинного візиту пацієнти поверталися через 2, 4 і 8 тиж після початку лікування для оцінки ефективності та безпеки досліджуваного виробу. Частка пацієнтів, які відзначили покращення цільового нігтя через 8 тиж порівняно з вихідним показником, дорівнювала 94,7% (36/38 пацієнтів). Після 2 тиж лікування частка пацієнтів з покращенням становила 68,4% (26/38); після 4 тиж цей показник підвищився до 81,6% (31/38). Також протягом 8 тиж збільшувалася частка пацієнтів, які відзначали, що цільовий ніготь став менш потовщеним, менш ламким, м'якшим і мав менш змінений колір. Після 8 тиж лікування зафіксовано видиме покращення стану нігтів як у пацієнтів з початково помірною інтенсивністю інфекції, так і у хворих з початково тяжкою інфекцією. Протягом періоду лікування видимі ознаки грибкової інфекції регресували, нігті загалом набували більш однорідного вигляду і гладкості.

Висновки. Це дослідження було сплановане для оцінки ранніх клінічних ефектів лікування препаратом Онїхоцид® Емтрікс у пацієнтів з онїхомікозом. Ефективність оцінювали за покращенням вигляду зміненого нігтя порівняно з вихідним станом. З продовженням лікування відбувався регрес типових ознак грибкової нігтьової інфекції: зокрема, поверхня нігтя ставала м'якшою, а колір – менш зміненим. Під час оцінки стану нігтя (потовщення, зміна кольору, ламкість, м'якість) більшість пацієнтів відзначали покращення після 2, 4 і 8 тиж лікування порівняно з початковим станом. Застосування цього топічного розчину також забезпечило високий комплаєнс завдяки відмінному профілю переносимості і нанесенню один раз на добу. Перспективним є дослідження віддалених результатів застосування препарату Онїхоцид® Емтрікс у комплексній терапії хворих на онїхомікоз.

Исследование отдельных патогенных свойств клинических изолятов стафилококков, выделенных от больных атопическим дерматитом

В.В. Гончаренко, С.К. Джораева, Ю.В. Щербакова, Е.В. Щоголева, Е.К. Иванцова, И.В. Зюбан, В.Ю. Мангушева, О.В. Пугачева

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Введение. Микроорганизмы рода *Staphylococcus* являются этиологическим фактором различных воспалительных заболеваний человека, характеризующихся многообразием течения – от легких до тяжелейших генерализованных форм. Одним из важнейших факторов для любого микроорганизма является его адгезия на компетентных клетках хозяина, которая служит первым шагом для развития инфекционного процесса. Она обеспечивает колонизацию тканей как патогенными, так и непатогенными микроорганизмами и является необходимым условием естественного образа жизни большинства бактерий.

Адгезия – пусковой механизм реализации патогенных свойств возбудителей, которая позволяет микроорганизмам закрепляться в определенном биотопе и достигать необходимого популяционного уровня. Стафилококки проявляют выраженную адгезивную активность к каждому покрову, способны к интенсивной инвазии в ткани, существенно ингибируют фагоцитоз, способны длительное время персистировать внутри фагоцитов. Другим условием выживания бактерий в биотопе является способность противостоять действующим механизмам противинфекционной резистентности организма хозяина за счет ряда персистентных характеристик, к которым относится и свойство бактерий специфически инактивировать лизоцим хозяина, которое определяется как антилизозимная активность. Она является одним из факторов, повышающих толерантность бактерий к действию сывороточного лизоцима человека и животных, способствует длительной выживаемости бактерий в макроорганизме. Таким образом, выявление у стафилококков высоких показателей адгезивности и антилизозимной активности может быть использовано для прогностической оценки тяжести течения атопического дерматита.

Целью исследования было изучение адгезивных свойств и антилизозимной активности клинических штаммов стафилококков, выделенных с кожного покрова больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы. В результате проведенных бактериологических исследований были получены сравнительные данные относительно стафилококковой компоненты микробиоценоза кожи 52 больных атопическим дерматитом и 20 практически здоровых лиц.

Результаты. Во время проведения исследований выделено 140 лабораторных штаммов стафилококков: 101 штамм от больных атопическим дерматитом и 39 контрольных штаммов. Изучение микробных составляющих кожного биотопа показало доминирование микроорганизмов рода *Staphylococcus* на коже как пациентов, так и здоровых лиц. Разница наблюдалась в видовом составе

стафілококков и степени обсеменения очагов поражения и участков нормальной кожи. Появление нерезидентных видов стафилококков с более высоким патогенным потенциалом на пораженных и интактных кожных участках было отличительной особенностью для большинства больных. Для исследований были отобраны штаммы стафилококков, относящихся к видам, процент выделения которых был наиболее высоким (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus haemolyticus*).

Изучение показателей адгезивной активности *S. aureus* указывает, что высокие адгезивно-колониционные индексы были выявлены в группе штаммов, изолированных с пораженных участков кожи больных atopическим дерматитом: средний показатель адгезии (СПА) – (3,47±0,21) бактерий/эритроцит и индекс адгезии микроорганизма (ИАМ) – (4,22±0,32) бактерий/эритроцит, что почти в 1,5 раза выше, чем в группе штаммов, изолированных с интактных участков кожи больных atopическим дерматитом, и в 4 раза выше, чем в контрольной группе. По результатам изучения антилизоцимной активности (АЛА) стафилококков установлено, что данным признаком обладали 68,0% штаммов, выделенных с пораженных участков кожи больных atopическим дерматитом, тогда как среди штаммов, изолированных с интактных участков кожи и от здоровых людей, данный показатель составил 42,0% и 12,5%, соответственно. Данный факт указывает, что наличие антилизоцимной активности является более характерной чертой для стафилококков, местом вегетирования которых были участки пораженной кожи. Полученные результаты изучения отдельных факторов персистенции разных видов стафилококков подчеркивают значение *S. aureus* с позиции потенцирования осложнений течения основного заболевания.

Выводы. Таким образом, сложные комплексы вирулентных свойств *S. aureus*, связанные с противостоянием механизмам защиты хозяина, с одной стороны, и высокий адгезивный потенциал, с другой, способствуют активной колонизации как пораженных, так и интактных участков кожи, что обеспечивает условия для длительной персистенции.

Значення патогістологічного дослідження в диференційній діагностиці парасоріазу

Л. В. Гречанська

Українська військово-медична академія, м. Київ

За класифікацією парасоріаз поділяється на бляшковий (крупнобляшковий та дрібнобляшковий) та ліхеноїдний (парасоріаз ліхеноїдний хронічний Юліусберга, парасоріаз ліхеноїдний та віспоподібний Муха–Габермана). Морфологічні елементи при бляшковому парасоріазі – це плями, папули або слабо інфільтровані бляшки, які зазвичай локалізуються у ділянках, закритих від сонячних променів.

Крупнобляшковий парасоріаз відрізняється від дрібнобляшкового більшим розміром висипу, асиметричним його розподілом та неправильною формою вогнищ ураження. Ця форма прогресує у грибоподібний мікоз зі швидкістю приблизно 10% протягом 10 років. Гістологічно у ранніх вогнищах крупнобляшкового парасоріазу спостерігається акантоз, незначний гіперкератоз з вогнищами паракератозу. Дермальний інфільтрат зазвичай периваскулярний та дифузний. У прогресуючих вогнищах спостерігається виражений епідермотропізм.

При дрібнобляшковому парасоріазі спостерігається спонгіоз з вогнищевим гіперкератозом, паракератоз та екзоцитоз, у дермі – слабкий поверхневий лімфогістіоцитарний інфільтрат та набряк дерми. Гістологічні ознаки з часом не прогресують.

Диференційну діагностику парасоріазу в першу чергу потрібно проводити з Т-клітинною лімфою шкіри у зв'язку з частою трансформацією парасоріазу (а саме крупнобляшкового) у Т-клітинну лімфому шкіри (грибоподібний мікоз). Труднощі диференційної діагностики полягають у подібності клінічних та гістологічних ознак парасоріазу та Т-клітинної лімфому шкіри на ранніх стадіях захворювання. Лише при прогресуванні Т-клітинної лімфому шкіри починають з'являтися специфічні клінічні прояви, збільшуються лімфатичні вузли, виникають зміни в показниках крові та виявляються специфічні гістологічні ознаки, що сприяє правильній діагностиці. Гістологічне дослідження є обов'язковим в усіх випадках підозри на лімфому шкіри. Наявність у шкірі атипичних лімфоцитів з церебриформними ядрами, мікроабсцесів Потріє, лімфоцитарного інфільтрату з ознаками злоякісності та виражений епідермотропізм – основні гістологічні ознаки лімфому шкіри. Додатковим методом діагностики є імуногістохімічне дослідження, яке дає змогу визначити наявність молекул на поверхні лімфоцитів інфільтрату за допомогою методів імуномаркування. Тому саме гістологічне дослідження лишається не лише основним, а й практично єдиним методом диференційної діагностики парасоріазу та Т-клітинної лімфому шкіри, що сприяє своєчасній діагностиці та лікуванню на ранніх стадіях захворювання.

Оптимізація терапії маласезіозу шкіри

Л. О. Гулей

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Різнокольоровий лишай, за сучасними даними, зустрічається у 4–6% всіх первинних дерматологічних хворих у країнах з помірним кліматом. Зважаючи на тривалий рецидивний перебіг, поширеність висипань, розвиток переважно в активному репродуктивному віці, часто виникають певні труднощі у лікуванні. Тому пошук нових методів терапії є актуальним.

Метою роботи було оптимізувати лікування маласезіозу шкіри шляхом застосування у комплексній терапії пацієнтів топічного засобу з тербінафіном.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 28 хворих на маласезіоз віком від 18 до 48 років, у яких було діагностовано різнокольоровий лишай. Давність захворювань шкіри в обстежених пацієнтів становила від 1 до 8 років. Діагноз маласезіозу встановлювали на підставі клінічного та мікологічного дообстежень пацієнтів, результатів люмінесцентної діагностики. У процесі лікування хворі були розподілені на дві групи: перша (основна) – 14 осіб, яким у складі комплексної терапії застосовували топічний фунгіцидний засіб та шампунь-гель для душу з 1% вмістом тербінафіну «Тербінакод», який застосовували впродовж 2 тиж щодня 1 раз на добу; друга (порівняльна) – 14 пацієнтів, яким призначали тільки топічний фунгіцидний засіб. Ефективність лікування визначали за швидкістю регресу висипних елементів на шкірі, результатами мікологічних досліджень, даних люмінесцентної діагностики, наявності негативної проби Бальцера.