

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.