

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.

Результати. За даними клінічних спостережень, у пацієнтів основної групи відзначено у коротші терміни (в середньому – на 5–6 днів) зменшення гострозапальних проявів дерматомікозів на шкірі порівняно з хворими групи порівняння. За даними аналізу найближчих результатів лікування, стан клінічного одужання через 14 днів констатовано у більшості (у 11 осіб – 78,6%) хворих основної групи, іншим 3 (21,4%) пацієнтам з поширеною висипкою термін лікування було продовжено до 21 дня (у групі порівняння, відповідно, 57,1% та 42,9%). Згідно з даними лабораторних методів дослідження, повне клінічне одужання пацієнтів основної групи констатовано в середньому через 3 тиж після початку лікування (у групі порівняння – через 4 тиж). Всім хворим основної групи було рекомендовано продовжити застосування тільки шампуню-гелю для душу з 1% вмістом тербінафіну «Тербінакод» двічі на тиждень упродовж 1 міс з метою профілактики рецидивів. Провівши аналіз віддалених наслідків (через 6 міс) лікування в обох групах, було встановлено, що нові висипання з'явилися лише в 14,2% пацієнтів основної групи, тоді як у групі порівняння – у 50% осіб.

Висновки. Отже, застосування при маласезіозі шкіри у складі комплексної терапії шампуню-гелю для душу з 1% вмістом тербінафіну сприяє прискоренню одужання пацієнтів, зменшує вигогідність виникнення рецидивів та добре переноситься хворими, що обґрунтовує доцільність його використання для лікування та профілактики різнокольорового лишая.

Досвід лікування жінок з акне на фоні деяких нейроендокринних та метаболічних порушень

М. О. Дашко, О. О. Сизон, О. А. Білинська, І. Д. Бабак, І. Я. Возняк
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Вугрова хвороба (акне) – хронічний рецидивний дерматоз, представлений комплексом суб'єктивних і об'єктивних симптомів мультифакторної природи, патогенетично об'єднаних у патологічний процес, який супроводжується психоемоційними розладами, торпідністю лікування і посідає одне з провідних місць у структурі дерматологічної патології, восьме – серед усіх захворювань людства та третє – за частотою звертання хворих до дерматологів. Фоном для розвитку акне є себорея, нейроендокринні та метаболічні порушення, зниження імунологічної реактивності організму, психо-вегетативні дисбаланси тощо.

Мета роботи – підвищення ефективності лікування вугрової хвороби у жінок на підставі наукових даних і проведених досліджень зі встановленням патогенетичної ролі метаболічних та нейроендокринних порушень у розвитку чи перебігу дерматозу.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 135 жінок хворих на акне віком від 18 до 35 років. Всім хворим проводили лабораторне дослідження вмісту кортизолу та пролактину в сироватці крові, визначали індекс інсулінорезистентності.

Результати та обговорення. Для визначення ефективності розробленого методу терапії акне обстежені пацієнти були розподілені на дві групи: 1-ша – хворі з тривалістю захворювання до 1 року, 2-га – з тривалістю дерматозу від 1 до 5 років, які, в свою чергу, були рандомізовані на 2 підгрупи: 1А та 2А (порівняльні групи), які отримували стандартну системну терапію згідно з протоколами, і 1В та 2В (основні підгрупи), яким додатково призначали ноотропний препарат Гамалате В6 та Натубіотин.

Як засвідчили результати досліджень, у хворих 1А підгрупи було відмічено зниження показника сироваткового кортизолу (на 8,76%, $p < 0,05$), пролактину (на 9,41%, $p < 0,05$) та тенденцію до зниження індексу інсулінорезистентності (на 6,66%, $p > 0,05$) порівняно з показником цієї групи до лікування. У хворих 1В підгрупи – зниження показника сироваткового кортизолу (на 16,86%, $p < 0,001$), пролактину (12,12%, $p < 0,01$) та тенденцію до зниження індексу інсулінорезистентності (на 10,48%, $p > 0,05$). Водночас, при аналізі показників в пацієнтів 2А підгрупи відмічалася тенденція до зниження показника сироваткового кортизолу (на 6,08%, $p > 0,05$), пролактину (на 13,50%, $p < 0,001$) та індексу інсулінорезистентності (на 21,94%, $p > 0,05$), проте в хворих 2В підгрупи – підвищення рівня сироваткового кортизолу (на 17,17%, $p < 0,001$), зниження рівня сироваткового пролактину (на 21,65%, $p < 0,001$) та індексу інсулінорезистентності (на 28,79%, $p < 0,01$). Встановлено, що застосування в комплексному лікуванні жінок з акне ноотропного препарату з седативним ефектом Гамалате В6 та Натубіотину зумовило найбільш істотну позитивну динаміку показників сироваткового кортизолу, пролактину та індексу інсулінорезистентності, які є маркерами хронічного стресу, особливо в осіб з тривалістю захворювання від 1 до 5 років.

Висновки. Застосування в жінок з акне, які перебігають на фоні нейроендокринних, метаболічних порушень, комплексної системної терапії з додатковим призначенням ноотропного препарату з седативним ефектом Гамалате В6 і Натубіотину сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації досліджуваних показників сироваткового кортизолу, пролактину, індексу інсулінорезистентності.

Оптимізація комплексної терапії хворих на екзему із застосуванням комбінованого ангіопротекторного засобу

О. І. Денисенко, М. С. Гнідан
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Вступ. Екзема – найпоширеніше алергічне захворювання шкіри в осіб активного працездатного віку, яке останніми роками характеризується тенденцією до більш тяжкого клінічного перебігу з виразними запальними проявами, особливо на нижніх кінцівках, що стає причиною порушення дієздатності та якості життя таких пацієнтів. Все це обґрунтовує актуальність удосконалення комплексного лікування хворих на екзему із застосуванням сучасних засобів протизапальної та ангіопротекторної дії.

Мета роботи – підвищити ефективність лікування хворих на екзему із застосуванням сучасного ангіопротекторного засобу з діосміном та геспередином.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 48 хворих на екзему віком від 21 до 69 років, з них у 17 осіб діагностовано справжню, а в 31 – інфекційну (мікробну) екзему, з них у 19 – варикозну форму дерматозу у період загострення з проявами в осередках ураження різкої гіперемії, набряку та інфільтрації. У процесі лікування 24 хворих (порівняльна група) отримували засоби стандартної терапії екземи, іншим 24 хворим (основна група) додатково призначали комбінований ангіопротекторний