

28. Черкасова М.В., Сергеев Ю.В. Эглонил в патогенетической терапии розацеа // Вестник дерматологии и венерологии. – 1995. - №4. – С. 40-43.

29. Чубар О.В. Клініко-патогенетичне обґрунтування нових підходів до комплексної терапії хворих на рожеві вугри // Автореф. дис. ... канд..мед.наук. – Харків, 2006. – 16 с.

30. Чубарь О.В. Эффективность озонотерапии в лечении больных розовыми угрями // Журнал дерматології, косметології ім М.О. Торсуєва. – 2005. - № 1-2(10). – С. 122-125.

31. Шармазан С.І. Обґрунтування патогенетичної терапії розацеа у жінок клімактеричного віку // Автореф. дис. ...канд..мед.наук. – Київ, 2000. – 19с.

## INTERACTION ROSACEA WITH OTHER DISEASES

R.F.Aiziatulov Y.O.Polyah O.S.Poimanova

This article defines rosacea. In the course of the review of the literature on this pathological unit and its connection with other diseases marked the main lines of the etiology and pathogenesis of rosacea, contributing to the development of the disease. In detail the several factors affecting the improvement of the disease.

## СВЯЗЬ РОЗОВЫХ УГРЕЙ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Р.Ф.Айзятюлов, Я.А.Полях, О.С.Пойманова

В данной статье дано определение розовых угрей (розацеа). В ходе работы представлен обзор литературы на данную патологическую единицу и ее связь с другими заболеваниями, обозначены главные направления этиологии и патогенеза розацеа, способствующие развитию заболевания. Детально рассмотрены некоторые факторы, воздействующие на совершенствование этой патологии.

УДК 616.517:612.616.22]-064

## ДОСВІД ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІННИХ ЗАСОБІВ У ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Н.Ю.Резніченко

*Запорізький державний медичний університет*

**Ключові слова:** вітаміни, біотин, декспантенол, профілактика.

**Актуальність теми.** На сьогоднішній день в Україні на тлі демографічної кризи спостерігається негативна тенденція до зростання загальної захворюваності населення [1, 8, 9]. Цьому сприяють нега-

тивні соціально-економічні та екологічні чинники. Останні роки спостерігається збільшення кількості міського населення країни, що спричинене багатьма соціально-економічними та ментальними особливостями. Вплив факторів урбанізації з кожним роком стає відчутнішим, що позначається на погіршенні стану здоров'я насе-

лення в цілому, оскільки темпи техногенних змін біосфери в окремих регіонах випереджають адаптаційні можливості організму людини. Це призводить до напруження механізмів компенсації [3, 5, 10], але в якості факторів ризику виникнення масових захворювань вони виступають досить рідко. Внесок кожного окремого фактору недостатній для розвитку суттєвих порушень стану здоров'я. Частіше захворювання розвиваються внаслідок сумарної дії чисельних слабких чинникових факторів. Іншим ефектом дії чинників навколишнього середовища є посилення або модифікація відповіді макроорганізму. Більшість несприятливих екологічних факторів викликають переважно неспецифічні порушення: змінюють окисно-відновні процеси, знижують стійкість клітинних мембран, послаблюють захисно-приспосувальні механізми [9, 11, 13]. Вплив деяких з них призводить до появи клінічно і біологічно окреслених симптомів захворювання, які віддзеркалюються зростанням смертності, захворюваності, погіршенням фізичного розвитку і збільшенням розповсюдженості преморбідних станів [2, 12, 14]. Одним з найбільш значимих чинників, який призводить до змін стану здоров'я людини є якість харчування. Здоров'я людей з давніх часів пов'язували з якістю харчування – достатньою кількістю та різноманітністю їжі, а виникнення багатьох захворювань вважали результатом недостатнього споживання окремих продуктів [11]. Одним з основних винуватців погіршення здоров'я наприкінці дев'ятнадцятого століття вважали недостатнє споживання білків, жирів або вуглеводів. Хоча не поясненими на той час були поширені в попередні віки захворювання – цинга та бері-бері. Дослідники XVIII-XIX сторіч намагались лікувати "епідемії" подібних хвороб змінами харчового режиму та досягали достатньо успішних результатів. Можливість пояснити причини подібних спалахів хвороб, основним чинником яких є харчовий раціон, з'явилась в 1901 році, коли дослідниками була відкрита невідома до того часу речовина необхідна для росту дріжджів. Цей чинник

отримав назву "біос". В ході подальших досліджень був розкритий склад "біосу", який був сумішшю пантотенової кислоти, інозитола та на той час загадкового компонента, названого біотином [6]. Біотин як окрема біологічно активна речовина у кристалічному вигляді була виділена дослідниками в 1935 році з яєчного жовтка. Назву "вітаміни" речовини, що чинять унікальну біологічну дію, надходячи в організм в мізерній кількості, отримали лише в 1914 році. В цей час К. Функ опублікував результати власних досліджень, що стосувались дії вітамінів і нового поняття - авітамінозів [11]. Отже саме біотин і пантотенова кислота були одними з перших виділених і досліджених вітамінів. Високотехнологічний рівень сучасної науки дозволяє дослідити найтонкіші механізми впливу окремих вітамінів як на здоров'я в цілому, так і на стан шкірних покривів. Так, доведена вітамінна недостатність як визначний етіологічний чинник багатьох хвороб: дефіцит тіаміну призводить до хвороби бері-бері, вітаміну В<sub>2</sub> – до арибофлавіноза, нікотинової кислоти - до пелагри, вітаміну С - до цинги. Крім того, недостатність вітаміну А є причиною порушень кератинізації та роботи сальних залоз, виникнення фолікулярного гіперкератозу, порушень регенерації шкіри, уражень придатків шкіри у вигляді спірального завивання волосся та його витончення, дистрофії нігтьових пластин [5, 7, 8]. Дефіцит вітаміну С призводить до геморагічної висипки, порушень пігментації, прискорення старіння шкіри у вигляді зниження її тургору та еластичності, поглиблення зморшок (оскільки вітамін С володіє антигіалуронідазною дією) [6, 8, 11]. Аналогічне прискорення процесів старіння шкіри спостерігається при недостатності вітаміну Р, адже він приймає активну участь у гальмуванні системи гіалуронової кислоти та гіалуронідази, стабілізації основної речовини сполучної тканини [5, 6, 11]. Дефіцит вітамінів групи В є причиною уражень ротової порожнини та червоної кайми губ, оскільки він провокує виникнення стоматиту та ангулярних тріщин [5, 15]. Біотинова недостатність провокує виникнення сухості та запальних явищ шкір-

них покрів, загострення себорейного дерматиту, псоріазу, atopічного дерматиту, іхтіозу, периорального дерматиту, призводить до дифузного випадіння волосся та дистрофії нігтьових пластин [5, 8]. Крім того, на сьогоднішній день діагностується генетично обумовлена ензимопатія, асоційована з біотином, - множинний карбоксилазний дефіцит, який має як шкірні (сухість шкіри, себорейний дерматит, прогрес псоріазу, загострення екземи, резистентні до лікування мікотичні інфекції, ламкість нігтьових пластин, алопеція), так і загальносоматичні прояви (депресія, апатія, сонливість, гіперестезії та парестезії, нудота, зростання рівню холестерину та глюкози крові, анемія, затримка росту у дітей). Дослідження, проведені А. Л. Тищенко [15], показали достовірне зниження рівню вільної та загальної форм біотину в крові у групах хворих на псоріаз та істинну екзему порівняно з групою здорових осіб. На сьогоднішній день доведено, що застосування перорального біотину сприяє зменшенню рівню загального холестерину та бета-ліпопротеїдів, знижує ризик розвитку атеросклерозу. Біотин, окрім того, чинить визначну метаболічну дію, впливаючи на продукцію глюкокінази в печінці, а також на механізми формування резистентності до інсуліну та толерантності до глюкози. Надзвичайно важливу роль відіграє біотин у репаративно-відновних процесах, стимулюючи оновлення шкірного покриву та попереджуючи старіння шкіри. Біотин є життєво необхідним вітаміном для нормального росту та розвитку клітин, відіграє значну роль у всіх видах обміну речовин – вуглеводному, білковому, жировому. Саме його називають "вітаміном краси". Біотин як джерело сірки чинить виражену антисеборейну дію, оптимізує діяльність сальних залоз, сприяє нормалізації жирності шкіри та волосся. Він приймає участь у синтезі колагену та побудові основи кератинової субстанції, а отже сприяє формуванню нормальної структури шкіри, нігтьових пластин і волосся. Вітамін Н сприяє усуненню дрібних зморшок, сухості, лущення шкіри, попереджує передчасне посідіння, випадіння та виникнення ламкості волосся,

усуває ламкість нігтьових пластин, прискорює ріст волосся та нігтів. Крім того, біотин має інсуліноподібну дію, приймає участь у процесі гліюконеогенеза (завдяки участі в синтезі глюкокінази), що сприяє стабілізації рівню цукру в крові. При цьому вітамін Н зменшує експресію печінкової фосфоенолпіруват карбооксикінази – фермента, що стимулює синтез глюкози в печінці. Біотин сприяє зниженню вмісту загального холестерину та  $\beta$ -ліпопротеїдів, рівню пірвіноградної кислоти, запобігає розвитку ацидозу. Вітамін Н також нормалізує функціональний стан нервової системи, покращує трофіку тканин, стимулює репаративно-відновні процеси організму, попереджуючи його старіння та стимулюючи регенераційні процеси за наявності трофічних уражень шкіри та слизових оболонок. Дефіцит пантотенової кислоти призводить до змін у клітинному метаболізмі, тканинному диханні. Недостатність пантотенової кислоти проявляє себе виникненням полінейропатій, що виражається слабкістю та парестезіями в кінцівках, але з часом виникають і дерматологічні ознаки вітамінного дефіциту - порушення поділу клітин на рівні базального шару епідермісу, зміни процесів кератинізації, зменшення кількості фібробластів, зниження синтезу колагену, зменшення тургору та еластичності шкіри, порушення її водно-ліпідного балансу, прискорене випадіння волосся та порушення його структури (деформація та подальша втрата кератинового покриття). Таким чином, за умов дефіциту пантотенової кислоти зменшується вік перших проявів старіння шкіри та посилюються вже наявні його ознаки. Крім того, недостатність пантотенової кислоти негативно відображається на функціонуванні кори надниркових залоз. Декспантенол стимулює синтез кортизона, має виражену протизапальну та імуномодулюючу дію, нейротропні властивості, нормалізує ліпідний обмін (стимулює ферментні системи, що розщеплюють ліпіди в крові, сприяє зниженню рівню холестерину крові).

Таким чином, вітаміни, надходячи в організм людини в мізерних кількостях, чинять надзвичайно важливі ефекти як

щодо здоров'я в цілому, так і щодо профілактики дерматологічної патології та виникнення естетичних сенільних недоліків. Їх недостатність хоча і не завжди спричиняє виникнення захворювання, проте суттєво погіршує стан здоров'я людини [7]. Дослідження останніх років відображають вплив вітамінного дефіциту на оксидантне пошкодження мітохондрій, що призводить до прискорення старіння організму [16, 17]. Основним механізмом виникнення цих змін є пригнічення біосинтезу гема в мітохондріях, що призводить до кисневої недостатності та пошкодження мітохондрій, що, в свою чергу, спричиняє пошкодження ДНК, порушень з боку нервової системи та вікових змін [16]. Серед чинників, дефіцит яких спричиняє такі порушення, найбільше значення мають мінерали (залізо та цинк) та вітаміни (перш за все, біотин і пантотенова кислота) [6]. Роль магнію та марганцю є суперечливою. Отже, корекція рівню даних нутрієнтів і, в першу чергу, вітамінів сприятиме попередженню вікових змін шкіри та прогресуванню дерматологічної патології.

#### Мета дослідження.

Вивчення стану здоров'я чоловіків у залежності від використання профілактичних курсів вітамінних засобів.

#### Матеріали та методи.

Під нашим спостереженням знаходилось 35 осіб, які проходили курс вітамінопрофілактики. Серед великої кількості вітамінних препаратів для проведення дослідження ми зупинили свій вибір на біотині та декспантенолі. Вибір саме декспантенолу (а не пантотенової кислоти) обумовлений його унікальними імуномодулюючими

властивостями, оптимізацією ліпідного обміну, покращенням репаративно-відновних процесів, нормалізацією функціонування кори надниркових залоз і стимулюванням синтезу кортизона. На відміну від пантотенової кислоти, декспантенол згубно впливає на патогенні мікроорганізми, сприяє нормалізації мікробіоценозу кишківника, піхви, шкіри та попереджує розвиток вторинної інфекції за наявності хронічних дерматозів. Отже, особи, які приймали участь у дослідженні, отримували біотин по 5 мг 1 раз на добу протягом 30 днів та декспантенол по 100 мг 1 раз на добу протягом 50 днів. Їх обстеження проводилось до початку вітамінопрофілактики та через 3 місяці від її початку.

#### Результати та їх обговорення.

Відомо, що з віком концентрація холестерину, бета-ліпопротеїдів, тригліцеридів, глюкози збільшується, що призводить до порушення обміну речовин, розвитку атеросклерозу та метаболічного синдрому (таблиця 1). Ці показники мають надзвичайно велике значення у розвитку багатьох дерматологічних захворювань. Так, псоріаз як хронічне запальне захворювання, особливо якщо виникає у віці 40-60 років, часто асоціюється з метаболічним синдромом. А отже, він часто супроводжується ожирінням, підвищенням артеріального тиску, інсулінорезистентністю, розвитком цукрового діабету та біохімічними змінами. При псоріазі спостерігається статистично достовірне підвищення рівнів ліпідів та глюкози в крові (рис. 1). Подібні зміни, хоча менш виражені, відзначаються у пацієнтів з алергічними захворюваннями шкіри.

Таблиця 1

Концентрація ліпідів та глюкози в крові у осіб різного віку

Вік людей	Холестерин, ммоль/л	Бета-ліпопротеїди, %	Тригліцериди, ммоль/л	Глюкоза, ммоль/л
25-34 роки	3,37±0,02	34,2±0,48	1,17±0,04	4,71±0,08
35-44 роки	3,64±0,02	41,4±0,30	1,31±0,05	4,84±0,06

45-54 роки	4,35±0,02	46,7±0,38	1,58±0,05	5,14±0,10
55-64 роки	4,82±0,03	50,8±0,49	2,06±0,04	5,45±0,08

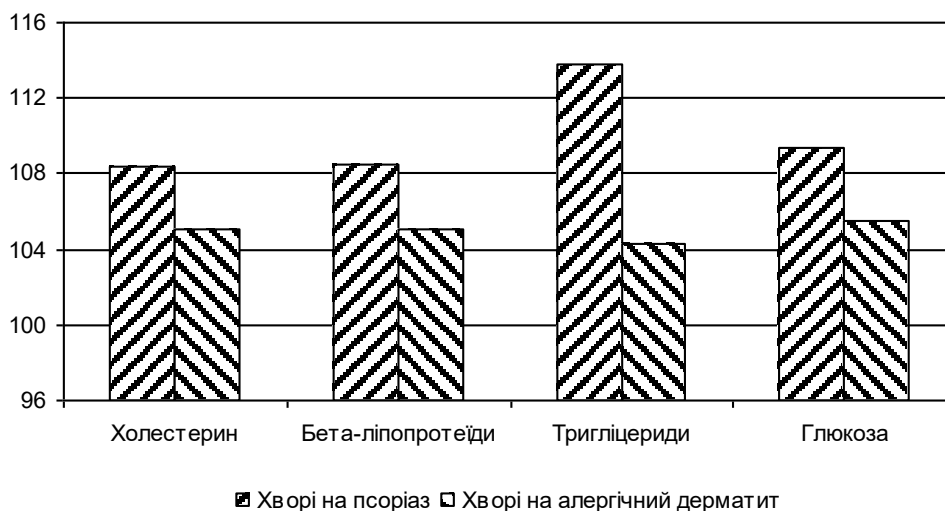


Рисунок 1. Рівні ліпідів та глюкози в крові при дерматологічних захворюваннях (результати здорових осіб прийняті за 100%).

Наведені вище зміни потребують проведення корекції шляхом вітамінопрофілактики. Вітамінопрофілактика біотином і декспантенолом як безпечний та широкодоступний метод дозволяє значним чином покращити ліпідний і вуглеводний обмін, а також попередити прогресування дерматологічних захворювань. Особи, які використовували біотин і декспантенол, відзначали їх добру переносимість. Під час прийому даних вітамінних препаратів не відмі-

чалось побічних явищ. Пацієнти спостерігали покращення кольору та загального вигляду шкіри. Крім того, відзначалось покращення тургору та еластичності шкіри, прискорення росту волосся та нігтів. Після курсу вітамінотерапії статистично достовірно зменшився рівень бета-ліпопротеїдів, спостерігалась тенденція до зниження рівню холестерину (рис. 2).

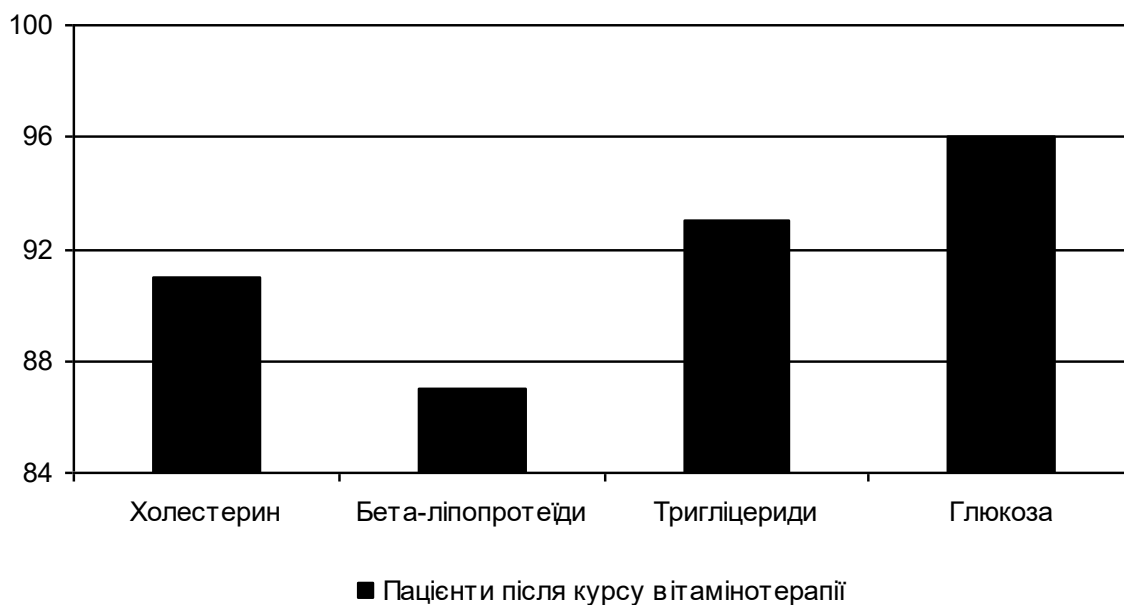


Рисунок 2. Рівні ліпідів та глюкози в крові після вітамінівотерапії (результати здорових осіб прийняті за 100%).

### Висновки.

Розвиток хронічної дерматологічної патології (псоріазу, хронічних алергодерматозів) супроводжується змінамиліпідного та вуглеводного обміну, що потребує проведення відповідної корекції. Ефективним і безпечним методом профілактики виникнення порушень обміну речовин і, відповідно, прогресування хронічних дер-

матозів є застосування біотину та декспантенолу. Їх використання дозволяє не лише покращити стан шкіри та її придатків, але і нормалізувати рівні ліпідів і глюкози крові. Проведені дослідження дозволяють рекомендувати широке застосування вітамінопрофілактики біотином і декспантенолом для збереження здоров'я населення.

### Список літератури.

1. Айзятупов Р. Ф. Особенности наружного лечения атопического дерматита / Р. Ф. Айзятупов, В. В. Юхименко, Н. В. Ермаилова // Журнал дерматовенерологии и косметологии им. Н. А. Торсуева – 2009. - № 1-2 (18). – С. 49-52.
2. Айзятупов Р. Ф. Патогенез и тактика лечения экземы / Р. Ф. Айзятупов, З. Ф. Кривенко, В. Д. Гридасова // Журн. дерматовенерологии та косметологии ім. М.О. Торсуєва. – 2010. – № 3/4. – С. 29–33.
3. Айзятупов Ю. Ф. Современные особенности патогенеза и комплексной терапии аллергодерматозов / Ю. Ф. Айзятупов // Журн. дерматовенерологии та косметологии ім. М.О. Торсуєва. – 2013. – № 1-2 (30). – С. 9–12.
4. Айзятупов Ю. Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии. / Ю. Ф. Айзятупов. – Донецк : Каштан, 2010. – 560 с.
5. Вітамінопрофілактика та вітамінівотерапія мешканців промислових центрів / Н. Ю. Резніченко, Ю. Г. Резніченко, Г. І. Резніченко, І. В. Пащенко. – К. : ТОВ "Людопринт Україна", 2013. – 108 с.

6. Громова О. А. Традиционные и новыевзгляды на витамин Н (биотин) / О. А. Громова // Практика педиатра.- 2007.-№ 9.
7. Калюжная Л. Д. Разновидности диффузныхалопеций, тактика ихведения / Л. Д. Калюжная // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія.- 2011.- № 1. – С.5-9.
8. Корекція дисбіотичних станів у мешканців індустріальних центрів / Ю. Г. Резніченко, Н. Ю. Резніченко, Г. І. Резніченко, М. О. Ярцева. – Запоріжжя : Просвіта, 2013. – 148 с.
9. Кутасевич Я. Ф. Особливості лікування псоріатичної хвороби на сучасному етапі / Я. Ф. Кутасевич, І. О. Олійник // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. Спецвипуск.- 2011.- № 1.-С.31-36.
10. Кутасевич Я. Ф. Терапевтическая эффективность производного хинуклидинов при алергодерматозах и некоторых других дерматозах, сопровождающихся зудом / Я. Ф. Кутасевич, О. Н. Стулий // Дерматологія та венерологія. – 2014. – № 1. – С. 42– 51.
11. Рациональнаявитаминопрофилактика и витаминотерапия: Науч. изд. / М. А. Андрейчин, Ю. Г. Антипкин, Г. Л. Апанасенко и др.; Под ред. Г. В. Донченко, А. П. Викторова, О. В. Курченко. - К.: Здоров'я, 2008. - 408 с.
12. Резніченко Н. Ю. Діагностика, лікування та профілактика псоріатичної хвороби у чоловіків у віковому аспекті / Н. Ю. Резніченко. – Запоріжжя : Просвіта, 2014. – 308 с.
13. Резніченко Н. Ю. Діагностика, лікування та профілактика алергодерматозів чоловіків у віковому аспекті / Н. Ю. Резніченко. – Запоріжжя: Просвіта, 2014.– 132 с.
14. Резніченко Н. Ю. Корекція виявів фізіологічного та фотостаріння з використанням янтарної кислоти у складі ін'єкційного імпланту "Гіалуаль" / Н. Ю. Резніченко, Ю. Г. Резніченко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2010. - № 1 (36). – С. 64-69.
15. Тищенко А. Л. Содержаниебиотина в сыворотке крови у больныхэкземой и псориазом / А. Л. Тищенко // Вестникдерматологии и венерологии. – 1998. - N 5. - с. 37-40
16. Atamna H, Killilea DW. Mineral and Vitamin Deficiencies Can Accelerate the Mitochondrial Decay of Aging. Mol Aspects Med. 2005 Aug-Oct;26(4-5):363-78.
17. Krol A, Krafchik B. Developmentofantibodiesforcancertherapy.// Expert Opin Biol Ther. – 2006 Aug.; 6 (8): 787–796.

## ДОСВІД ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІННИХ ЗАСОБІВ У ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Н.Ю.Резніченко

У статті досліджено та проаналізовано стан здоров'я чоловіків у залежності від використання профілактичних курсів вітамінних засобів. Було визначено, що розвиток хронічної дерматологічної патології (псоріазу, хронічних алергодерматозів) супроводжується змінами ліпідного та вуглеводного обміну, що потребує проведення відповідної корекції. Було доведено, що ефективним і безпечним методом профілактики виникнення порушень обміну речовин і, відповідно, прогресування хронічних дерматозів є застосування біотину та декспантенолу. Їх використання дозволяє не лише покращити стан шкіри та її придатків, але і нормалізувати рівні ліпідів і глюкози крові.

## EXPERIENCE OF PROPHYLACTIC USE OF VITAMINS IN DERMATOVENEREOLOGICAL PRACTICE

N.Yu.Reznichenko

The health status of men depending on the use of preventive courses of vitamins was investigated and analyzed in the article. It was determined that the development of chronic dermatological diseases (psoriasis, chronic allergic dermatoses) was accompanied by changes in lipid and carbohydrate metabolism that required appropriate correction. It was proved that an effective and safe method of prevention of metabolic disorders and, consequently, the progression of chronic dermatitis was the use of biotin and dexpanthenol. Their use allowed not only to improve the condition of skin and its appendages, but also to normalize levels of lipids and blood glucose.

## ВЕНЕРОЛОГІЯ

УДК 616.972-036.15-084085.28:615.849.19

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛАТЕНТНОГО РАННЕГО СИФИЛИСА

Г.И.Мавров, Ю.В.Щербакова, В.И. Миронюк

*Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины, г. Харьков*

**Ключевые слова:** скрытый ранний сифилис, скрытый поздний сифилис, эпидемиология.

#### **Введение.**

Заболевания, передающиеся половым путем - сифилис, гонорея, хламидиоз и другие, являются серьезной угрозой здоровью населения. Это обусловлено как уровнем их распространенности, так и тяжелыми последствиями [6]. Болезни, возникающие в результате половых контактов, как никакие другие инфекции подвержены влиянию окружающей среды. Причины, оказывающие влияние на эпидемио-

логическую ситуацию, как в отдельном городе, регионе, так и в стране в целом, можно свести к нескольким основным факторам. Среди них - биологические факторы микросреды (микробиологические, иммунологические, нейроэндокринные), факторы, определяющие поведение субъекта (психологические особенности личности, уровень культуры, традиции, стереотипы полового поведения). Кроме того, важны факторы макросреды - состояние системы здравоохранения, социальная защищенность, стабильность и т.д. [3]. За последние годы эпидемиология венерических болезней существенно изменилась. Это связано