

З'ЇЗДИ, КОНГРЕСИ, КОНФЕРЕНЦІЇ

У Святогір'ї (Україна) 25-26 травня 2017 року відбулася Всеукраїнська конференція за участю міжнародних спеціалістів "Святогірські дерматовенерологічні дні: новітні методи діагностики і лікування в дерматовенерології та косметології". На конференції були обговорені актуальні питання етіології, патогенезу, діагностики, клініки, лікування та профілактики шкірних хвороб та інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Організатором заходу був Донецький національний медичний університет (Лиман, Україна), кафедра дерматовенерології та косметології (завідувач кафедри, Заслужений діяч науки і техніки України, професор Р.Айзятюлов). На конференції були присутні лікарі дерматовенерологи, лікарі косметологи, лікарі сімейної медицини та інші фахівці.

З доповідями виступили: завідувач кафедри дерматовенерології ВІЛ/СНІДу Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, д.мед.наук, професор Г.І.Мавров з доповіддю «Ведення хворих на статеву інфекцію, спричинену хламідіями та мікоплазмами»; завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова, д.мед.наук, професор С.А.Бондар «Випадок пемфігоїду слизової оболонки Шеклакова-Пашкова: особливості клінічного перебігу, діагностика, лікування»; завідувач кафедри дерматовенерології та косметології, д.мед.наук, професор Р.Ф.Айзятюлов (Слов'янськ) «Сучасні особливості клініки, лікування та профілактики хворих на алергодерматози»; головний лікар Тернопільського обласного клінічного шкірновенерологічного диспансеру, к.мед.наук А.І.Хара (Тернопіль) «Базові підходи до формування клінічного протоколу "Гонококова інфекція" та інші.

В межах конференції були проведені симпозиуми по використанню препаратів, розгорнута виставка фармацевтичних препаратів відомих фірм.

Матеріали Всеукраїнської конференції за участю міжнародних спеціалістів "Святогірські дерматовенерологічні дні: новітні методи діагностики і лікування в дерматовенерології та косметології" 25-26 травня 2017 року (Святогір'я, Україна)

ПРОЯВИ ПОСТАКНЕ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Р.Ф.Айзятюлов, Б.А.Бовтюк

Донецький національний медичний університет (Лиман, Україна)

Актуальність теми. У структурі хронічних дерматозів, що схильні до рецидування провідне місце займає вугрова хвороба. Дане захворювання найчастіше розвивається у підлітків і як правило, з періодом полового зізрівання його прояви стихають. Проте доволі часто вугрі залишають на шкірі пацієнта певні зміни, що досаджають своєму володарю і у більш зрілому віці. Це так звані постакне, вторинні стійкі зміни шкіри, що виникають внаслідок тривалого перебігу вугрової хвороби. Чим довший термін перебігу та ступінь тяжкості вугрової хвороби, тим більш помітні прояви постакне і відповідно складніше з ними боротися.

Мета роботи. Дослідити існуючі методи корекції проявів постакне для розробки індивідуальної плану заходів в кожному окремому випадку.

Матеріали і методи. Аналіз сучасних методів естетичної медицини, що найбільш часто використовуються для корекції проявів постакне.

Результати та обговорення. Найбільш розповсюдженим та нажаль найтяжчим проявом постакне є рубці. Для їх корекції серед лікарів естетичної медицини великою популярністю користуються пілінги. Це процедури, контрольованого видалення слоїв шкіри, що за глибиною впливу поділяються на поверхневі, серединні та глибокі, а за характером на фізичні, хімічні та ензимні. Ще одним методом корекції рубців є мезотерапія, яка також досить ефективно використовується при лікуванні інших проявів постакне – телеангієктазії. Суть даної методики полягає у внутрішкірному введенні препаратів. Окрім рубців та телеангієктазій термін постакне включає в себе розширення устів вивідних протоків сальних залоз та дисхромію вражених ділянок шкіри. Для боротьби з двома останніми проявами з успіхом використовують механічні чистки, лікувальні маски та спеціальні масажні техніки.

Висновки. Проаналізувавши зміни шкіри при постакне та сучасні методи їх корекції було виявлено, що лікування постакне являє собою довготривалий процес і потребує індивідуального підходу в кожному окремому випадку.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ФАКТОРИ В РОЗВИТКУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ

Р.Ф.Айзятупов, О.С.Пойманова

Донецький національний медичний університет (Лиман, Україна)

Актуальність теми. Атопічний дерматит - хронічне, рецидивуюче захворювання шкіри, що виявляється первинно виникаючою сверблячкою, запаленням, ліхеноїдними папулами та ліхенефікацією шкіри в осередках ураження, розвитком якого є не тільки ендогенні фактори (спадковість, гіперреактивність шкіри), але й екзогенні (психоемоційні навантаження).

Мета роботи. Відстежити причинно-наслідковий механізм формування атопічного дерматиту шляхом аналізу особливостей перебігу на прикладі розгляду клінічних випадків.

Матеріали та методи. Впродовж півроку збирався анамнез захворювання у пацієнтів, хворих на атопічний дерматит. Окрім того було досліджено психосоматичний стан хворих. Психічні характеристики обстежених хворих було досліджено на підставі діагностичної співбесіди, а отримані дані верифіковано з використанням стандартизованої експериментально-психологічної методики – рівень самооцінки депресії за шкалою Зунге.

Результати та обговорення. Після проведеного дослідження і зібраних даних хворих, ми з'ясували, що 65% пацієнтів має обтяжливий спадковий анамнез, у інших 45% спостерігався розвиток захворювання на тлі гіперреактивності шкіри, але фактором розвитку атопічного дерматиту більшості хворих став погіршений психоемоційний стан на момент захворювання. Під час оцінки показників якості життя було з'ясовано, що фізична та соціальна активність, а також показники психічного здоров'я мають відхилення від нормальних. Окрім того, було проведено співбесіду за допомогою стандартизованої експериментально-психологічної методики – рівень самооцінки депресії за шкалою Зунге. Відповіді пацієнтів на запитання були різноманітними. За результатами шкали ми з'ясували, що 20% пацієнтів перебували у нормальному стані; 50% у легкій депресії; 25% у помірній депресії; 5% у важкій депресії.

Висновки. З даних оцінки показників якості життя хворих зроблено висновок, що хворі мають значне порушення психоемоційного стану, який перешкоджає їм у суспільній адаптації та реалізації своєї індивідуальності. Виходячи з отриманих даних рівня самооцінки депресії за шкалою Зунге, виявлено, що більшість хворих перебувають у депресії. Враховуючи все вищеперераховане, можна зробити висновок, що психоемоційні навантаження та стрес мають місце у розвитку атопічного дерматиту або його загострення.

КЛІНІЧНА КАРТИНА ГОСТРОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Р.Ф.Айзятупов, Ю.С.Шелестова

Донецький національний медичний університет (Лиман, Україна)

Актуальність теми. На теперішній час кандидозний вульвовагініт займає друге місце серед всіх інфекційних уражень вульви і піхви (30-45%). Стійка тенденція до збільшення захворюваності кандидозного вульвовагініту є проблемою міждисциплінарною, рішенням якої займаються лікарі суміжних спеціальностей (дерматовенерологи, акушери-гінекологи, урологи, лікарі лабораторної діагностики).

Мета роботи. Визначити особливості клінічної картини гострого кандидозного вульвовагініта у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Під наглядом було 50 жінок, яким діагноз гострого кандидозного вульвовагініту виставлено за даними анамнезу (тривалість захворювання - не більше двох місяців з наявністю клінічних симптомів). У 45 (90%) жінок виявилася *S.albicans*, по два випадки (по 4%) - *S.krusei* та *S.glabrata* і в одному випадку (2%) - *S.parapsilosis*. Визначення 95% довірчого інтервалу (ДІ) для частот здійснювали за методом Уілсона (Wilson).

Результати та обговорення. При клінічному огляді у 41 (82,0%; 95% ДІ 69,2-90,2%) пацієнтки відзначено набряк слизової піхви. Усі пацієнтки крім скарг на вагінальні виділення вказували на свербіж і печію в області вульви та піхви. Посилення свербіння при попаданні на слизову піхви сечі відзначали 40 (80,0%; 95% ДІ 67,0-88,8%), скарги на печіння при сечовипусканні 39 (78,0%; 95% ДІ 64,8-87,2%) жінок, 28 (56,0%; 95% ДІ 42,3-68,8%) хворих вказували на порушення сечовипускання. Також жінки скаржилися на неприємні відчуття при статевому контакті — 35 (70,0%; 95% ДІ 56,2-80,9%) хворих, посилення дискомфорту після прийняття гарячої ванни — 31 (62,0%; 95% ДІ 48,2-74,1%), біль у нижній частині живота — 11 (22,0%; 95% ДІ 12,8-35,2%), диспареунію — 9 (18,0%; 95% ДІ 9,8-30,8%).

Висновки. Вдосконалення і раціоналізація діагностики та лікування гострого кандидозного вульвовагініту у жінок репродуктивного віку на підставі комплексного вивчення особливостей клінічного перебігу, залишається насущною необхідністю.

РОЛЬ ЗВОЛОЖУЮЧИХ ЗАСОБІВ ПРИ ФОТОТЕРАПІЇ ПСОРИАЗУ

Г.Є.Асцатуров, О.О.Сизон, М.О.Дашко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. УФВ (311), завдяки своїй ефективності, безпечності і доступності є методом вибору при лікуванні хворих на псоріаз. Це самодостатня методика, яка може використовуватись в якості монотерапії, але комбінація з емолієнтами додасть лікуванню певних переваг.

Мета роботи. Оцінити ефективність методу фототерапії з зволожуючими засобами.

Матеріали та методи. Спостерігалось 58 хворих на розповсюджений псоріаз зі стаціонарною стадією. Група порівняння – 23. Пацієнтам обох груп фототерапія проводилась тричі на тиждень. Початкова доза складала 0,1-0,25 Дж/см² в залежності від фототипу шкіри, з наступним підвищенням на 0,05-0,1 Дж/см². Після проведення процедури пацієнти основної групи застосовували крем атодерм, який містить вазеліново-гліцериновий комплекс, забезпечуючи зволоження, пом'якшення і відновлення шкіри, вітамін Е - антиоксидантна дія та легкий консервант, що нейтралізує пошкоджуючу дію екзогенних алергенів. Пацієнти групи порівняння отримували УФВ (311 нм) у вигляді монотерапії.

Результати та обговорення. Проведений аналіз клінічної ефективності лікування хворих на псоріаз основної групи (група порівняння) дозволив засвідчити досягнення клінічної ремісії у 29 осіб (7), значне покращення – у 15 (5), покращення – у 14 (8), відсутність позитивних

змін – 0(3), погіршення стану не було зафіксовано. У пацієнтів основної групи/групи порівняння PASI зменшився до $9,5 \pm 1,7$ (до лікування – $22,8 \pm 3,1$; $p < 0,05$)/ $17,6 \pm 7,8$ (до лікування – $24,9 \pm 8,4$; $p < 0,05$); DLQI – до $6,1 \pm 0,5$ (до лікування – $19,5 \pm 2,7$; $p < 0,05$)/ $17,1 \pm 3,0$ балів (до лікування – $23,5 \pm 1,9$ балів; $p > 0,05$).

Висновки. Комбіноване застосування УФВ (311 нм) і даного емолієнта дозволяє підвищити ефективність лікування, скоротити терміни терапії, покращити стан шкіри в міжрецидивний період, знизити тривалість і важкість загострень та подовжити період ремісії.

ЛОКАЛЬНИЙ МОНІТОРИНГ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ NEISSERIA GONORRHOEAЕ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

І.Б.Бойко

КУ «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер»

Актуальність. Здатність *Neisseria gonorrhoeae* швидко змінювати свою чутливість до антибіотиків становить важливу медико-соціальну проблему. За допомогою міжнародної Програми з антимікробного спостереження за гонококами (The Gonococcal Antimicrobial Surveillance Program, GASP) після 1992 року у світі задокументовано виникнення та поширення антибіотикорезистентності збудника гонореї, в зв'язку з чим виникла потреба у періодичних змінах лікувальних рекомендацій на локальних, національних і глобальному рівнях.

Мета роботи. З метою впровадження систематичних моніторингових заходів за антибіотикорезистентністю гонококів у Тернопільській області та в рамках участі у міжнародному проєкті Східноєвропейської спілки статевого та репродуктивного здоров'я та прав (Eastern European Network for Sexual and Reproductive Health and Rights) започатковано визначення антибіотикорезистентності гонококів на локальному рівні, зокрема серед населення Тернопільської області.

Матеріали та методи. Збір ізолятів (чистих культур) гонококів проводився на базі бактеріологічного підрозділу Комунальної установи Тернопільської обласної ради «Тернопільський обласний клінічний шкірно – венерологічний диспансер». За період 2013 – 2016 років у Тернопільській області всього було зареєстровано 511 хворих на гонорею, серед яких вдалося зібрати для спостереження 115 ізолятів *Neisseria gonorrhoeae*, що склало 22,5 % від загальної кількості зареєстрованих випадків гонококової інфекції в області.

Результати та обговорення. Отримані ізоляти направлені для подальшого дослідження антибіотикорезистентності у Центр співпраці ВООЗ з гонореї та інших інфекцій, які передаються статевим шляхом, Швеція.

Табл.1. Динаміка виділення ізолятів *N.gonorrhoeae* у Тернопільській області у 2013-2016 рр.

Рік	Кількість зареєстрованих випадків гонококової інфекції	Кількість виділених ізолятів <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
		Абс, од.	Відн, %
2013	151	14	9,27
2014	143	40	27,97
2015	115	35	30,43
2016	102	26	25,49
Разом	511	115	22,50

Висновки. Очікується, що на основі отриманих даних про антибіотикорезистентність циркулюючих в популяції гонококів будуть оновлені локальні рекомендації з вибору антибіотиків для лікування гонококової інфекції. Дана робота дасть старт процесу інтеграції у Європейську програму протимікробного нагляду за гонококовою інфекцією на національному рівні.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Л.А.Болотная, Т.С.Осипенко, Е.И.Сариан, А.А.Лопандина

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
КУОЗ «Харьковский городской кожно-венерологический диспансер № 4»*

Актуальность. За последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости псориазом, увеличение количества больных молодого возраста, тяжелых форм дерматоза, резистентных к традиционным методам лечения и требующих биологической терапии.

Цель работы. Оценить эпидемиологические данные и результаты клинико-лабораторного обследования, сопутствующую заболеваемость и особенности ее фармакологической коррекции у больных среднетяжелым и тяжелым бляшечным псориазом, получающих биологическую терапию.

Материал и методы. Проанализированы данные амбулаторных карт и историй болезни пациентов со средне тяжелой и тяжелой формами бляшечного псориаза, получавших лечение биологическими препаратами в 2010-2016 гг.

Результаты и обсуждение. Среди 28 больных (13 женщин и 15 мужчин) псориаз средней степени тяжести диагностирован у 12, тяжелой степени – у 16 лиц. Возраст пациентов колебался от 35 до 57 лет (средний возраст $42,4 \pm 8,3$ лет). Длительность заболевания в среднем составила $19,4 \pm 10,9$ лет, индекс распространенности и тяжести псориаза (PASI) у больных со средней тяжестью псориаза – $21,3 \pm 3,1$ балла, тяжелой – $37,5 \pm 4,4$ балла. Псориазический артрит наблюдался у 15 (57,1%), поражение ногтей пластинок – у 22 (78,6%) больных. Курили 20 (71,4%), алкоголь употребляли 16 (57,4%) пациентов. Анализ медицинской документации выявил ИБС у 11, атеросклероз – у 7, ожирение – у 9, гипертоническую болезнь – у 13 пациентов. По поводу артериальной гипертензии 3 больных получали ингибиторы АПФ, два пациента – бета-блокаторы. Хронические заболевания легких (ХОБЛ, хроническая пневмония) наблюдались у 4 человек (14,2%), хронические болезни ЖКТ (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, ЖКБ, колит) – у 8 (28,6%). Сахарный диабет 2 типа диагностирован у 3 пациентов, один из них принимал сахароснижающие препараты. Статистически достоверной оказалась связь частоты гипертонической болезни и ИБС со степенью тяжести псориаза ($p=0,025661$, $p=0,064579$). Превышение веса регистрировалось у 67,8% пациентов. Индекс массы тела составил в среднем $34,15 \pm 8,3$ балла, при этом у 10 (35,7%) пациентов отмечался избыточный вес, у 4 (14,3%) – ожирение I степени, у 3 (28,6%) – ожирение II степени и 2 (7,4%) – III степени. Частота избыточной массы тела достоверно выше у больных с тяжелым течением псориаза ($p=0,0000001$). Повышение уровня общего холестерина выше 5,18 ммоль/л отмечено у 20 (71,4%) пациентов, триглицеридов выше 2,83 ммоль/л – у 4 (14,3%), снижение ЛПВП ниже 1,04 ммоль/л – у 11 (39,3%), повышение уровня ЛПНП выше 3,37 ммоль/л – у 18 (64,3%) больных. Степень выраженности и частота дислипидемий оказалась связана со степенью тяжести и его распространенности ($p=0,000018$, $p=0,000247$).

Выводы. У больных псориазом средней и тяжелой степени тяжести выявлены артериальная гипертензия (46,4%), ИБС (39,3%), гиперхолестеринемия (71,4%), сахарный диабет (10,7%), избыточный вес (67,8%). Коррекция уровня артериального давления осуществлялась только в 38,5% случаев, при этом больные принимали ингибиторы АПФ и бета-блокаторы, не рекомендуемые при псориазе. Только один (5%) пациент с дислипидемией получал препараты (статины) для снижения уровня холестерина крови. Необходимо повышать осведомленность врачей (врачей общей практики, дерматологов, кардиологов и др.) о частоте сопутствующей патологии, а также дополнить рекомендации по лечению больных псориазом.

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ СИФІЛІСУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Г.М.Бондаренко, І.М.Нікітенко, В.В.Мужичук, О.А.Безрученко

*ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ», м.Харків.
КУОЗ «Міський шкірно-венерологічний диспансер №2», м.Харків.*

Мета. Вичити структуру захворюваності сифілісом та виявленість за період 2010-2015 рр.

Матеріали та методи. У дослідження включено данні по захворюваності на сифіліс за період 2010-2015рр., отримані міським шкірно-венерологічним диспансером №2.

Результати та обговорення. За період з 2010-2015 рр. доля первинного сифілісу зросла з 16,3% у 2010 р. до 25,5% у 2015 р. Доля сифілісу вторинного раннього знизилась з 44,3% у 2010 р. до 34% у 2015 р. Доля сифілісу вторинного рецидивного знизилась з 11,5% у 2010 р. до 0% у 2015 р. Доля сифілісу прихованого раннього зросла з 21,3% у 2010р. до 31,9% у 2015р. Доля сифілісу прихованого пізнього зменшилась з 6,6% у 2010 р. до 2% у 2013 р., потім зросла до 8,5% у 2015 р. Серед виявлених хворих на сифіліс, самостійно звернулися у 2011 р.-21%, у 2012 р.-14%, у 2013 р.-0,2%, у 2014 р.-10,4%, у 2015 р.-17,0%. Сифілітична інфекція була виявлена серед статевих контактів пацієнтів з сифілісом у 2011 р. – 4,8% від усіх хворих на сифіліс, у 2012 р.-3,5%, у 2013 р.-2%, у 2014 р.-8,3%, у 2015р. – 4,3%. Медичні огляди виявили у 2011р.-6,5% від усіх хворих на сифіліс, у 2012 р.-15,8%, у 2013 р. – 18,4%, у 2014 р. – 12,5%, у 2015 р. – 8,5%. При васерманізації в соматичних стаціонарах у 2011 р. виявлено 50% хворих, у 2012 р. – 47,4%, у 2013 р. – 42,9%, у 2014 р. – 52,1%, у 2015 р. – 61,7%. Терапевтами у 2011р. виявлено 1,6%, у 2012 р. – 1,8%, у 2013 р. – 8,2%, у 2014 р. – 4,2%, у 2015 р. – 4,3%. Ендокринологами у 2011 р. виявлено 1,6 %, у 2012 р. - 0 %, у 2013 - 2,0 %, у 2014 - 0%, у 2015 - 0%. Наркологами у 2011 р. виявлено 3,2%, у 2012 р. – 5,3%, та у 2015 р. – 4,3%. Гінекологами у 2011 р. виявлено 6,5%, у 2012 р.-8,8%, у 2013 р.-8,2%, у 2014 р. – 4,2%, у 2015 р. – 0%. При вассерманізації вагітних було виявлено тільки у 2014 р. – 2,1%.

Висновки. Необхідно впровадити в клінічну практику більш ретельне обстеження на сифіліс пацієнтів в різних соматичних стаціонарах та поліклінічних відділеннях.

ДО ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ МІКОПЛАЗМОЗУ

Г.М.Бондаренко, Т.В.Осінська, С.В.Унучко, Т.В.Губенко, А.Абдала

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ», Харків

Мета роботи. Вивчити показники глутатіонової ланки антиоксидантної системи глутатіон-редуктази (ГР) у хворих на уrogenітальний мікоплазмоз до та після лікування.

Матеріали та методи. Досліджено 20 зразків плазми та еритроцитів крові хворих з мікоплазмозом на активність ГР до та після лікування в І (монотерапія кларитроміцином) та ІІ (кларитроміцин та глутоксим) групах та групі практично здорових людей.

Результати та обговорення. Після лікування в І та ІІ групах ГР плазми крові досягає рівня практично здорових людей. Однак, активність ГР еритроцитів відновлюється до нормальних значень тільки в ІІ групі, зростає на 23,3% і 31,4% відповідно після лікування і прагне до середніх значень контрольної групи здорових донорів.

Висновки. Відмічається більш ефективність лікування уrogenітального мікоплазмозу при застосуванні комплексного лікування, що передбачає призначення кларитроміцину та препарату глутоксиму.

НАРУШЕНИЯ СНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.А.Лопандина

КУОЗ «Харьковский городской кожно-венерологический диспансер №4»

Актуальность. Псориаз – хроническое иммуноопосредованное воспалительное заболевание с преимущественным поражением кожи, часто ассоциированное с другими соматическими и психическими расстройствами (псориатический артрит, сердечно-сосудистые болезни, депрессия и др.). Длительно существующие изменения кожи сопровождаются субъективными ощущениями, оказывают влияние на общее самочувствие и сон пациентов.

Цель работы. Выявить нарушения сна у больных вульгарным псориазом и взаимосвязь со степенью тяжести дерматоза.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 44 больных (23 мужчин и 21 женщин) в возрасте 25-64 лет, с длительностью заболевания от 2 до 18 лет. Псориаз легкой степени тяжести выявлен у 17, средней степени – у 21, тяжелой степени – 6 пациентов, индекс распространенности и тяжести псориаза соответственно составил $9,1 \pm 1,7$, $15,3 \pm 3,1$ и $27,5 \pm 4,4$ балла. Жалобы на зуд, болезненные ощущения кожи предъявляли 24 (54,5%) больных. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц в возрасте 25-55 лет.

Результаты и обсуждение. У 30 (68,2%) больных выявлены нарушения сна в виде хронической бессоницы (10), обструктивного апноэ во время сна (16), синдрома беспокойных ног (4). При этом в контрольной группе нарушения выявлены у 3 (12%) лиц (бессоница, обструктивное апноэ). Установлена у пациентов зависимость нарушений сна от распространенности и степени тяжести дерматоза.

Выводы. Полученные результаты исследования позволяют предположить, что псориаз может оказывать непосредственное влияние на развитие расстройств сна из-за кожных симптомов или опосредованно в связи с иммунным воспалением и активацией провоспалительных механизмов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА С УЧЕТОМ СТАТУСА ВИТАМИНА D

М.В.Нарожная

Медицинский центр «Союз», г. Харьков

Актуальность. Себорейный дерматит (СД) – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, связанное с повышенной секрецией кожного сала, изменением его качественного состава. Дерматоз характеризуется эритематозно-сквамозными высыпаниями, располагающимися преимущественно на волосистой части головы, лице, туловище, складках.

Цель работы. Изучить особенности клинических проявлений СД у больных в зависимости от уровня витамина D в крови.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 62 пациента в возрасте 25-54 лет (36 мужчин и 26 женщин) с длительностью заболевания от одного года до 15 лет, частотой рецидивов от 1 до 3 в год. Отмеченное разнообразие клинических проявлений связано с локализацией высыпаний, распространенностью кожного процесса, характером эфлоресценций. Легкая форма СД диагностирована у 22, среднетяжелая – у 31, тяжелая – у 9 пациентов. В зависимости от уровня витамина выделено 2 группы: в первую вошло 38 пациентов с нормальным уровнем, во вторую – 24 больных с дефицитом витамина D.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у больных СД и дефицитом витамина D клиническая картина отличалась необычной стойкостью кожного процесса: длительно существующая перхоть, прогрессирующее течение с одновременным поражением кожи головы, лица, туловища, области грудины, сопровождающимся зудом. В этой группе преобладали пациенты со среднетяжелой и тяжелой формой СД, даже в летнее время положительная динамика незначительная, ремиссии продолжались не более одного месяца.

Выводы. Выявленные клинические особенности СД у больных с дефицитом витамина D требуют более детального изучения и дальнейших наблюдений.

ДЕРМАТОЗЫ КАК РЕЗУЛЬТАТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

Л.В.Рощенюк, А.С.Владыка, В.М.Воронцов, Р.Е.Хома

*КЗОЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер №1», г.Харьков
Одесский национальный медицинский университет
Одесский национальный университет имени И.И. Мечникова
ФХИЗОСИЧ МОН и НАН Украины, г.Одесса*

Актуальность. Дерматозы вследствие токсического воздействия на организм химического загрязнения внешней среды являются проявлением нарушения биоэтики. Это результат увеличения во внешней среде концентрации сверх нормы тех или иных химических компонентов или проникновение в среду чуждых веществ-токсикантов. Именно этот вид загрязнения наиболее опасный для природных экосистем и качества здоровья и даже жизни человека.

Материалы и методы. Авторы наблюдали больных с различной степенью поражения кожи под действием токсических веществ загрязняющих внешнюю среду в Областном клиническом кожно-венерологическом диспансере №1 г.Харькова (6 человек) и в отделении реанимации и интенсивной терапии ГКБ №11 г.Одессы (5 человек). В данную группу входит целый ряд кожных заболеваний, которые включают такие наиболее распространенные, как эпидермиты, контактные дерматиты, масляные фолликулиты, токсические меланодермии, профессиональные язвы, профессиональные бородавки, профессиональную экзему.

Результаты и обсуждение. В процессе трудовой деятельности, при неблагоприятных производственных условиях и нарушении технологического процесса химические вещества могут оказывать вредное действие на работоспособность и здоровье работающих, вызывая профессиональные отравления. В условиях производства кожные покровы могут загрязняться химическими веществами различной консистенции. В связи со сложным строением (эпидермис, дерма, подкожная жировая клетчатка, большое число волосяных фолликулов и выводных протоков сальных желез) кожа представляет собой многоступенчатый защитный барьер на пути проникновения химических веществ в организм. Но в то же время строение кожи дает возможность быстрого проникновения через эпидермис (липопротеиновый барьер) жирорастворимым соединениям, то есть неэлектролитам, в то время как высокопористая дерма позволяет проникать в организм как жиро-, так и водорастворимым веществам. Поэтому дальнейшее проникновение веществ в кровь зависит как от степени липоидорастворимости, так и от растворимости вещества в воде. Этими свойствами в полной мере обладают углеводороды ароматического и жирного рядов, их производные, фосфорорганические, металлоорганические соединения и др. Сочетание высокой токсичности веществ с хорошей водо- и жирорастворимостью способствует значительному возрастанию опасности отравления при поступлении через кожу.

Выводы. Проведенными исследованиями была показана возможность солей некоторых металлов (медь, свинец, висмут, мышьяк, ртуть, таллий и др.) проникать через эпидермис, по-

сле того как они, соединившись с секретом сальных желез или жирными кислотами внутри рогового слоя, становятся жирорастворимыми соединениями. Цинк и кадмий, проникают через кожу, образуя белковые комплексы. Приведен перечень химических токсикантов – нейтронные газы (NO₂, NO₃), фенол и тяжелые металлы. Излагается клиника и профилактика отравлений, поражений кожи, меры предосторожности и первой помощи.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОПАТИИ

Е.И.Сариан

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Актуальность. В настоящее время не подлежит сомнению факт, что псориаз ногтевых пластинок (НП) может быть не только первым проявлением, но и на протяжении многих лет оставаться единственным клиническим признаком заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением было 38 пациентов с псориазом, из них 20 мужчин и 18 женщин в возрасте 22-56 лет с длительностью заболевания от 3 до 25 лет. Ограниченная форма псориаза диагностирована у 8 пациентов (21,1%), распространенная – у 30 (78,9%), прогрессирующая стадия заболевания – у 24 (63,1%), стационарная – у 14 (36,9%) больных.

Результаты и обсуждение. Псориазная онихопатия (изменение поверхности, цвета, конфигурации, толщины, плотности НП) выявлена у 28 больных (73,7%). В качестве критерия объективной оценки тяжести процесса использован индекс псориазной онихопатии (ИПО), основанный на определении количества кистей и стоп с измененными НП, а также степени глубины отклонений, выраженный в баллах от 0 (не поражены ногти) до 6 (поражены НП, ложе на обеих конечностях). Установлены высокие значения ИПО (от 4 до 6) у 73,3% больных с распространенной формой псориаза, длительностью процесса от 10 до 22 лет, низкие значения ИПО (от 1,25 до 2,5) – у 33,3% пациентов с ограниченным псориазом, болеющих от 2 до 5 лет. Выявлена зависимость не только между поражением НП и ИПО (чем выше показатель ИПО, тем тяжелее поражения НП), но и тяжестью псориаза и ИПО (наиболее высокий ИПО у больных распространенным процессом и длительностью более 10 лет).

Выводы. Определение ИПО является перспективным для систематизации псориазной онихопатии по степени тяжести и прогнозирования течения псориазного процесса.

СТАНДАРТИЗОВАНИ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОНОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ, ЗАСНОВАНІ НА СПОСТЕРЕЖЕННІ ЗА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ NEISSERIA GONORRHOEAE

А.А.Франкенберг, Г.О.Безкоровайна, І.Б.Бойко

*Дніпровський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер
Тернопільський обласний клінічний шкірно – венерологічний диспансер*

Мета роботи. Узагальнення європейського досвіду та напрацювання доказової бази для створення національного «Уніфікованого протоколу медичної допомоги хворим на гонококову інфекцію». На підставі опрацювання даних зарубіжних, вітчизняних та власних досліджень, сформувані обґрунтовані методичні підходи до діагностики та лікування хворих на гонококову інфекцію.

Матеріали та методи. При виконанні дослідження використовувались бібліографічні, статистичні, мікроскопічні та бактеріологічні (культуральні) методики. Матеріалом досліджень

були особи репродуктивного віку з гонококовою інфекцією, нативні фарбовані препарати урогенітальних виділень, посіви виділень на поживні середовища, зразки антибіотиків. Для виконання поставлених завдань проведено мікроскопічні, мікробіологічні дослідження та вивчення чутливості до антибіотиків українських штамів гонококів. В дослідженні були задіяні бактеріологічні лабораторії Тернопільського та Дніпровського облшкірвендиспансерів (головні лікарі доцент Хара О.І. та доцент Франкенберг А.А). Мікроскопія мазків, фарбованих метиленовим синім, проводилась в кабінеті лікаря-венеролога, по Граму – в відповідній лабораторії диспансеру. Верифікація збудника проводилась лікарем-бактеріологом за місцем забору матеріалу. В подальшому проводилось депонування культур у низькотемпературному холодильнику з послідуною доставкою у Європейську референс-лабораторію патогенних нейсерій (Швеція, керівник проф. Магнус Унемо) за підтримки Східноєвропейської спілки сексуального та репродуктивного здоров'я та прав (керівник проф., Маріус Домейка, Швеція). Всього у дослідженні на першому етапі було задіяно 67 хворих з Тернопільської та Дніпровської областей.

Результати та обговорення. Для вивчення можливостей виділення гонореї на I рівні надання медичної допомоги проведено 40 мікроскопій урогенітальних мазків безпосередньо лікарем-венерологом, котрий проводив амбулаторний прийом. У 38 випадках були виявлені гонококи. При фарбуванні по Граму в клініко-діагностичній лабораторії гонорея була підтверджена у всіх цих випадках. У культурах, виділених в Дніпровській та Тернопільській областях, Європейська референс – лабораторія патогенних нейсерій у всіх 67 випадках підтвердила наявність гонококів. Встановлено, що штами гонококів, отримані у центральній та західній Україні, чутливі до цефіксиму, цефтріаксону, цефотаксиму та спектиноміцину. Високий рівень антибіотикорезистентності виділених штамів гонококів зареєстрований у 6,5% випадках до тетрацикліну та в 10% випадках - до ципрофлоксацину. Проміжну чутливість гонококів до антибіотиків було встановлено у 26,5% до пеніциліну G, у 9% - до азитроміцину та у 4,9% - до тетрацикліну.

Висновки. Культуральна діагностика гонореї залишається пріоритетною при запровадженні систематичного спостереження за антибіотикорезистентністю. Препарати цефтріаксон, цефіксим та цефотаксим є базовими для лікування гонореї в умовах медичних закладів України. Препарат спектиноміцин є альтернативним (резервним) антибіотиком. Узагальнення всіх даних, отриманих в ході досліджень, дозволило сформулювати «Уніфікований протокол медичної допомоги хворим на гонококову інфекцію» і подати його на розгляд МОЗ України.

ДОСВІД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПЛОСКИХ БОРОДАВОК У ПІДЛІТКІВ

І.О.Чаплик-Чижо, І.Я.Возняк, М.О.Дашко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. У даний час зросла кількість пацієнтів з вірусними дерматозами серед підлітків. Одним з таких захворювань є плоскі бородавки, які значно знижують якість життя підлітка та ведуть до виникнення комплексів, зниження соціальної адаптації. При цьому нерідко зустрічається аутоінокуляція (самозараження). Так виникнення бородавок в навколонігтьовій ділянці пов'язані зі звичкою гризти нігті або покусувати пальці, а поява плоских бородавок на обличчі – з голінням і іншими косметичними процедурами. Слід зазначити, що підлітки, які активно відвідують басейни, спортзали, лазні та сауни найбільш схильні до зараження.

Мета роботи. Удосконалити схеми лікування плоских бородавок у підлітків, попередити виникнення рецидивів.

Матеріали та методи. Нами впродовж року було обстежено та проліковано 18 підлітків з рецидивом плоских бородавок з локалізацією на обличчі та кистях. При дерматоскопії спо-

стерігали червоні глобули (симптом піску), оточені білим вінчиком (тромбовані капіляри). План лікування включав кріодеструкцію (2 рази на тиждень), протейфлазид по схемі (12-15 крапель 2 рази на добу протягом 3 місяців та аплікації препарату зовні на місця ураження 2 рази на день, окрім доби, коли проводилась кріодеструкція), вітамінотерапію – біон-3 (1 таблетка в день протягом 1 місяця). Усі пацієнти знаходились на диспансерному нагляді у лікаря протягом 2 років.

Результати та обговорення. Після проведеного курсу терапії спостерігалось клінічне одужання в усіх пацієнтів. Дерматоскопічно після 1,5 місяця спостерігання у вогнищах відзначалася незначна гіпопигментація. Протягом 6-8 місяців у 3 (17%) хворих відмічали рецидив. З метою визначення причини рецидиву (аутоінокуляція чи пониження функціональної здатності імунної відповіді організму) ми скеровували пацієнтів на дообстеження та призначення відповідної коригуючої терапії до імунолога.

Висновки. Підхід до лікування плоских бородавок у підлітків повинен бути комплексним із включенням противірусної, вітамінотерапії та комбінованого місцевого лікування, що значно знижує ймовірність рецидивів. При значних площах ураження та рецидивах після призначеної терапії слід скеровувати пацієнтів на консультацію до суміжних спеціалістів (імунолога).

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БАЗАЛИОМ КОЖИ

А.М.Яремчук, Е.С.Пицентий

Донецкий национальный медицинский университет (г.Лиман, Украина)

Актуальность. Среди всех онкологических заболеваний злокачественные опухоли кожи занимают 3-е место. Наиболее часто встречается базалиома кожи (30-70% случаев), характерной особенностью которой является местный деструктивный рост при отсутствии лимфогенных и гематогенных метастазов. Одним из залогов успешного лечения является качественная и правильная лучевая терапия опухоли. При воздействии излучения возможны различные негативные последствия, но их количество и степень проявления различны.

Цель работы. Анализ результатов лучевого лечения базалиом кожи.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 32 пациентов, которые находились на лечении в клинике онкологии и радиологии Донецкого национального медицинского университета.

Результаты и обсуждение. Во время исследования было выявлено, что время возникновения осложнений при лучевой терапии базалиом кожи может быть разным: сразу после лечения, спустя несколько дней или недель после облучения пораженного участка. У исследуемой группы больных встречались следующие локализации опухоли: кожа носа – 17(53,1%) пациентов, кожа ушной раковины – 9(28,1%) пациентов, кожа спины – 4(12,5%) пациентов, кожа лба – 2(6,25%) пациентов. У всех пациентов при лечении были выявлены следующие осложнения: локальная болезненность – 7(21,9%) пациентов, лучевой дерматит – 21(65,6%), контактная кровоточивость – 2(6,25%), нарушение пигментации – 2(6,25%). Для профилактики осложнений применяли местное мазевое противовоспалительное лечение (метилуроциловая мазь, мазь календулы), для улучшения регенерации тканей использовали мази Солкосерил и Актовегин. Для предотвращения пигментации рекомендовали витамин Р (по 100 мг ежедневно), аскорбиновую кислоту. Больные находились на диспансерном учете около 2 лет. За этот период рецидив заболевания был выявлен у 1 (3,1 %) пациента.

Выводы. Прогноз при адекватном и своевременном лечении базалиом кожи в целом благоприятный. Эффективность применения лучевой терапии составила 96,9 %. Наиболее распространенным осложнением (65,6%) при данной патологии был лучевой дерматит.