

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю
**«Інфекції шкіри, хронічні дерматози та інфекції,
 що передаються статевим шляхом,
 в період особливої епідеміологічної ситуації,
 пов'язаної з COVID-19»**,
 17-18 листопада 2022 р., м. Харків

Проблема лікування поєднаних акне та інфекцій сечостатевої системи, викликаних хламідіями і мікоплазмами

Алаторських А.Є., Федорич П.В.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Вступ. Антибактеріальні засоби для системного застосування є стандартом медичної допомоги у лікуванні акне середнього ступеня важкості та важких, а також у лікуванні стійких форм акне. У той же час антибіотики є основними засобами при лікуванні інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Мета роботи. Обґрунтувати, розробити та застосувати в клінічній практиці спосіб лікування поєднаних акне та інфекцій сечостатевої системи, спричинених хламідіями та мікоплазмами.

Матеріали та методи. Діагностика акне проводилася клінічно. Виявлення *Chlamydia trachomatis*; *Mycoplasma genitalium*; *Mycoplasma hominis*; *Ureaplasma urealyticum* проводилося за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції. 30 пацієнтів з поєднаними акне та урогенітальним хламідіозом та/або мікоплазмозом отримували послідовну пероральну антибіотикотерапію препаратами джозаміцин (1500 мг на добу) та гатифлоксацин (400 мг на добу) по 10 днів кожен. Одночасно з антибіотикотерапією проводилося супутнє симптоматичне та місцеве лікування.

Результати. Елімінацію збудників урогенітального хламідіозу та/або мікоплазмозу вдалося здійснити у 29 із 30 пацієнтів (93,3%). При цьому повний регрес запальних елементів висипу на шкірі обличчя відзначався у 18 (60%) пролікованих пацієнтів, хворих на акне, у решти 12 (40%) регрес був значним.

При проведенні лікування хворих на акне та інфекцій, що передаються статевим шляхом, за запропонованою нами схемою не відзначався жоден клінічно значущий випадок побічних ефектів, пов'язаних з використанням засобів антибактеріальної терапії. Тобто не було передумови для відміни антибактеріальних препаратів у зазначеній групі пацієнтів, що спостерігались, та/або додаткової медикаментозної корекції через можливий негативний вплив на їх організм.

Висновки. Антибіотикотерапія використовується як при лікуванні акне, так і при лікуванні урогенітального хламідіозу та/або мікоплазмозу. Обґрунтовано, розроблено та успішно застосовано оригінальний метод комплексного лікування поєднаних акне та урогенітального хламідіозу та/або мікоплазмозу. Запропонований метод лікування виявився високоефективним як для елімінації збудників із сечостатевої системи пацієнтів, так і для повного чи значного усунення запальних висипів на шкірі обличчя.

Дослідження виконувалося в рамках дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 14.01.20. – шкірні та венеричні хвороби на тему: «Раціональна терапія поєднаних акне та інфекцій, що передаються статевим шляхом» викладача кафедри військової загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії Алаторських А.Є.

Вивчення змін волосся в пацієнтів після перенесеного COVID-19

Бабак І.Д., Сизон О.О., Дашко М.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Після перенесеного COVID-19 багато хто стикається з довгим списком постковідних симптомів до яких належить і випадіння волосся. Волосся випадає по всій голові, а не тільки на маківці, і це набагато більше, ніж від 50 до 100 волосин, які люди втрачають в нормі щодня. Адже стрес, який переживає організм під час імунного захисту від чужорідних агентів, а в цьому випадку – вірусу, також є тригерним фактором для випадання волосся. Гіповітаміноз, в тому, різні медикаменти під час лікування можуть давати в комплексі деструктивну дію на волоссяний фолікул і як наслідок порушення його роботи. Увагу багатьох дослідників привертає гіпотеза впливу екзогенних і ендогенних чинників на функціональний стан волосся, особливо есенціальних та токсичних МЕ (мікроелементів).

Мета роботи – вивчити структуральні зміни та вміст МЕ у пацієнтів із скаргами на підсилене випадіння волосся які перенесли COVID-19.

Було обстежено 32 пацієнти віком 25–45 років, 9 (28,13%) чоловіків і 23 жінок (71,87%) із скаргами на підсилене випадіння волосся після перенесеної коронавірусної інфекції та 15 практично здорових людей, які склали контрольну групу. Дослідження структури волосся проводилось за допомогою звичайної поздовжньої та поперечної світлооптичної мікроскопії, растрової електронної мікроскопії (РЕМ). Вивчення МЕ волосся проводилось за допомогою кількісного та якісного емісійного спектрального аналізу, який проводився на спектрографі СТЕ-1 та ІСП-51. Крім того, всім пацієнтам було проведено обов'язкове лабораторно інструментальне обстеження та консультації суміжних спеціалістів.

З проблемою підсиленого випадіння волосся через 2 місяці після перенесеної коронавірусної інфекції звернулось 10 (31,25%) пацієнтів, через 3 місяці 11 (34,38%) хворих та 11 (34,38%) через 4 місяці. 23 (71,88%) хворих з випадінням волосся зверталися по медичні рекомендації на стадії прогресування патологічного процесу. Різке випадіння відмічали після миття волосистої частини голови та розчісування волосся, що свідчило про наявність зони розхитаного волосся.

При проведенні РЕМ виявлено декілька варіантів структурних змін будови кореня: а) із залишками кореневих оболонок 15 (46,87%); б) гладкі рівні, атрофічні, без корневих оболонок у 10 (31,25%); в) з корневими оболонками у 7 (21,88%). У структурі стрижня були такі варіанти: нерівні стрижні з виступами та заглибинами, відсутність черепицеподібного малюнка. Встановлено різницю між складом МЕ волосся хворих перехворілих на COVID-19 із підсиленням випадінням волосся та нормою: достовірне ($p < 0,05$), порівняно з показниками контрольної групи, збільшення: алюмінію ($27,7 \pm 9,51$ мкг/г), ванадію ($0,603 \pm 0,16$ мкг/г), марганцю ($2,99 \pm 0,96$ мкг/г), заліза ($9,42 \pm 2,86$ мкг/г), цинку ($63,0 \pm 12,07$ мкг/г), олова ($1,1 \pm 0,45$ мкг/г), барію ($7,25 \pm 2,22$ мкг/г), свинцю ($1,83 \pm 0,66$ мкг/г), що може свідчити про комбіновану токсичну дію і зумовлювати підсилене випадіння волосся.

Підсилене випадіння волосся в пацієнтів перехворілих на COVID-19 асоціюється з значним дисбалансом МЕ. Зміни структурного та спектрального складу волосся вказують на атрофічний характер алопеції. Вказані зміни обґрунтовують доцільність детального обстеження таких хворих з подальшим призначенням відповідної патогенетичної терапії.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735

Шкірні прояви синдрому антифосфоліпідних антитіл

Білинська О. А., Бабак І. Д., Чаплик-Чижо І. О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Існує група інгібіторів згортання, що являють собою антифосфоліпідні антитіла (АФЛА). У пацієнтів з різними антитілами проти фосфоліпідів спостерігаються рецидивуючі тромболітичні ускладнення, ураження головного мозку, патологія вагітності, що і дозволило виділити синдром АФЛА. Дерматологічна маніфестація охоплює ліведо, дистальну шкірну ішемію та обширні некрози шкіри. Як відомо в біоптатах з вогнищ ураження описують зміни характерні для локального внутрішньосудинного згортання крові (ЛВЗ).

Для дерматологів важливим є цілеспрямований пошук АФЛА, зокрема вовчакового антикоагулянта (ВА) при системному червоному вовчаку та вовчакоподібних синдромах нез'ясованої етіології, ліведо-церебральному синдромі, а також при ураженнях, що супроводжуються тромбозом судин шкіри, синдромі Бехчета, злоякісному атрофічному папульозі (хвороби Кельмейєра-Дегоса), вузликівому періартеріїті. У пацієнтів з синдромом АФЛА описані зміни гемостазу і розвиток хронічного дисемінованого згортання крові (ДВЗ). Мета роботи – вивчити зміни гемостазу і розвиток хронічного дисемінованого згортання крові у пацієнтів з синдромом антифосфоліпідних антитіл

В ході дослідження змін систем згортання, протизгортання та фібринолізу у дерматологічних хворих нами обстежено три пацієнти клініко-морфологічні прояви захворювання яких дозволили діагностувати у них тромботичну ангіопатію характерну для синдрому АФЛА. Наводимо опис наших спостережень. У першій пацієнтки С. діагностовано множинні виразково-некротичні зміни шкірних покривів через 12 годин після прийому анальгін. У другій пацієнтки Ч. – множинні болочі вузли на верхніх та нижніх кінцівках, які утримувались 10 років, щільно-еластичної констинценції, спаяні з шкірою, шкіра над ними не змінена за явищами вираженого ліведо в ділянці стегон. У третій пацієнтки Т. були множинні виразки передньої поверхні гомілок, що не піддавались лікуванню.

Дослідження гемостазу у всіх пацієнтів свідчило про наявність синдрому ДВЗ. Аутокоагуляційний тест (АКТ) по гіперкоагуляційному типу час згортання на 2-й хвилині становить (%): контрольна група – $23,48 \pm 2,26$; пацієнтка С. – $44,00$; пацієнтка Ч. – $34,00$; пацієнтка Т. – $59,0$. Спостерігається збільшення рівня загального фібриногену (г/л): контрольна група $3,51 \pm 0,17$, пацієнтка С. – $6,22$, пацієнтка Ч. – $6,73$, пацієнтка Т. – $7,12$; ретракції кров'яного згустку (%): контрольна група $67,52 \pm 1,37$; пацієнтка С. – $100,01$, пацієнтка Ч. – $105,72$ пацієнтка Т. – $95,31$. Відзначали скорочення спонтанного фібринолізу (%): контрольна група $16,31 \pm 0,72$; пацієнтка С. – $9,25$, пацієнтка Ч. – $10,83$, пацієнтка Т. – $7,33$; активованого часу рекальцифікації (с): контрольна група $64,05 \pm 1,02$, пацієнтка С. – $34,00$, пацієнтка Ч. – $25,00$, пацієнтка Т. – $60,00$; тромбінового часу(с): контрольна група $16,30 \pm 0,20$; пацієнтка С. – $14,00$, пацієнтка Ч. – $11,00$, пацієнтка Т. – $9,00$. Було подовження лізису еуглобулінів (хв.): контрольна група – $316,1 \pm 11,7$; пацієнтка С. – $580,0$, пацієнтка Ч. – $520,0$, пацієнтка Т. – $520,0$; часу згортання крові по Лі-Уайту: контрольна група – $559,1 \pm 11,6$; пацієнтка С. – 600 , пацієнтка Ч. – 600 , пацієнтка Т. – 720 ; антитромбіну III (%): контрольна група – $100,0 \pm 0,10$, пацієнтка С. – $46,68$, пацієнтка Ч. – $57,52$, пацієнтка Т. – $61,04$. Збільшення продуктів деградації фібриногену (мкг/мл): контрольна група – $2,10 \pm 0,09$, пацієнтка С. – $128,0$, пацієнтка Ч. – $256,0$, пацієнтка Т. – 64 .

Результати біопсії шкіри пацієнтки С.: під незмінним епідермісом в венулах та мілких венах сітчатого шару дерми та підшкірно-жирової клітковини множинні фібринові тромби, що обтурують просвіт; стінки судин не змінені; має місце слабо виражена периваскулярна, лімфогістіоцитарна інфільтрація. Пацієнтка Ч.: цілісність епідермісу не порушена; в товщі дерми та підшкірно-жировій клітковині видно конгломерати розширених судин капілярного типу, обтуровані фібриновими тромбами, судинні стінки тонкі, ендотеліальні клітини набухлі; на окремих ділянках спостерігається проліферація ендотелію. Пацієнтка Т.: в ділянці виразкового дефекту грануляційна тканина з незначною лімфоцитарною інфільтрацією; в підлежачих ділянках деякі судини дерми з ознаками фібриноїдного набухання, в просвіті судин фібринові та фібрино-тромбоцитарні тромби.

При морфологічному дослідженні особливістю випадків є наявність розповсюдженої тромботичної оклюзії мікроциркуляторного русла на тлі хронічного ДВЗ. Розвиток некрозу та виразкових дефектів шкіри (спостереження у пацієнтів С. і Т.) чи виникнення ліведо та вузликівих ущільнень (у пацієнта Ч.) можливо є варіантом тромботичної ангіопатії.

Отже, шкіра – важливий індикатор вираженості та гостроти перебігу ДВЗ крові. Поєднання морфологічних змін з клініко-лабораторними дослідженнями дозволить розкрити його патогенез та буде базисом для діагностики внутрішньої патології.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735

Трансформація хронічної виразкової піддермії в базаліому

Бондар С.А., Гармаш Л.Л., Мельник Т.В., Пічкур О.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

Вступ В міжнародній класифікації пухлин шкіри ВООЗ ця пухлина визначена терміном «базально-клітинний рак». Базаліома є найбільш розповсюдженим епітеліальним новоутворенням шкіри і складає, за даними різних авторів, 45–90% всіх злоякісних епітеліальних пухлин шкіри.

Мета роботи В доступній літературі ми не знайшли повідомлення про трансформацію хронічної виразкової піддермії в базально-клітинний рак шкіри.

Матеріали і методи Сприяють виникненню базаліоми тривала інсоляція, пізній рентгенівський дерматит, пігментна ксеродерма, трофічні виразки, норія тощо. В патогенезі базаліоми провідну роль відіграють імунні порушення.

Результати роботи До нас на консультацію звернувся пацієнт М. 74р. зі скаргами на ураження шкіри в пахвинній області. При огляді в правій пахвинній області виявлено виразки величиною 8×4см. з чіткими межами і фестончатими обрисами з підритими краями, яскраво-червоним дном, покритим грануляціями. На деяких ділянках дна розташовані сірувато-жовті кірки, які легко знімаються. При здавлюванні виразки із-під її країв і грануляцій виділяються крапельки жовтого кольору гною. Виставлений діагноз: хронічна виразкова піодермія та призначено комплексне лікування. Хворий на протязі 4-х років лікувався з перемінним успіхом під час рецидивів хронічного піодермічного процесу. Через 4.5 роки пацієнт знову звернувся до нас на консультацію. При огляді було виявлено вогнище ураження, яке відмежується від здорової шкіри ниткоподібним валиком, який сформований з мільких напівпрозорих блискучих папул, телеангіоектазій.

В центрі вогнища ерозована поверхня вкрита кірочкою, в деяких місцях відмічається виразкування. Дно виразок гладеньке, по периферії в наявності валик хрящеподібної щільності. Було проведено патогістологічне дослідження та встановлений діагноз: Базально-клітинний рак шкіри. Пацієнт був направлений на лікування до онкодиспансеру.

Висновки: В еру генетичних, імунологічних та молекулярно-біологічних досліджень самим важливим інструментом в дерматології залишається око дерматолога, що призводить до морфологічних знахідок та оригінальних ідей в дерматології.

Хочер Державної реєстрації науково-дослідної розробки, результати якої оприлюднюються, 0119U000712.

Оптимізація комплексного лікування червоного плескатоного лишаю із застосуванням засобу антиоксидантної дії

Бродовська Н.Б., Денисенко О.І.,

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Червоний плескатиий лишай (ЧПЛ) – поширений хронічний дерматоз із групи ліхенів, який характеризується інтенсивним свербіжем, поширеним ураженням шкіри із залученням слизових оболонок і схильністю до тривалого та рецидивуючого перебігу, часто торпідного до лікування. Все це призводить до зниження працездатності та соціальної активності пацієнтів, що обґрунтовує актуальність удосконалення схем лікування цього дерматозу. Механізми розвитку ЧПЛ донині залишаються остаточно не з'ясованими. Дерматоз розглядають як мультифакторне захворювання шкіри, яке виникає внаслідок комплексного впливу екзогенних та ендогенних чинників, серед яких вагоме значення відводять змінам прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу.

Метою роботи було підвищити ефективність лікування хворих на червоний плескатиий лишай шляхом застосування в їх комплексній терапії антиоксидантного засобу з урахуванням динаміки окремих показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу.

Матеріал і методи. Спостерігали 83 хворих на ЧПЛ (56 жінок та 27 чоловіків) віком від 19 до 76 років із тривалістю дерматозу від одного місяця до трьох років. Групу контролю склали 35 практично здорових осіб (донорів) подібного віку і статі. У хворих на ЧПЛ визначали показники прооксидантної системи крові: вміст малонового альдегіду (МА) в еритроцитах і плазмі крові та у сироватці крові – фракцій продуктів окиснювальної модифікації білків (ОМБ) за рівнем альдегідо- й кетонпохідних нейтрального (ОМБ E₃₇₀) та основного (ОМБ E₄₃₀) характеру, а також показники антиоксидантної системи крові: вміст у сироватці крові церулоплазміну (ЦП) і відновленого глутатіону (ВГ) – у гемолізаті крові, а також вміст у сироватці крові молекул середньої маси (МСМ) – маркера ендогенної інтоксикації згідно із відомими методиками.

Результати роботи. До початку лікування у хворих на ЧПЛ встановлено вірогідне ($p < 0,05$) збільшення вмісту МА в еритроцитах (в 1,79 раза) і плазмі (на 39,9%), у сироватці крові – ОМБ E₃₇₀ (на 52,9%) і ОМБ E₄₃₀ (на 43%) та МСМ (на 28,6%) на тлі зменшення в еритроцитах ВГ (на 26,4%) та в сироватці крові – ЦП (на 17,6%) порівняно з показниками практично здорових осіб, що свідчить про активацію процесів вільнорадикального окиснення ліпідних і білкових молекул із формуванням стану оксидативного стресу та ендогенної інтоксикації на тлі зниження активності чинників антиоксидантного захисту, при цьому більш істотні зміни досліджуваних показників визначено у пацієнтів із поширеним ураженням шкіри та тривалістю дерматозу більше півроку, що свідчить про значення стану прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу у розвитку й перебігу червоного плескатоного лишаю. У процесі лікування хворі на ЧПЛ були розподілені на дві співставні за віком і статтю групи: порівняльну (42 хворих), які отримали стандартну терапію дерматозу, та основну (41 пацієнт), яким на тлі базової терапії додатково призначали препарат кверцетину із групи біофлавоноїдів, який окрім мембраностабілізуючої й протизапальної дії виявляє також антиоксидантні властивості. У процесі лікування у хворих на ЧПЛ основної групи відзначено скорочення (у середньому в 1,34 раза) термінів припинення свербіжу та регресу гостро-запальних проявів елементів висипки порівняно з хворими групи порівняння, а також достовірне ($p < 0,05$) зменшення МА в еритроцитах і плазмі порівняно з їх початковим рівнем, а також більш істотне зменшення цих показників після лікування у пацієнтів основної групи стосовно їх значень в осіб порівняльної групи (відповідно: менше на 14,1% та 14,5%, $p < 0,001$), а також ОМБ E₃₇₀ та ОМБ E₄₃₀ (відповідно: на 13,8% і 13,5%) та МСМ (на 12,1%) за зростання рівня ВГ (та 11,6%), у той час як у хворих на ЧПЛ із групи порівняння встановлено лише тенденцію до нормалізації досліджуваних показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу.

Висновок. Застосування у комплексній терапії червоного плескатоного лишаю препарату із вмістом біофлавоноїду кверцетину з антиоксидантною дією покращує клінічні результати лікування дерматозу та сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу таких пацієнтів.

Сучасні можливості лікування акне – компроміс між дерматологією та косметологією

Возняк І.Я., Сизон О.О., Дашко М.О., Іванюшко-Назарко Н. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Серед хронічних запальних дерматозів неінфекційного генезу акне має виняткове місце, адже є одним із найрозповсюдженіших захворювань шкіри в осіб молодого віку, що трапляється у 85% юнаків і дівчат віком від 12 до 20 років, складає у структурі дерматологічних хворих близько 20–30% і є однією із найчастіших причин звернення пацієнтів до дерматолога. Захворювання характеризується прогресивним перебігом, формуванням психоемоційних розладів (переважно депресивного характеру) приблизно

в половини пацієнтів (як результат персистенції захворювання впродовж років у зв'язку з неефективною противугревою терапією), а також різко знижує якість життя хворих, включаючи фізичну, емоційну та соціальну складові, тому ї повинно розглядатися не лише як косметична проблема, а й медико-соціальна. Терапевтична тактика ведення пацієнтів із акне повинна починатися із навчання пацієнтів (основи догляду за проблемною шкірою, дієтчні рекомендації, інструктаж про ранкові та вечірні лікувальні програми, інформування про можливі реакції на призначену терапію, про тактику дій у даних ситуаціях).

Сьогодні в арсеналі дерматолога містяться численні фармакологічні засоби із високою ефективністю, та все ж досягнення бажаних результатів в терапії акне – проблема не з найлегших.

Мета роботи – вивчити сучасні можливості медикаментозної та косметологічної корекції проявів акне на основі аналізу закордонних та вітчизняних джерел.

Було проведено аналіз закордонних та вітчизняних наукових публікацій, протоколів та рекомендацій з лікування дерматозу.

Безперечним лідером в лікуванні акне, беручи до уваги частоту призначень, ефективність, діючі речовини в якості моно- та комбінованих форм, відсутність системного впливу, являються топічні середники. Серед них частіше за інші призначаються бензоїл пероксид (БПО), антибіотики (кліндаміцин) та ретиноїди. Дослідження показали вищу ефективність комбінованих фіксованих форм у порівнянні із використанням їх компонентів окремо. Так використання протягом 16 тижнів комбінації кліндаміцину фосфату 1% із бензоїл пероксидом 5% у формі гелю показали вищу ефективність та нижчу частоту розвитку антибіотико резистентності у порівнянні із 1% кліндаміцином в якості монотерапії. В свою чергу, комбінація ретиноїду та БПО (адапален 0,1% та БПО 2,5%) показали кращу переносимість та меншу вираженість побічних місцевих дій ретиноїду, а також ефективне зменшення запальних та незапальних елементів висипу у порівнянні із застосуванням даних складників окремо. Комбінація стабілізованого та солюбілізованого 0,025% третіоніну та 1,2% кліндаміцину фосфату у формі гелю показала статистично достовірну перевагу над використанням даних компонентів окремо. Зменшення загальної кількості елементів висипу зафіксовано у 55% пацієнтів, які використовувала дану комбінацію, в той час як при використанні кліндаміцину – у 49%, третіоніну – 50%. Відмічається вираженіша редукція кількості незапальних елементів (при використанні комбінованого препарату на 51%, кліндаміцину – на 42,9%). Важливим кроком у оптимізації терапії акне також стала поява нових середників, серед яких, сарециклін, що був створений прицільно для дерматологічних потреб та являє собою антибіотик тетрациклінової групи, дослідження з його застосування у лікуванні акне показали високу ефективність, добру переносимість, застосовується раз на день для лікування акне у дорослих та дітей віком від 9 років. Заслугує на увагу перше за останні 20 років одобрена FDA нова молекула ретиноїду – трифаротен. Унікальність молекули полягає на виключний вплив на RAR- γ , широко розповсюджені у шкірі, експресія яких у інших органах (легені, селезінка, простата, серце, нирки та інш.) не виявлена, що дозволяє безпечно застосовувати даний ретиноїд на великих площах шкіри (спина, груди)

В результаті нашої роботи було виокремлено найбільш ефективні медичні засоби для терапії акне, особливості їх застосування при різних формах та ступенях важкості, можливі побічні дії та фактори, що можуть їх провокувати, а також шляхи мінімізації їх виникнення без зниження ефективності. За результатами проаналізованих джерел та на основі власного досвіду авторами запропоновані комбінації медикаментозних та косметологічних методів лікування акне.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735

Сифіліс у вагітних на сучасному етапі

Волкославська В. М., Бондаренко Г. М., Унучко С.В., Губенко Т.В., Намли І. Є.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

В останні роки на тлі домінування статевого шляху передачі ВІЛ інфекції в Україні зростає кількість жінок із групи підвищеного ризику (ГПР): жінки сексбізнесу, споживачі ін'єкційних наркотиків, ті, що зловживають алкоголем, жінки без певних занять та місця проживання, та ті, що народили немовлят із вродженим сифілісом. Наявність у ВІЛ-інфікованої матері сифілітичної інфекції значно збільшує ризик інфікування плоду двома інфекціями. Серед хворих на сифіліс жінок в Україні більшість становлять жінки з латентним, пізнім та неуточненим сифілісом. Своєчасно невиявлена на ранніх строках вагітності інфекція може привести до розвитку вродженого сифілісу. Вагітність у хворих на сифіліс протікає з патологією у 75,6% обстежених жінок. Таким чином, наріла необхідність у проведенні досліджень, спрямованих на вивчення даних по сифілісу в сучасних умовах та розробити систему заходів по запобіганню розповсюдження сифілісу серед вагітних.

Метою роботи було вивчити останні тенденції захворюваності та особливості клінічних проявів сифілісу на сучасному етапі у вагітних.

Методи дослідження – соціологічні, епідеміологічні, клінічні, серологічні, молекулярно-біологічні, імунологічні, статистичні.

Отримані результати досліджень 103 вагітних, хворих на сифілітичну інфекцію, з різних регіонів України показали, що за клінічними проявами превалюють форми пізнього та скритого сифілісу – у 95% хворих. 56% хворим, був встановлений діагноз сифілісу в пізні строки вагітності, що значно ускладнює проведення адекватної специфічної терапії вагітних. Вагітні були виявлені переважно в дерматовенерологічних закладах – в 53% випадках. Не працювали 71% пацієнтів. Вища освіта була у 9 (9%) хворих, середня у 94 (91%). Відсутність постійної роботи 71%. Більше половини хворих, не перебували в шлюбі – 52% пацієнтів. Результати проведених серологічних досліджень на сифіліс серед жінок на різних строках вагітності показали, що метод швидких плазмових реактивів показав перевагу перед реакцією мікропреципітації, як відбірковий. Трепонемні тести мають більш високу чутливість і специфічність, але технічно складні в використанні, вимагають наявності дорогих тест систем та устаткування. Постановка методу імунохроматографії, що є «швидким» скринінговим тестом, вигідно відрізняється своєю економічністю, доступністю та простотою виконання, та не потребує високої кваліфікації персоналу. Всім вагітним, хворим на сифіліс була проведена пеніцилінотерапія згідно інструкцій МОЗ.

На основі отриманих результатів досліджень можливо зробити висновки, що в більшості вагітних сифіліс діагностується у пізніх строках вагітності, що ускладнює проведення повноцінного лікування пацієнток. Необхідно проводити своєчасно дослідження вагітних на сифіліс з залученням методу швидких плазмових реактивів, трепонемних тестів при первинному обстеженні вагітних за місцем звернення в рамках надання первинної та екстреної медико-санітарної допомоги; в період перебування вагітних в медичному закладі; за епідеміологічними показниками; в умовах, які обмежують використання інших регламентованих серологічних методів дослідження на сифіліс. Для жінок з соціально-уразливих груп рекомендувати швидкий тест на місці. Основним методом лікування залишається пеніцилінотерапія.

Робота виконувалася у форматі НДР «Розробити систему заходів по запобіганню розповсюдження сифілісу серед соціально значущих груп населення України» (№ держреєстрації 0118U00694719).

Вивчення показників реактивної та особистісної тривожності в жінок з різним клінічним перебігом акне

Дашко М.О., Сизон О.О., Чаплик-Чижо І.О., Вольбин С.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

На сучасному етапі акне відносять до групи дерматозів, які викликають соматопсихічний резонанс внаслідок реального або передбачуваного естетичного дискомфорту. Дані літератури свідчать, що рубцеві зміни шкіри внаслідок акне формуються у 25% пацієнтів. При цьому дана проблема в разі психологічної фіксації на своєму захворюванні є психотравмуючим фактором. Виявлено негативний вплив акне на самооцінку і самосприйняття хворих, оцінку стану власного здоров'я, міжособистісні взаємодії дії і соціальні функції. Відповідно, всі негативні впливи акне вказують на необхідність своєчасної та адекватної терапії. У літературних джерелах є поодинокі повідомлення щодо можливої ролі тривоги, стресу, нейроендокринної патології та розвитку метаболічного синдрому у патогенезі акне, але наведені дані часто суперечливі та недостатньо аргументовані, що й визначає актуальність подальших досліджень з метою оптимізації лікування дерматозу.

Мета роботи – вивчити показники активної та особистісної тривожності у жінок з різним клінічним перебігом акне.

Під спостереженням перебували 122 жінок хворих на акне віком від 18 до 35 років. Усім пацієнтам було проведено лабораторні дослідження для визначення рівня кортизолу в сироватці крові, індексу резистентності до інсуліну та проведено тест Спілбергера-Ханіна.

При аналізі клінічних проявів акне було визначено: I ступінь тяжкості – у 41 хворих (33,61%); II ступінь – у 46 хворих (37,70%); III ступінь – у 25 хворих (20,49%); IV ступінь – у 10 хворих (8,20%). Всі обстежені пацієнти було поділено на дві групи: першу групу становили жінки з I та II ступенем важкості акне, а другу – пацієнтки з III–IV ступенями важкості акне.

Оцінку реактивної та особистісної тривожності визначали з допомогою опитувальника Спілбергера-Ханіна. Особистісна тривожність розглядається як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів. Реактивна тривожність – це стан особистості, який характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії за конкретною стресовою ситуацією. Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості.

При визначенні рівня реактивної та особистісної тривожності нами виявлено високі показники рівня тривожності (більше 45 балів) по таблиці інтерпретації результатів тесту Спілбергера-Ханіна у всіх обстежених жінок з акне. При чому, відзначалися вищі показники особистісної тривожності в жінок з акне, незалежно від клінічного перебігу захворювання, порівняно з показниками реактивної тривожності. У жінок з I–II ступенем важкості акне показник особистісної тривожності був на 15,17% вищий ($p > 0,05$), порівняно з показником реактивної тривожності, а в жінок з III–IV ступенем важкості захворювання – на 13,67% ($p > 0,05$). Однак, відмічались значні відмінності ($p < 0,05$) обох показників тривожності у жінок з різним клінічним перебігом захворювання а саме: в жінок з легким та середнім ступенем важкості показник особистісної тривожності був на 36,38% вищий, а показник реактивної тривожності – на 38,17% вищий порівняно з групою жінок, які хворіли важким та вкрай важким ступенем акне.

При визначенні рівня реактивної та особистісної тривожності виявлено високі показники рівня тривожності, особливо особистісної, у всіх обстежених жінок з акне. Показники особистісної і реактивної тривожності були значно вищими в жінок з важким і вкрай важким перебігом акне, що обґрунтовує необхідність пошуку нових диференційованих комплексних методів лікування пацієнтів з акне враховуючи вплив хронічного стресу та тривожності на перебіг захворювання.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735

Ефективність застосування топічного антисептичного засобу для профілактики рецидивів різнокольорового пітиріазу

Денисенко О.І.,

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Пітиріаз (або лишай) різнокольоровий (висівкоподібний) – поширене грибкове захворювання шкіри із групи маласезіозів, збудниками якого є дріжджоподібні ліпофільні грибки із роду *Malassezia*. Як свідчать клінічні спостереження, в останні роки збільшується кількість пацієнтів, в яких виникають рецидиви різнокольорового пітиріазу, що обґрунтовує актуальність оптимізації протирецидивної терапії таких пацієнтів. Особливо це актуально у період військового часу, коли відбувається масова міграція і скучення населення, часто – за відсутності достатніх умов для гігієнічного догляду за шкірою, що підвищує ризик зараження чи виникнення рецидивів різнокольорового пітиріазу.

Мета роботи – оцінити клінічну ефективність застосування топічного антисептичного засобу із вмістом мірамістину для попередження рецидивів різнокольорового пітиріазу.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебували 35 пацієнтів (21 чоловік, 14 жінок) віком від 19 до 38 років, які отримали курс лікування з приводу різнокольорового пітиріазу. Згідно даних анамнезу, у більшості – у 27 з 35 пацієнтів у минулому відзначалися рецидиви дерматозу після проведеного лікування. У процесі спостереження, яке тривало впродовж року, пацієнти були розподілені на дві групи: I (основна) група – 18 осіб, яким після прийому водних процедур під час відпочинку на морі, річці чи відвідування басейну – можливих осередків зараження збудниками різнокольорового пітиріазу, в якості профілактичного засобу рекомендували застосовувати топічний антисептичний засіб у вигляді розчину із 0,01% вмістом мірамістину, який володіє широким спектром антибактеріальної й фунгіцидної дії, у тому числі й по відношенню до грибків роду *Malassezia*; II (порівняльну) групу склали 17 осіб, які після лікування з приводу різнокольорового пітиріазу не застосовували топічні антисептичні чи фунгіцидні засоби. Для оцінки результатів дослідження використовували непараметричний дисперсійний аналіз Фрідмана з визначенням χ^2 -квадрату (χ^2), залежність між показниками вважали вірогідною, якщо значення χ^2 перевищувало критичне.

Результати роботи. Згідно із клінічними спостереженнями впродовж року, рецидиви різнокольорового пітиріазу відзначено лише в одного (5,6%) пацієнта основної групи, які для профілактики розвитку цього маласезіозу шкіри після відвідування водних джерел застосовували топічний антисептичний засіб із вмістом мірамістину, а серед пацієнтів групи порівняння – у 6 (35,3%) осіб, що є достовірно частіше порівняно з пацієнтами основної групи ($\chi^2 = 4,83$ за його критичного значення – 3,84). Слід зауважити, що всі пацієнти основної групи перенесли застосування 0,01% розчину із вмістом мірамістину добре, без побічних реакцій чи ускладнень.

Висновок. Застосування топічного антисептика із вмістом мірамістину в якості профілактичного засобу різнокольорового пітиріазу достовірно зменшує частоту розвитку рецидивів дерматозу, добре переноситься пацієнтами, не викликає побічних реакцій чи ускладнень, через що антисептичний розчин із вмістом мірамістину може бути рекомендований як ефективний засіб протирецидивної терапії різнокольорового пітиріазу.

Визначення здатності біоплівкоутворення mrsa та mssa штамів стафілококів, вилучених від хворих на поширені дерматози

Джораєва С. К., Гончаренко В. В., Іванцова О. К., Соболев Н. В., Усік І. В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Формування біоплівок є однією із стратегій виживання бактерій у займаних ними екологічних нішах. Перебуваючи у складі біоплівки, бактерії захищені від шкідливих факторів навколишнього середовища та дії антибактеріальних речовин. Міжклітинні комунікації в біоплівці відбуваються за участю механізму, що отримав назву «відчуття кворуму». Здатність *S. aureus* формувати біоплівку вважається важливим фактором вірулентності, що впливає на його виживання і стійкість як в оточуючому середовищі, так і в організмі хазяїна. Останнім часом активно вивчається пошук шляхів руйнування біоплівок або запобігання їх формуванню різними бактеріями та їх асоціаціями. Це важливо у контексті того, що пацієнти з atopічним дерматитом дуже сприйнятливі до колонізації *S. aureus*, хоча вплив *S. aureus* на патогенез atopічного дерматиту ще не повністю зрозумілий. Але отримані результати показують, що міцність біоплівки *S. aureus* корелює з тяжкістю ураження шкіри та значно вища у пацієнтів з більш важкою формою захворювання. У хворих на псоріаз, особливо з важкими формами, також виявлені порушення у мікробіоценозі шкіри, які характеризуються, зокрема, появою в осередках ураження як *S. haemolyticus*, так і *S. aureus* на тлі пригнічення колонізації *S. epidermidis*.

Тому, метою дослідження було визначення здатності біоплівкоутворення MRSA та MSSA штамів стафілококів, вилучених від хворих на поширені дерматози.

В умовах *in vitro* з деяким наближенням цю властивість можна оцінити по адгезії бактерій до полістиролу згідно загальноприйнятих методів. Було проведено вивчення біоплівкоутворюючих властивостей штамів *S. aureus*, вилучених від хворих на поширені дерматози: 20 метицилінрезистентних (MRSA) та 16 метицилінчутливих (MSSA) штамів.

Визначено, що із 20 MRSA штамів – 2 (10,0%) мали дуже високу здатність до біоплівкоутворення, 8 штамів (40,0%) – високу та середню, 10 штамів (50,0%) – виявили слабку здатність до утворення біоплівок. MSSA штами також мали різну здатність до біоплівкоутворення. 75,0% (12 штамів) було віднесено до штамів зі слабкою здатністю до біоплівкоутворення, 18,7% – із високими та середніми показниками, 6,3% володіли дуже високою біоплівкоутворювальною активністю. За результатами досліджень достовірної різниці в здатності до біоплівкоутворення між MRSA та MSSA штамми не виявлено ($\chi^2 > 0,05$). Хоча MRSA *S. aureus* мали більш виражену тенденцію до вищої та середньої активності біоплівкоутворення у порівнянні з MSSA *S. aureus*. Також чітко простежується, що низька активність спостерігалась у MSSA штамів. Безумовно, для переконливих висновків потрібні додаткові дослідження у цьому напрямку. Також у процесі виконання дослідження встановлено, що усі штами з високою здатністю до біоплівкоутворення було вилучено від хворих з тяжким перебігом алергодерматозів, що безумовно потребує більш детального уточнення.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження встановлено, що усі вивчені клінічні штами володіли потенціалом до утворення біоплівок з різним ступенем її інтенсивності. При цьому була визначена дуже висока та висока активність до формування біоплівок у 26,3% усіх штамів, які були вилучено від хворих з важким ступенем тяжкості дерматозів.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи «Визначити комплекс фенотипічних та молекулярно-генетичних характеристик штамів стафілококів, вилучених від хворих на хронічні дерматози, та розробити підходи до терапії цих захворювань» (номер державної реєстрації_ 0119U102335)

Визначення чутливості до антибіотиків різних хімічних груп клінічних штамів *S. aureus*, вилучених із *locus morbi* та інтактних ділянок хворих на алергодерматози

Джораєва С. К.¹, Філімонова Н.І.², Гончаренко В. В.¹, Гейдеріх О.Г.², Тіщенко І.Ю.²

¹ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

² Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Зростаюча частота множинних резистентних до етіотропного лікування збудників і нераціональна антибіотикотерапія вважається однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. Натепер достатньо часто спостерігається збільшення кількості полірезистентних штамів мікроорганізмів, розширення спектру їх стійкості до протимікробних препаратів, а також виникнення змінених і β -лактамазопродукуючих штамів. Систематична оцінка чутливості до антимікробних засобів необхідна для визначення рівня придбаної резистентності мікроорганізмів, циркулюючих у тому чи іншому регіоні, що дозволяє оптимізувати схеми емпіричної стартової антимікробної терапії.

Провідним принципом у лікуванні осіб із гнійно-запальними захворюваннями, спричиненими *S. aureus*, є раціональний підбір та застосування дієвої антибактеріальної терапії.

Тому, метою дослідження було проведення порівняльного вивчення чутливості клінічних штамів *S. aureus*, вилучених з осередків ураження та інтактних ділянок хворих на алергодерматози, до сучасних антибактеріальних засобів.

При визначенні чутливості до антибактеріальних препаратів різних хімічних груп штамів *S. aureus*, вилучених з осередків ураженої шкіри хворих на алергодерматози, виявлено 85,2% штамів, резистентних до пеніциліну, при цьому 26,7% з них склали метицилінрезистентні штами (MRSA), наявність котрих унеможливило призначення хворому будь-яких β -лактамних антибіотиків. Серед ізольованих штамів *S. aureus* встановлена помірна поширеність резистентності до тетрациклінів, аміноглікозидів, фторхінолонів та лінкозамідів, яку виявлено у 47,9, 43,7, 31,7 і 27,5% культур відповідно, та відносно висока до макролідів – майже у 62,0% ізолятів ($p \leq 0,05$). Звертає на себе увагу поява у структурі антибіотикорезистентності ванкоміцин-стійких штамів стафілококів (4,2%), що свідчить про підвищення їх агресивного потенціалу та обґрунтовує необхідність здійснення моніторингу за набуттям ними резистентності до дії антибіотиків різних груп і дотримання принципів раціональної антибіотикотерапії ускладнень стафілококового генезу у хворих на алергодерматози. Показники чутливості досліджених штамів *S. aureus* були найбільш високими до препаратів фузидієвої кислоти та оксазолідинонів – 92,3 і 93,7% відповідно, що дозволяє рекомендувати останні для застосування в якості антибактеріальних препаратів на стартовому етапі невідкладної терапії важких форм інфекційно-запальних ускладнень до отримання результату мікробіологічного дослідження з визначенням фактичної антибіотикочутливості патогенів, вилучених із *locus morbi* хворих на алергодерматози. Оскільки застосування одного класу антибіотиків може збільшувати ризик формування у мікроорганізмів резистентності й до інших класів антибіотиків, на наступному етапі дослідження було здійснено комплексну оцінку розповсюдженості полірезистентності серед вилучених штамів *S. aureus*. На підставі проведеного моніторингу виявлено наявність 54,2%

MDR-штамів (MDR – multidrug-resistant), 4,9% XDR-штамів (XDR – extensively drug-resistant) та повну відсутність PDR-штамів (PDR – pandrug-resistant). За результатами вивчення чутливості до АБП різних хімічних класів між групами штамів *S. aureus*, вилучених з інтактних та уражених ділянок шкіри хворих на алергодерматози, достовірних відмінностей виявлено не було ($p \geq 0,05$).

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи «Визначити комплекс фенотипічних та молекулярно-генетичних характеристик штамів стафілококів, вилучених від хворих на хронічні дерматози, та розробити підходи до терапії цих захворювань» (номер державної реєстрації 0119U102335)

Вивчення ролі оксиду азоту в перебігу синдрому Стівенса – Джонсона різного ступеня важкості

Іванюшко – Назарко Н. В., Вольбин С. В., Рудник Т. І., Туркевич С. А.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Синдром Стівенса-Джонсона – це тяжке імунотоксичне захворювання, що характеризується утворенням пухирів (бул) на слизових оболонках порожнини рота, горла, очей, статевих органів та інших ділянках шкіри і слизових оболонок, причиною якого є реакція організму на різноманітні фактори, що мають біологічне або хімічне походження. Частота даного захворювання становить 1,1–6,8 випадків на 1 млн населення в рік, частіше хворіють жінки. Основним етіологічним фактором розвитку ССД є медикаменти, серед яких антибактеріальні, нестероїдні протизапальні, протисудомні та деякі антидепресанти. Причиною розвитку ССД також можуть стати інфекційні агенти.

Визначальну роль в патогенезі різноманітних патологічних станів (запалення, шоків різного генезу тощо) має унікальний поза- і внутрішньоклітинний месенджер – система оксид азоту (NO), яка виконує функцію ендogenous регулятора при різних дерматозах. У фізіологічних концентраціях NO, взаємодіючи з активними формами кисню, проявляє властивості антиоксиданта, при порушеннях метаболізму, пов'язаних з накопиченням NO в тканинах, в цих же реакціях утворюються високотоксичні речовини, які негативно впливають на перебіг захворювання. Широкий спектр біологічної дії NO визначає інтерес до вивчення системи NO – NOS (іони нітратів (NO_3^-), іони нітриту (NO_2^-)) у хворих на ССД, які супроводжуються залученням до процесу усіх систем організму та визначають прогноз хвороби.

Мета роботи – підвищення ефективності лікування хворих на ССД, шляхом розробки патогенетично обґрунтованого комплексного методу терапії на підставі вивчення системи оксиду азоту.

Було проведено дослідження системи NO біохімічними методами у 9 хворих на ССД, з них 4 осіб перебували в легкому та середньому ступені тяжкості, а 3 осіб у важкому ступені перебігу даного захворювання. При легкому і середньому ступені тяжкості ССД відмічено достовірне збільшення вмісту нітриту та нітрат-аніонів, тоді, як при важкому перебігу дерматозу відбувалося підвищення рівня нітрат-аніонів, відносно аналогічних у здорових людей. Порівняння показників у хворих з різним ступенем тяжкості процесу дозволило виявити достовірне ($p < 0,05$) збільшення вмісту нітриту-аніонів, зниження нітрат-аніонів у пацієнтів з легким і середнім ступенем тяжкості щодо таких у важкому перебігу ССД. Підвищення вмісту оксиду азоту, а саме його аніонів при різному ступені перебігу ССД є результатом впливу ендogenous і екзотоксинів, чинників запалення, а саме, активаторів вільнорадикального окислення.

Дослідження системи оксиду азоту свідчать про патогенетичну роль гіпер- і гіпо- продукції аніонів NO, що є чинником пошкодження у пацієнтів з ССД і необхідності його корекції.

Підвищення вмісту оксиду азоту, а саме його аніонів при різному ступені перебігу ССД вказує на необхідність вивчення цих показників в таких пацієнтів та доцільність залучення кортикостероїдних препаратів для нормалізації активності NOS та гіперпродукції NO.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735

Вміст IL-7 в крові хворих на псоріаз в залежності від тяжкості патологічного процесу

Кондакова Г.К., Сокол О.А., Шевченко З.М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Інтерлейкін-7 (IL-7) грає одну з ключових ролей у функціонуванні вродженого та адаптивного імунітету. На сьогодні дослідники відмічають важливу роль гомеостатичного фактору IL-7 в патогенезі аутоімунних захворювань. Пряма дія IL-7 на Т-лімфоцити сприяє продукції переважно цитокінів Th1- та Th17-типу. Є припущення, що IL-7 може забезпечувати високу тривалість життя аутореактивних клонів Т-клітин та призводити до хронізації аутоімунного запалення.

Мета дослідження – оцінити вміст IL-7 в сироватці крові хворих на псоріаз в залежності від тяжкості патологічного процесу.

Матеріали та методи дослідження. Була обстежена група хворих, до якої входили 47 хворих на вульгарний псоріаз; 10 хворих на артропатичний псоріаз, а також контрольна група з 15 умовно здорових донорів. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження схвалено етичним комітетом ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» та отримано інформовану згоду пацієнта. Визначення рівня IL-7 проведено за допомогою імуноферментного методу (ELISA) з використанням наборів «Elabscience Biotechnology inc» (США).

Статистичну обробку отриманих результатів здійснено із застосуванням непараметричних методів за допомогою критерію U Манна-Уїтні з урахуванням поправки Бонфероні. Були використані медіана (Me) та нижній (LQ) і верхній (UQ) квартилі розподілу. Всі розрахунки проводились з використанням програми Microsoft Excel (Office 365).

Результати. Встановлено, що у хворих на псоріаз вміст IL-7 в сироватці крові в 4,4 рази вище ніж у контрольній групі, а у хворих на артропатичний псоріаз – в 8,7 рази вище ($p = 0,0004$). При цьому вміст IL-7 при тяжкому перебігу псоріазу в 2 рази вище, ніж при неускладнених формах дерматозу.

Відомо, що при нерегульованій експресії IL-7 він виступає в якості сильного посередника в імунотоксичних реакціях, викликає значну активацію Т-клітин та напрацювання прозапальних цитокінів.

Висновки. Отримані результати вказують на участь IL-7 в патогенезі вульгарного псоріазу та його значний внесок у розвиток тяжких форм псоріазу.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи «Дослідити участь резидентних Т-клітин пам'яті в патогенезі хронічних запальних дерматозів» (№ держ. реєстрації 0120U103066).

Означення окремих оціночних маркерів у сироватках крові хворих на псоріаз у постковідному періоді

Кутасевич Я. Ф., Джораєва С. К., Гончаренко В. В., Вітковська М. О., Шевченко З. М., Щоголева О. В.
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Псоріаз розглядається як системне захворювання з ураженням не тільки шкірних покривів, але й функціональних та морфологічних порушень інших органів та систем організму. У теперішній час зростає кількість повідомлень, які вказують, що вірус SARS-CoV-2 може також вражати шкіру. Хворі, що перенесли COVID-19, потребують уваги у зв'язку з можливістю загострення дерматозів внаслідок самого вірусного захворювання, що частіше відбувається у хворих на тяжкі дерматози (акантолітичний пемфігус, інші пухирні дерматози, тяжкі форми псоріазу та ін.).

У дослідженні під спостереженням знаходились хворі на псоріаз, котрі не хворіли на COVID-19 та ті, що перенесли COVID-19. Групу пацієнтів, що перенесли COVID-19, склали хворі, у більшості з яких у процесі клінічних спостережень було відзначено погіршення стану у порівнянні з доковідним періодом. У більшості хворих спостерігались поширення площі патологічного процесу, зміни характеру висипів з чергових бляшок на розповсюджений висип, збільшення інтенсивності активного лущення у осередках локалізації з поширенням на волосисту частину голови. В особливо тяжких випадках відзначались гостро виражені зміни характеру процесу, які хворі не помічали раніше, а саме: поява стійкого свербіжу з нестерпною печією шкіри, залучення до запального процесу усєї поверхні шкіри, поява стійкої гіперемії з інфільтраціями та набрякlostями навіть до розвитку еритродермії.

Метою дослідження було визначення рівнів С-реактивного білку та Д-димеру, як оціночних маркерів перебігу псоріазу у постковідному періоді. У дослідження було включено 41 пацієнт з псоріазом, з них 29 осіб мали ковід-асоційований псоріаз; до контрольної групи увійшло 12 хворих на псоріаз репрезентативного віку та статі, що не хворіли на COVID-19. Дослідження проведено з застосуванням діагностичних ІФА-наборів згідно з інструкцією виробника тест-систем.

Вибір саме цих показників обумовлений тим, що СРБ є вкрай чутливим, хоч і неспецифічним маркером запальних процесів, а у випадку з ковідною інфекцією інформація про рівень СРБ безпосередньо пов'язаний з важкістю і прогресуванням хвороби COVID-19; а рівень Д-димеру свідчить про інтенсивність процесів утворення й руйнування фібринових згустків та активацію системи згортання крові.

У результаті проведених досліджень встановлено, що у групі хворих на псоріаз у постковідному періоді, максимальне, майже восьмикратне, зростання рівня СРБ. При нормі до 5 мг/л показник сягав $(40,8 \pm 1,6)$ мг/л, особливо підвищеним СРБ виявився у хворих з погіршенням стану після COVID-19. Концентрація СРБ у хворих на псоріаз без COVID-19 була нижча майже у 1,5 рази $[(27,6 \pm 3,5)$ мг/л проти $(40,8 \pm 1,6)$ мг/л, $p \leq 0,01$]. Аналогічні дані були отримані при визначенні рівнів Д-димеру у сироватках хворих: так найбільш високі значення показників було зафіксовано у групі хворих на псоріаз у постковідному періоді на рівні $(1789,2 \pm 459,8)$ нг/мл проти $(1468,3 \pm 466,5)$ нг/мл у хворих на псоріаз без COVID-19 та $(377,2 \pm 85,1)$ нг/мл у контрольній групі, $p \leq 0,01$.

Таким чином за результатами проведених досліджень показана доцільність визначення рівнів СРБ та Д-димеру у якості оціночних маркерів наявності запального процесу у сироватках крові хворих із COVID-асоційованим псоріазом у постковідному періоді. Максимальні значення показників, виявлені у групі хворих з перенесеною ковідною інфекцією свідчать про системну запальну відповідь.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи «Обґрунтування алгоритму надання медичної допомоги хворим з ураженнями шкіри, асоційованими з COVID-19» (номер державної реєстрації 0121U112084)

Залежність рівня аннексина А1 у хворих на акантолітичний пемфігус від дози системних глюкокортикостероїдів

Кутасевич Я.Ф., Олійник І.О., Солошенко Е.М., Абдалла А. Е-С.Е-С, Шевченко З.М., Ярмак Т.П.
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Актуальність. Останнім часом спостерігається все більше хворих на акантолітичний пемфігус (АП) що мають знижену чутливість до системних глюкокортикостероїдів (СГКС). Даний стан описується як стероїдрезистентний (СР) стан. В науковій літературі описано теорії розвитку стероїдної резистентності. Вони є різноплановими та недостатньо вивченими. Отже подальше вивчення нових патогенетичних ланок стероїдної резистентності, в тому числі наявності показників аннексина А1 (annexin A1, ANXA1, липокортин-1) у хворих на акантолітичний пемфігус, які отримують довготривалу терапію системними глюкокортикостероїдами, у взаємозв'язку з дозою гормональних препаратів та перебігу захворювання, є вкрай актуальним та своєчасним.

Мета. Визначити рівень аннексину А1 у хворих на АП в процесі лікування в залежності від дози СГКС та стероїдної чутливості (СЧ).

Методи дослідження. Під спостереженням у відділенні дерматології ДУ «ІДВ НАМН України» знаходилося 33 хворих на АП. Досліджували рівень ANXA1 в сироватці крові методом ІФА (ELISA). Дослідження проводили у хворих на АП до розпочатого лікування, на початку лікування та на підтримуючій терапії з урахуванням добової дози СГКС. Оцінка чутливості до СГКС у хворих на АП визначалась за спеціально розробленою 12-ти бальною шкалою індексу резистентності до системних глюкокортикостероїдів (ІР до СГКС).

Результати. В результаті проведеного дослідження визначено, що в цілому по групі обстежених хворих на АП (33 особи), рівень ANXA1 на початку лікування СГКС $(63,45 \pm 5,48)$ мг/д дорівнював $1,01 \pm 0,11$ ng/mL, на підтримуючій дозі СГКС $(25,99 \pm 0,71)$ мг/д – $0,76 \pm 0,09$ ng/mL, що достовірно перевищував показники контрольної групи $0,48 \pm 0,05$ ng/mL. Рівень ANXA1 у хворих, що не одержували СГКС терапію до госпіталізації, достовірно не відрізнявся від такого показника в групі контролю – $(0,48 \pm 0,11)$ ng/mL та $(0,48 \pm 0,05)$ ng/mL відповідно. Для визначення залежності рівня ANXA1 хворих на АП було розподілено на дві групи згідно клініко-анамнестичних ознак – ІР до СГКС. І групу склали 10 стероїдчутливих (СЧ) осіб (30,3%), ІР до СГКС яких дорівнював в середньому $(4,4 \pm 0,7)$ балів. У пацієнтів ІІ групи – 23 стероїдрезистентні (СР) особи (69,7%), середнє значення ІР до СГКС склало $(8,2 \pm 0,4)$ балів.

При дослідженні рівня ANXA1 у хворих на АП: СЧ група, що одержували в комплексному лікуванні середні дози СГКС $(45,63 \pm 5,49)$ мг/д середнє значення ANXA1 дорівнювало $(0,82 \pm 0,09)$ ng/mL; у хворих СР групи, що в лікуванні отримували СГКС в середній дозі $(59,57 \pm 7,94)$ мг/д – $(1,18 \pm 0,13)$ ng/mL. У хворих СЧ групи, що одержували підтримуючі дози СГКС $(17,25 \pm 4,14)$ мг/д, рівень

ANXA1 в процесі лікування достовірно знижувався до рівня контрольних значень ($0,48 \pm 0,05$ ng/mL) і становив ($0,46 \pm 0,11$) ng/mL; у хворих СР групи, в яких підтримуюча доза СГКС становила $27,23 \pm 2,94$ мг/д, рівень ANXA1 достовірно знижувався з ($1,18 \pm 0,13$) до ($0,68 \pm 0,11$) ng/mL, але не досягав показників рівня такого, як в СЧ та контрольній групі.

Висновки. Рівень ANXA1 залежить від дози СГКС. У пацієнтів, що не отримували СГКС, рівень ANXA1 дорівнював показникам групи контролю. У всіх пацієнтів на початку терапії відзначалось достовірне підвищення показників ANXA1 та їх достовірне зниження в 2,28 разів при досягненні підтримуючої дози. Середня добова підтримуюча доза системних глюкокортикостероїдів у 1,57 разів була вища у групі СР хворих.

Інфрачервона термографія у діагностиці порушень кровообігу та мікроциркуляції кінцівок у хворих на оніхомікози

Кутасевич Я.Ф.¹, Олійник І.О.¹, Супрун К.Г.¹, Шустакова Г.В.²

¹ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

² Фізико-технічний інститут низьких температур ім. Б.І. Веркіна НАН України, м. Харків, Україна

Мета: Вивчення порушень кровообігу та мікроциркуляції кінцівок у хворих на оніхомікози із протипоказаннями до застосування системних антимікотичних препаратів методом дистанційної інфрачервоної термографії (ІЧТ) з подальшим неінвазивним контролем у процесі лікування.

Матеріали та методи: тепловізор FLIR (FLIR Portland, США), 54 хворих на оніхомікози з тяжкою супутньою патологією.

Результати дослідження: обстежено 54 хворих з артеріальною та венозною судинною патологією та хронічними дерматозами: облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок – 8 хворих (14,8%), діабетична ангіопатія судин нижніх кінцівок – 9 хворих (16,7%), варикозна хвороба – 20 хворий (37,0%), псоріаз – 7 хворих (13,0%), мікробна екзема – 10 (18,5%). ІЧТ проводили для кожного хворого в реальному часі до та після лікування. Отримані дані ІЧТ у хворих з артеріальною судинною патологією у вигляді облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок свідчили про значні порушення температурних параметрів дистальних фрагментів нижніх кінцівок, значну термоасиметрію пальців правої і лівої ступні, а в деяких випадках і гомілок. На термограмах спостерігалися ділянки гіпотермії, які спричинили порушення теплової симетрії: права стопа $\Delta(T_{oi})_d = 27^\circ C_d - 31^\circ C_d$ (асиметрія – мінус $4^\circ C$); ліва стопа $\Delta(T_{oi})_d = 25,8^\circ C_d - 31^\circ C_d$ (асиметрія – мінус $5,2^\circ C$). Хворим із даною патологією була рекомендована судинна терапія: тівортин по 100 мл внутрішньовенно № 7, пентоксифілін 5,0 мл на 200 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно краплинно № 7, ніотинова кислота по 2,0 мл внутрішньом'язово № 7 із подальшим переведенням на таблетовані препарати. Для пришвидшення відростання нігтьових пластин та поліпшення мікроциркуляції використовували препарат цитофлавін. Контрольне ІЧТ дослідження проводили в реальному часі один раз на два тижні. У результаті проведеної судинної терапії на термограмах відмічалось значне покращення температурних показників дистальних відділів стоп у хворих на оніхомікози із порушеннями судинного і мікроциркуляторного кровотоку. Права стопа $\Delta(T_{oi})_n = 32,2^\circ C_n - 31,5^\circ C_n$ (асиметрія – плюс $0,7^\circ C$). Ліва стопа $\Delta(T_{oi})_n = 31,8^\circ C_n - 32,2^\circ C_n$ (асиметрія – мінус $0,4^\circ C$). ІЧТ у хворих на оніхомікози, що страждали на варикозну хворобу (31 пацієнт – 57,4%) свідчила про значні порушення кровопостачання та мікроциркуляції, як у дистальних, так і у проксимальних відділах кінцівок. Дані порушення можливо пов'язані з наявністю набряків та пастозністю гомілок та стоп. Права стопа $\Delta(T_{oi})_d = 28^\circ C_d - 31^\circ C_d$ (асиметрія – мінус $3^\circ C$). Ліва стопа $\Delta(T_{oi})_d = 26^\circ C_d - 33^\circ C_d$ (асиметрія – мінус $7^\circ C$). Дана група хворих у якості судинної терапії отримували детралекс по 1 капсулі 2 рази на добу, ескузан по 15 крапель 2 рази на добу, триампур (брітомар) по 1 таблетці 1 раз на добу. Показники теплової асиметрії у хворого, або температуру ділянки інтересу у відносній шкалі температур на кожній сесії розраховували програмно з урахуванням середньої температури, причому розмір і форма обраних ділянок залишалися незмінними.

У хворих із супутнім псоріазом та мікробною екземою під час проведення інфрачервоної термометрії спостерігалось підвищення температури стоп в середньому на $3^\circ C$ від температури гомілок, на відміну від температури кінцівок здорової людини, де гомілка гарячіша за стопу на декілька градусів. Ці порушення, можливо, пов'язані з наявністю запального процесу в кінцівках.

Після проведення терапії супутньої патології та досягнення ремісії відмічалась нормалізація температурних показників нижніх кінцівок.

Висновки: тепловізійне дослідження дає можливість у реальному часі проводити визначення порушень кровообігу та мікроциркуляції, що дозволяє коригувати комплексну терапію шляхом додавання судинних препаратів у хворих на оніхомікози із протипоказаннями до системних антимікотичних засобів. Метод ІЧТ дозволяє безконтактно контролювати температурні поля м'яких тканин кінцівок та визначати вплив судинної терапії на перебіг місцевого лікування оніхомікозу.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи «Оптимізація комплексних методів лікування хворих на оніхомікози з абсолютними та відносними протипоказаннями до системної протигрибкової терапії» (номер державної реєстрації 0119U102309)

Комплексність методів діагностики сифілісу при обстеженні різного контингенту хворих

Кутова В.В., Бондаренко Г.М., Білоконь О.М., Нікітенко І.М., Дегтяр Т.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Актуальною темою на даний час залишається комплексність діагностики сифілісу, що передбачає одночасне використання декількох методів й удосконалення можливостей достовірного та економічного способів його лабораторного виявлення. Спектр методів лабораторної діагностики сифілісу різноманітний і вибір методів дослідження залежить від багатьох факторів: анамnestичних даних, результатів огляду попередніх досліджень, перелік проведених лабораторних досліджень, матеріальних можливостей пацієнта. Вибір методів та алгоритм обстеження повинні не тільки відповідати діючим нормативним базам (протоколам, методичним рекомендаціям, стандартам), але й мають бути індивідуальними для кожного пацієнта.

Метою роботи стало комплексне серологічне обстеження на сифіліс різного контингенту пацієнтів з урахуванням клінічних форм захворювання.

Матеріали та методи дослідження. Проведено обстеження 59 пацієнтів з різними клінічними формами захворювання та ретроспективний аналіз результатів обстеження 73 вагітних. Обстеження проводили нетрепонемними тестами (НТТ) – РМП, РПР (RPR) та трепонемними тестами (ТТ) – ІХГ, РПГА, ІФА.

Результати та обговорення. Непрямі серологічні тести, що існують, поділяються на дві групи в залежності від того, які типи АТ вони визначають: НТТ (реакція мікропреципітації (РМП), швидкий плазмореагінний тест (РПР) – нетрепонемні тести, які визначають неспецифічні антиліпідні імуноглобуліни до кардіоліпінового антигену та трепонемні ТТ (імунохроматографічний тест (ІХГ), реакція пасивної геммаглютинації (РПГА), імуноферментний метод (ІФА) – трепонемні тести, які визначають специфічні антитіла до *T. pallidum*.

При комплексному обстеженні 59 пацієнтів на сифіліс, в тому числі 19 хворих з інфекціями що передаються статевим шляхом (ПСПШ) та 40 пацієнтів з порушеннями зорового, слухового аналізаторів встановлено, що НТТ (РМП, РПР) методи були негативними у всіх 59 випадках. При обстеженні цих пацієнтів ТТ методами позитивні результати отримані у 4 (21,05%) хворих на ПСПШ та у 1 (2,5%) хворого з порушеннями зорового аналізатору за всіма методами РПГА, ІФА, ІХГ одночасно, що дало змогу виявити сифілітичну інфекцію у 5 (8,5%) пацієнтів з різною формою патології сечостатевого тракту та зорового аналізатору.

За результатами наших досліджень, негативні відповіді за методами НТТ (РМП, РПР), що отримані у осіб без вказівки на сифіліс в минулому та не мали явних клінічних проявів інфекції але мали скарги, не дозволяють лікарю зробити висновок про те, що серологічні ознаки сифілітичної інфекції не виявлені. Необхідно лікарям різного профілю рекомендувати подальше обстеження пацієнтів з використанням ТТ тестів відповідно до загальних вказівок для періодичних медичних оглядів населення.

При ретроспективному аналізі результатів обстеження 73 вагітних на сифіліс за період з 2019 по 2021 рр на різних термінах вагітності встановлено, що із 13 жінок в I триместрі вагітності (1–13 тижнів) у 3 (23,08%) виявлені антитіла до кардіоліпінового антигену за методами НТТ (РМП, РПГА), які підтверджені ТТ (ІХГ, РПГА, ІФА) тестами, що дало можливість на ранніх тижнях вагітності встановити правильний етіологічний діагноз та провести лікувальні заходи.

Із 29 жінок в II триместрі вагітності (14–26 тижнів), позитивні результати отримані за НТТ (РМП, РПР) у 5 (17,2%) вагітних, із них у 3 (10,3%) підтверджені ТТ (ІХГ, РПГА, ІФА) тестами. В 2 (7,9%) випадках отримані негативні результати ТТ тестів, що дало можливість при подальшому нагляді за вагітними виключити сифілітичну інфекцію.

Із 31 обстежених жінок в III триместрі вагітності (26–42 тижні), у 11 (35,5%) випадках отримані позитивні результати за НТТ (РМП, РПР), із них у 7 (63,6%) вагітних підтверджені позитивні результати за ТТ (ІХГ, РПГА, ІФА) тестами. В 4 (36,4%) вагітних позитивний результат на сифілітичну інфекцію за НТТ тестами не підтвердився ТТ тестами, що дало змогу виключити діагноз сифілісу.

Висновки. Таким чином, наші дослідження показали, що комплексність використання лабораторних методів дослідження НТТ+ТТ тестів є обов'язковою умовою при обстеженні пацієнтів на сифіліс і особливо це стосується вагітних, так як феномен антифосфоліпідного синдрому ніхто не відминяв.

Розроблений алгоритм обстеження пацієнтів на сифіліс та визначені показання до застосування лабораторних досліджень, забезпечать раннє виявлення хворих з набутою сифілітичною інфекцією: при первинному обстеженні пацієнта за місцем звернення в рамках надання первинної та екстреної медико-санітарної допомоги; в період перебування хворого в медичному закладі; по епідеміологічним показникам; в умовах, які обмежують використання інших регламентованих серологічних методів дослідження на сифіліс: Наказ МОЗ України № 997 від 22.11.2013 р. «Сучасні підходи до лабораторної діагностики сифілісу»; методичні рекомендації «Удосконалення лабораторної діагностики сифілісу в Україні» (Київ, 2019).

Результати одержані в рамках виконання науково-дослідної розробки, державна реєстрація № 0120U103338.

Вплив на імунний статус пацієнтів з мікробною екземою

Лисенко К.І.,

Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків, Україна

Мікробна екзема (МЕ) як одна з форм екземи має тенденцію до тяжкого перебігу та значного поширення патологічного процесу на шкірі, виникнення рецидивів. Провідна роль патогенезі захворювання належить імунному запаленню у шкірі. Показники імунного статусу при МЕ характеризуються клітинним імунодефіцитом за Т-системою імунітету, зміною співвідношення хелперних та супресорних субпопуляцій. Результати вивчення цитокінового статусу у хворих на МЕ вказують на перевагу прозапальних цитокінів.

Мета: проаналізувати зміни деяких цитокінів – інтерферону γ (ІФН γ), інтерлейкіну (ІЛ)-4, -10 і -17 у хворих МЕ під впливом імунокоригуючого препарату.

Матеріал і методи. Обстежено 22 хворих на МЕ віком 34–57 років (10 чоловіків, 12 жінок) і 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Визначення цитокінів проведено до і після патогенетичного лікування. У хворих МЕ виявлено різновиди МЕ в стадії загострення: варикозна екзема, паратравматична і монетовидна (31,8%, 36,5% і 31,8% відповідно). У 14 пацієнтів (63,6%) шкірний процес локалізувався на нижніх кінцівках, у 4 (18,8%) – на шкірі тулуба і кінцівок (поширена форма), 17,6% – на шкірі верхніх кінцівок. Легкий ступінь тяжкості за EASI визначено у 40,9%, помірний – 31,8% і тяжкий – у 27,3% хворих. Лікування хворих препаратом, що містить глюкозамінілмурамілпентапептид, проводилося по 1 таблетці двічі на добу протягом 10–20 днів (залежно від ступеня тяжкості дерматозу).

Результати та обговорення. До терапії у хворих на МЕ виявлено достовірне підвищення рівня ІЛ-17 ($p < 0,05$), менш значне ІЛ-4 та ІЛ-10 порівняно з такими у практично здорових осіб. Вміст ІФН γ мав тенденцію до збільшення тільки у хворих з локалізованим процесом і легким ступенем тяжкості. Після лікування визначено нормалізацію регуляторного прозапального ІЛ-17 і регуляторного ІЛ-10 при легкому і середньому ступені тяжкості дерматозу, що клінічно проявлялося зменшення чи зникненням запальної реакції шкіри та свербіжу.

Висновки. Включення в комплексне лікування хворих на МЕ імунотропного препарату, що містить глюкозамінілмурамілпентапептид, сприяє покращенню клінічного перебігу та нормалізації більшості цитокінів, асоційованих з Т-хелперами

Наведені у тезах дані є результатом виконання науково-дослідної роботи «Оптимізація терапії хронічних дерматозів на підставі вивчення клінічних особливостей та патогенетичних механізмів» (номер державної реєстрації 0118U000302).

Дослідження ендотеліального фактору росту судин у хворих на поверхневі васкуліти шкіри

Матвейва Л.В.

Клініко-діагностичний центр ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ, Україна

Вступ. Фактор росту ендотелію судин (VEGF – Vascular endothelial growth factor) являє собою фактор росту з важливою проангіогенною активністю, який має мітогенну та антиапоптогенну дію на ендотеліальні клітини, збільшуючи проникність судин, сприяючи міграції клітин тощо. Завдяки цим ефектам він активно сприяє регуляції нормальних і патологічних ангіогенних процесів. Ангіогенез – розвиток нових судин, стимулюється за умов гіпоксії, що спонукає експресію факторів VEGFs та здійснюється шляхом інвагінації та гілкування судин. VEGFs забезпечують стимуляцію проліферації та міграції ендотеліоцитів у бік гіпоксії. У свою чергу проліферацію ендотеліоцитів VEGFs забезпечується через стимуляцію відповідних рецепторів і запуск мітогенних та антиапоптогенних сигналів. У людей родина VEGF складається з кількох членів: VEGF-A (має різні ізоформи), VEGF-B, VEGF-C, VEGF-D, VEGF-E (вірусний VEGF), VEGF-F (VEGF зміїної отрути) фактор росту плаценти (PlGF), а нещодавно до цього сімейства був доданий фактор росту ендотелію судин внутрішньої секреції (EG-VEGF). Міграцію ендотеліоцитів забезпечує група VEGF – А. Темпи ангіогенезу зменшуються при послабленні активації VEGF шляху.

Аналіз досліджуваних показників сімейства VEGF дозволить удосконалити підхід до діагностики та лікування пацієнтів з поверхневими васкулітами шкіри. Також в ході роботи ми звертаємо увагу на обстеження хворих у суміжних спеціалістів, котрі необхідно проводити за наявних ознак, характерних для васкуліту.

Мета роботи. Дослідити стан судин шкіри шляхом аналізу окремих показників крові, а також даних щодо виявленої наявної супутньої патології для визначення алгоритму обґрунтованого лікування.

Матеріали та методи. Після встановлення діагнозу та визначення клінічної форми васкуліту, ми досліджували агрегаційні показники крові, загальний фактор росту судин та фактор росту судин А; обстежували хворих у суміжних спеціалістів.

Результати роботи. Було обстежено 70 пацієнтів, у 33-х з яких проводився аналіз вмісту ендотеліального фактору росту судин (загального та А). Ми відмітили, що у порівнянні з показниками норми (до 42,6 пг/мл) загальний ендотеліальний фактор росту судин у групи пацієнтів залучених до дослідження (14 хворих), був значно вищим – діапазон показника коливався від 24,39 до 808,33 пг/мл. Також встановили, що в іншій групі, де досліджувався ендотеліальний фактор росту судин А (19 хворих) всі показники значно виходили за межі референтних значень (< 1,01) та коливалися від 7,4 до 37,5.

Серед патологій, виявленої при обстеженні у суміжних спеціалістів переважали: глаукома, постінфарктний кардіосклероз, церебральний атеросклероз, багато вузловий зоб, тиреоїдит, цукровий діабет (переважно II типу). Більшість хворих з вище перерахованою патологією перебували під диспансерним спостереженням у вузьких спеціалістів.

Висновки. Під час дослідження проведена комплексна оцінка поверхневих васкулітів шкіри з урахуванням показників загального фактору росту судин, фактору росту судин А, котрі у більшості хворих перевищували показники норми. А також у хворих було виявлено наявність ряду супутніх патологій, які значною мірою впливають на загальний стан пацієнта.

Стан ВІЛ-епідемії під час війни в Україні

Намлі І. Є.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Повномасштабне вторгнення російської федерації на територію України розпочалося 24 лютого 2022 року. Україна, ще до вторгнення посідала одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. Станом на 01.07.2022 на обліку у закладах охорони здоров'я України перебувало 154721 ВІЛ- позитивна особа (410,0 на 100 тис. нас.). Кожен сотий громадянин України у віці від 15 до 49 років інфікований ВІЛ. Чоловіки від 18 до 60 років є мобілізаційним потенціалом захисту Батьківщини. Стан здоров'я населення мобілізаційного віку та військовослужбовців є важливою складовою системи національної безпеки. З березня 2022 року Верховна Рада ухвалила закон № 7113 про затвердження указу президента «Про загальну мобілізацію». Діагностика ВІЛ-інфекції є добровільною і анонімною, тому кількість ВІЛ- позитивних людей у Збройних Силах України та її підрозділах не відома. В Україні під час війни, особливо в районах, де ведуться активні бойові дії, а також на тимчасово окупованих територіях зростає імовірність зараження ВІЛ-інфекцією через відсутність бар'єрної контрацепції і можливості проведення постконтактної профілактики протягом 72 годин, травми, поранення, вливання крові та її компонентів, оперативні втручання, а також сексуальне насильство російськими окупантами щодо цивільних осіб та військовополонених.

Метою роботи було дослідити вплив військових дій на стан епідемії ВІЛ- інфекції в Україні в цілому та в областях у зв'язку зі значним переміщенням населення як всередині країни, так і за її межі.

Були використані дані звітів ДУ «Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» за січень та вересень 2022 р., проаналізовано звіти UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (ОСНА).

Згідно звіту ОСНА від 21 вересня 2022 р. в Україні нараховується приблизно 7 мільйонів внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Більшість з яких жителі Донецької, Луганської та Харківської областей. Кількість ВПО зменшується у Закарпатській, Івано-Франківській та Львівській областях. Триває евакуація з деяких районів та очікується нове переміщення людей у зв'язку зі складним зимовим періодом.

У вересні 2022 року серед громадян України (без урахування Донецької, Луганської, Харківської областей та Криму), офіційно зареєстровано 1208 (3,2 на 100 тис. нас.) нових випадків ВІЛ-інфекції, що більше на 18% ніж у січні 2022 року (987 випадків, 2,6 на 100 тис. нас.); у 229 пацієнтів діагностовано СНІД, а 103 людини померли від СНІДу. За січень-вересень 2022 року було зафіксовано 9173 нових випадків інфікування ВІЛ, в тому числі 15 випадків серед осіб віком від 15 до 17 років та 19 випадків серед дітей віком від 0 до 14 років. Осіб, хворих на СНІД, зареєстровано-2169. У вересні 2022 р. у порівнянні з січнем 2022 р. поширеність інфікування ВІЛ зростає у Вінницькій та Волинській областях на 100%, з 0,6 до 1,2 на 100 тис. нас. та з 0,4 до 0,8 на 100 тис. нас. відповідно; Дніпропетровській області- на 36%, з 6,4 до 8,7 на 100 тис. нас.; Житомирській – на 200%, з 1,3 до 3,9 на 100 тис. нас.; Запорізькій- на 20%, з 2,0 до 2,4 на 100 тис. нас.; Кіровоградській – на 27%, з 2,2 до 2,8 на 100 тис. нас.; Львівській – на 40%, з 0,5 до 0,7 на 100 тис. нас.; Миколаївській – на 186%, з 1,4 до 4,0 на 100 тис. нас.; Одеській області – на 48%, з 11,9 до 17,6 на 100 тис. нас.; Полтавській – на 23%, з 1,3 до 1,6 на 100 тис. нас.; Сумській – на 66%, з 0,9 до 1,5 на 100 тис. нас.; Хмельницькій – на 167%,

з 0,6 до 1,6 на 100 тис. нас.; Черкаській – на 2400%, з 0,0 до 2,4 на 100 тис. нас.; Чернівецькій – на 1100%, з 0,1 до 1,2 на 100 тис. нас. Зниження показника відбулось у Закарпатській, Івано-Франківській, Тернопільській, Чернігівській областях. Незмінним залишився показник у Київській та Рівненській областях. Найвищий показник смертності по Україні від СНІДу як у січні, так і у вересні 2022р. був в Одеській та Миколаївській областях – 1,2 та 0,9 на 100 тис. нас.; 0,8 та 0,9 на 100 тис. нас. відповідно.

Результати дослідження показали, що в умовах війни в Україні та найбільшій міграції населення в Європі після Другої Світової війни, ВІЛ-епідемія має тенденцію до подальшого збільшення. Статистичні дані обмежені і не надають повної картини епідемічної ситуації. Необхідно поширити доступ населення, особливо уразливих груп, до профілактики та вчасної діагностики, а також доступ до лікування хворих з ВІЛ-позитивним статусом.

Поширеність вірусу *Herpes simplex* (тип 2) серед засуджених чоловіків, з урахуванням порушень психоемоційного стану хворих

Осінська Т.В.¹, Щербакіна Ю.В.¹, Джорасва С.К.¹, Калашнікова І.В.¹, Курушин Д.Д.²

¹ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна,

² ДУ «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України», м. Харків, Україна

Мета та задачі. Встановлення серологічної поширеності вірусу простого герпесу (*HSV-2*) в ув'язнених чоловіків, а також аналіз деяких психосоціальних аспектів поширення інфекції в місцях позбавлення волі України.

Матеріали та методи. Були виявленні маркери (*HSV-2*), а саме рівні специфічних протигерпетичних антитіл (Ig M та Ig G) у сироватці (плазмі) крові (набори реагентів ВектоВПГ-IgM, ВектоВПГ-1-IgG) у 40 хворих засуджених чоловіків (середній вік – 40,5 роки), що перебували в пенітенціарних закладах України та 40 чоловіків з групи контролю. Оцінку психоемоційного стану здійснювали за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS). Статистичне опрацювання проведено з використанням пакету STATISTICA 9.0. (StatSoft).

Результати та Із 40 засуджених чоловіків маркери *Ig M HSV-2* діагностували в 7,5% випадків, а *Ig G ВПГ-2* – в 50,0%. В 85% випадків відзначались патологічні прояви, а саме ерозивні висипи в генітальній та перианальній ділянках з відчуттям свербіжів, печіння та болю. В групі чоловіків з пенітенціарної служби значно частіше (в 2,6 рази) ніж в контрольній (18,6%) виявлялися імуноглобуліни класу G проти *HSV-2*. Крім того, тільки в цій групі було верифіковано імуноглобуліни класу M. В процесі оцінки психоемоційного стану пацієнтів із серологічними маркерами *HSV-2* за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) середній бал за шкалою склав 9 та 6,1 балів відповідно, що відповідає клінічно вираженій тривозі та депресії. Ступень клінічної тривоги / депресії (кількість балів) прямо корелював, зокрема з гендерними особливостями, з терміном хвороби та кількості епізодів загострення впродовж року, а саме зі збільшенням їх кількості, неможливістю вести повноцінне статеве життя в наслідок болювого синдрому, наявності висипки/ерозій на статевих органах та, а також остраху інфікувати партнерів та негативного ставлення з боку інших засуджених.

Висновки. Підтверджено значне розповсюдження (50%) та частіше виявлення клінічних проявів вірусу *HSV-2* (85%) з порушенням психоемоційного стану у вигляді клінічної тривоги та депресії серед засуджених чоловіків з пенітенціарних закладів України, що свідчить про можливу наявність набутої інфекції, в тому числі в результаті насилля, що повинно враховуватись при проведенні лікувально-профілактичних заходів.

Діагностика збудників деяких інфекцій у хворих на кропив'янку

Петрук А.М.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Вступ. Кліщові інфекції – група паразитарних та інфекційних захворювань людей та тварин, механізм передачі яких здійснюється через укуси переносників-членисткличів.

Хвороба Лайма (ХЛ, кліщовий бореліоз, Лайм-бореліоз, ЛБ) – природно-вогнищевий зооноз, що викликається бореліями комплексу *Borrelia sensu lato*, які передаються людині трансмісивним шляхом при присмокування іксодового кліща. ЛБ визнано найпоширенішою кров'яною інфекцією в Європі та США.

Бартофельоз – група інфекційних хвороб людини та тварин, що спричинені факультативно внутрішньоклітинними бактеріями, які для свого зростання мають потребу в геміні або в продуктах розпаду еритроцитів, передаються звичайно трансмісивним шляхом, характеризуються розвитком гострих і хронічних форм із поліморфізмом клінічних проявів і можливістю ураження усіх органів і систем.

За даними експертів ВООЗ, десята частина населення землі інвазована лямбліями. В Україні щорічно реєструють 30–40 тис. випадків цього паразитозу, що приблизно відповідає ураженню 0,01% населення.

Кропив'янка – стан, що характеризується появою пухирів (уртикарій) чи ангіонабряку, або обох цих елементів, які виступають над поверхнею шкіри, мають еритематозну основу та зазвичай супроводжуються свербіжем.

Заданими вітчизняних і зарубіжних джерел літератури суттєву роль у розвитку алергічних захворювань шкіри, у тому числі й кропив'янки, відіграють бактерії, а саме борелії комплексу *Borrelia burgdorferi s.l.*, які спричинюють Лайм-бореліоз, збудників деяких протозойних інфекцій (лямбліозу і трипаносомозу), гельмінтів (ехінококків, кишкових вугриць, трихinel, шистосом, аскарид, гостриків).

Мета роботи. З'ясувати частоту виявлення серологічних і паразитологічних маркерів Лайм-бореліозу, бартофельозу і лямбліозу в пацієнтів із кропив'янкою.

Матеріали і методи. Під спостереженням було Обстежено 64 хворих на кропив'янку віком від 18 до 71 року, які протягом 2019–2022 рр. перебували на амбулаторному і стаціонарному лікуванні у КНП «Старокостянтинівська багатопрофільна лікарня» Хмельницької області. Чоловіків було 19 (29,7%), жінок – 45 (70,3%).

Діагноз кропив'янки встановлювали за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, 10-го перегляду (МКХ-10).

Специфічні антитіла до антигенів комплексу *B. burgdorferi s.l.*, збудника Лайм-бореліозу, визначали в сироватці крові хворих за допомогою методу ІФА, застосувавши тест-систем компанії Euroimmun AG (Німеччина). Отримані результати оцінювали як позитивні, проміжні або негативні та інтерпретували відповідно до рекомендацій виробника.

Сироваткові антитіла класу IgG до збудників бартонельозу (*B. henselae* / *B. quintana*) визначали за допомогою методу непрямой імуофлуоресценції (НІФ), застосувавши тест-системи «Mosaic for *Bartonella henselae* / *Bartonella quintana* (IgG)» компанії Euroimmun AG (Німеччина).

Для виявлення цист лямблій готували мазок нативного матеріалу фекалій, який досліджували у світлооптичному мікроскопі при малому і великому збільшенні (об. $\times 8$, $\times 40$, ок. $\times 10$). Антитіла класу IgM до антигенів лямблій у сироватках крові визначали методом ІФА, використавши набори «Лямблія-IgM-IФА-Бест».

Результати роботи. При дослідженні за допомогою ІФА сироваток крові пацієнтів з кропив'яркою позитивні або проміжні результати наявності антитіл класів M і/або G до комплексу *B. burgdorferi s.l.* отримано у 25 (39,1%) осіб із 64, а негативні результати – у 39 (60,9%).

Імуноглобуліни класу G до *B. henselae* методом непрямой імуофлуоресценції виявлено в сироватках крові 5 (7,8%) із 64 обстежених хворих на кропив'янку.

При паразитологічному дослідженні фекалій хворих на кропив'янку цисти лямблій знайдено у 15 (23,4%) осіб із 64 обстежених; за допомогою методу ІФА сироваткові антитіла класу M до антигенів лямблій виявили у 5 (7,8%) пацієнтів із кропив'яркою.

Висновки. Наявність у сироватці крові хворих на кропив'янку специфічних антитіл до *B. burgdorferi s.l.* (збудника Лайм-бореліозу) та *B. henselae* (збудника бартонельозу) може свідчити про причетність зазначених збудників кліщових інфекцій до виникнення цього алергодерматозу.

Виявлення лямбліозу у 20 (47,6%) осіб із 42 пацієнтів із ідіопатичною кропив'янкою дає підстави вважати цей паразитоз одним із тригерних факторів виникнення уртикарій.

Дану роботу виконано в рамках комплексних науково-дослідних робіт кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами ТНМУ імені І.Я. Горбачевського МОЗ України «Вивчення епідеміології, патогенезу і клініки Лайм-бореліозу в ендемічних регіонах України, в тому числі в Тернопільській області, та вдосконалення його діагностики, терапії, реабілітаційних заходів і профілактики» (номер державної реєстрації 0118U000357) та «Моно- і змішані інфекції, що передаються кліщами, вдосконалення лікувально-діагностичних технологій і заходів біобезпеки» (номер державної реєстрації 0120U104348).

Експериментальне дослідження екстракту пуповини для корекції вікових змін шкіри

Прокопюк В.Ю.^{1,2}, Шевченко Н.О.², Прокопюк О.С.², Каверінська А.І.²

¹ Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна,

² Інститут проблем кріобіології та кріомедицини НАН України, м. Харків, Україна

Вступ. Стовбурові клітини та гілауронова кислота є перспективними компонентами, для використання в косметології. Їх використання призводить до відновлення тургору шкіри та позитивно впливає на її клітини. Джерелом їх отримання традиційно є тканина пуповини. Метод кріоекстракції є одним з ефективних методів отримання ростових факторів стовбурових клітин та гілауронової кислоти. Попередні дослідження на оваріоектомованих щурах пізнього віку демонструють системний характер впливу кріоекстракту тканин пуповини. Введений внутрішньошкірно кріоекстракт приводив до відновлення шкіри в місці ін'єкції та інших ділянках шкіри. Можливий ефективний вплив кріоекстракту пуповини на клітини, органи та системи органів є невизначеним.

Мета роботи. Визначити вплив кріоекстракту пуповини на різні клітинні культури *in vitro*.

Матеріали та методи. Отримання кріоекстракту відбувається шляхом гомогенізації та триразового заморожування екстракту пуповини. В дослідженні були використані різні клітинні культури щурів, а саме: фібробласти шкіри, нейроклітини, клітини кісткового мозку та спленоцитів. Кріоекстракт становив 10% від середі культивування. Методи оцінки клітин: конфлюентність моношару, вигляд клітин, МТТ-тест метаболічної активності, скретч тест на міграційні властивості клітин. Критерії Краскела-Уолеса застосовували для статистичної обробки отриманих даних.

Результати роботи. За допомогою МТТ-тесту показано, що кріоекстракт пуповини підвищує метаболічну активність фібробластів, та вірогідно підвищувалась для клітин кісткового мозку та спленоцитів, проте ефекту на нейроклітини не спостерігається. Інших реакцій на зазначені вище критерії: форма клітин, конфлюентність моношару, міграційна активність клітин виявлено не було.

Висновки. Кріоекстракт пуповини впливає на підвищення метаболічної активності гепатоцитів, фібробластів, клітин кісткового мозку, спленоцитів. Відсутній вплив кріоекстракту на метаболічну активність нейроклітин. За отриманими результатами спостерігається загальний стимулюючий ефект кріоекстракту пуповини.

Анкетування як фактор моніторингу прихованої гіперандрогенії в діагностиці акне

Саріан О.І.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Значна частота акне у популяції, хронічний рецидивуючий перебіг, психосоматичний дискомфорт та порушення соціальної адаптації обумовлюють актуальність проблеми. За даними статистики, акне діагностується у 45–54% пацієнтів віком до 25 років, частіше у жінок. Однією з причин виникнення акне андроген-опосередкована гіперфункція сальної залози внаслідок гіперандрогенія. Виділяють два види гіперандрогенії: абсолютну (синдром Іценко-Кушинга, синдром полікістозних яєчників) та відносну (рецепторну), що пов'язано з підвищеною чутливістю клітин до андрогенів, зокрема до дегідротестостерону. Часто результати дослідження гормонального статусу не виявляють значних відхилень від норми, при цьому лікарю важливо оцінити інші клінічні ознаки гіперандрогенії та призначити правильне лікування.

Мета роботи: вивчити та оцінити можливість анкетування у моніторингу раннього виявлення прихованої гіперандрогенії у пацієнтів з акне.

Матеріали та методи: розроблено анкету, на підставі якої проведено вибіркоче очно-заочне анкетування у період з квітня 2021 року по грудень 2021 року. Критерії включення до анкетування: акне будь-якого ступеня тяжкості, вік 18–30 років, згода пацієнта на участь у дослідженні. Критерії виключення: вік до 18 та після 30 років. В опитуванні прийняли участь 112 осіб віком від 18 до 29 років (середній вік $(20,3 \pm 0,4)$ роки), які страждають на акне різного ступеня тяжкості. Серед них чоловіків – 47 (41,9%), жінок – 65 (58,1%). З усіх протестованих 23 особи (20,5%) зверталися раніше до дерматолога, отримували антибіотики (доксидиклін), вітаміни та/або зовнішню терапію, 39 осіб (34,8%) – до косметолога.

Результати та обговорення: 13,4% опитаних мали закінчену вищу освіту, незакінчену вищу у 67,8%, середньо-спеціальну – 18,8%. Тип шкіри визначався опитаними як нормальний – у 17 (15,1%) осіб, жирний – 36 (32,4%), сухий – 5 (4,5%), чутливий – 32 (28,5%), комбінований – 22 (19,6%). Визначено наступні супутні захворювання: захворювання шлунково-кишкового тракту – 17,9%, обтяжений алергоанамнез у 5,3%, патологія серцево-судинної системи у 7,1%, порушення ендокринної системи – 12,5%. Під час проведення анкетування 16,9% пацієнтів приймали комплексні вітаміни, 9,8% хворих – різні лікарські препарати (лікування ГРВІ, негормональне лікування соматичної патології).

Дебют захворювання відбувався 10 до 17 років, пік припадав на 14 років – 69 (61,6%). У 106 (94,6%) респондентів висипання локалізувалися на обличчі (підборіддя – 64,5%, ніс – 17,7%, щоки – 84,3%, скронева область – 15,2%, лоб – 10,33%), з них у 51,3% поєднувалися з висипами на шії (7,7%) та спині (43,6%). Кількість елементів до 10, що відповідає легкому ступеню акне, відзначали 32 людини (15 жінок, 17 чоловіків), до 20 – у 54 (41 жінок та 13 чоловіків), понад 20 – у 23 (9 жінок та 14 чоловіків), понад 30 – у 3 (чоловіки). Пов'язують появу акне з весняно-літнім періодом 35,1% хворих, з літньо-осіннім – 32,8% пацієнтів, інші опитані (32,1%) не виявляють чіткої сезонності. Появу нових висипів пов'язували зі стресом частіше жінки (41,5%), ніж чоловіки (4,8%).

Надмірний ріст волосся в андрогензалежних зонах (гіпертрихоз) відзначили 47,3% опитаних (60,4% жінок, 39,6% чоловіків). У жінок відзначалося посилене росту волосся на нижній частині живота в області білої лінії, в промежині; надмірне зростання пушкового волосся на обличчі (підборіддя, верхня губа). Для оцінки алопеції при було використано критерії Гамельтона (за шкалою – ступеня А – Б у 6,4% опитаних чоловіків). Крім цього, 26,8% відзначають підвищену пітливість, із них 17,4% чоловіків. Досить часто виявлялася себорея: жирний тип себореї є у 26,7%, сухий тип – у 11,2% з усіх опитаних.

Окрім питань, пов'язаних з початком і розвитком акне, респондентам запропоновано низку питань, що уточнюють їхній психосоматичний стан. Більшість опитаних за даними анкети можна назвати підвищеною агресивністю (35,6%), наявністю астено-вегетативних розладів (загальна слабкість, нестійкість психоемоційного стану, швидка стомлюваність, порушення сну (52,7%).

Часті інфекційні захворювання – ГРВІ більше ніж 2 рази на рік (у середньому – 3,5 разів), грип відзначала більшість осіб (69,6%). Підвищення артеріального тиску визначено у 22,3% (не перебувають на обліку).

Гінекологічний анамнез обтяжений у 31,2% опитаних, спадковий анамнез (синдром полікістозних яєчників) – у 11,6%. Барифонія та маскулінізація не відзначаються. Менархе з'явилося у віці від 11 до 15 років (у середньому – $(14,1 \pm 0,6)$ років у 75,0% опитаних). Менструації переважно тривають понад 5 днів (76,5%), мають середню болочість у кожній третій опитаній жінки, значну болочість у 9,2%. Ясні менструації відмічали 9 (13,8%) дівчат. Більше половини опитаних відзначають порушення менструального циклу (не менше 1–2 разів на рік). Пов'язують погіршення перебігу акне (появу нових елементів) із початком менструації 16,9% осіб. У 3 респонденток (4,6%) в анамнезі були вагітності, пологи, аборти. З усіх опитаних гормональні контрацептиви приймають 38 осіб. Це клайра, ярина, жанін, регулон, марвелон та ін. Ці засоби жінки приймаються від 4 місяців до 3,4 років на момент тестування. Відзначили покращення перебігу акне після початку прийому гормональних контрацептивів 84,2% жінок, решта опитаних неодноразово переривали прийом контрацептивних засобів, після відміни засобів перебіг акне і стан шкіри погіршувалися, посилювалася себорея.

Висновки: анкетування є ефективним способом виявлення прихованої гіперандрогенії, що дозволяє своєчасно провести обстеження і спрямувати на консультацію до ендокринолога/гінеколога та коригувати цей стан.

Наведені у тезах дані є результатом виконання науково-дослідної роботи «Оптимізація терапії хронічних дерматозів на підставі вивчення клінічних особливостей та патогенетичних механізмів» (номер державної реєстрації 0118U000302).

Сучасні можливості лазерних технологій для вирішення деяких дерматоестетичних проблем

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

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Лазерна косметологія є одним з найбільш ефективних і безпечних напрямків для вирішення більшості дерматоестетичних проблем. Пристрої, що генерують лазерне випромінювання, дозволяють згладжувати зморшки, відновлювати контур обличчя, зменшувати пігментації та пори, позбавляти від розтяжок і рубців, покращувати загальний стан шкіри і багато іншого. Лазерні методи розрізняються довжиною хвилі, потужністю впливу, глибиною проникнення, частотою і тривалістю імпульсів і іншими фізичними показниками. Для однієї і тієї ж процедури можуть використовуватися різні види лазерів. І навпаки один лазер може охопити собою безліч різних процедур і ефектів.

Мета роботи – вивчити можливість, ефективність та доцільність застосування лазерних технологій для вирішення деяких дерматоестетичних проблем пацієнтів.

Проаналізовано та представлено результати терапії із використанням апарату Nordlys (вузкоспектровий IPL (PR530 і VL 555), FRAX 1550) у пацієнтів з різними дерматоестетичними проблемами.

Під нашим спостереженням перебувало 118 пацієнтів (42 чоловіка і 76 жінок віком від 18 до 65 років), 17 (14,41%) хворих з куперозом, 29 (24,58%) з розацеа, 26 (22,03%) хворих акне, 21 (17,80%) постакне, 15 (12,71%) з поверхневими пігментаціями і 10 (8,47%) глибокими пігментаціями.

Для лікування куперозу і розацеа використовували вузкоспектрові IPL технології Nordlys. Під час процедури лазерний промінь впливає виключно на гемоглобін, нагріваючи судини та коагулюючи їх. Дрібна судинна сітка або поодинокі судинні утворення під впливом спеціального фільтра Nordlys практично «склеюються» зсередини і кровоплин припиняється. Процедури проводили протягом 5–30 хвилин з інтервалами 1–2 тижні, 2–5 процедур на курс. Для видалення судинних зірочок на обличчі використовували делікатний режим лазера, який унеможливає будь-які uszkodження ніжної шкіри обличчя. Ефект був помітний одразу (дрібні судинки зникали миттєво, а більші – ставали меншими та невиразними).

Для лазерного лікування акне використовували IPL терапію, яка базується на впливі світлового потоку, що здатний швидко усувати вогнище запалення, сприяти гибелі патогенних мікроорганізмів, зменшувати синтез шкірного сала, прискорювати кровообіг і посилювати регенерацію клітин. Процедури проводили протягом 15–45 хвилин з інтервалами 2 тижні, 4–5 процедур на курс. У хворих з акне I–II стадії прояви акне зникали після 4–5 процедури без залишкових явищ (рубців), а в пацієнтів з III стадією – після 5–7 процедури. Після проходження рекомендованого курсу спостерігалось зменшення запальних елементів (папул та пустул), чорних цяток, помітне висвітлення проблемних ділянок, звуження пор та нормалізація роботи сальних залоз, вирівнювання колір та рельєф обличчя.

Для корекції гіперпігментації використовували мультифункціональну платформу Nordlys. Пацієнтам з поверхневими пігментаціями (веснянки, хлоазми, вторинні гіперпігментації) рекомендовано 2–3 процедури тривалістю 5–30 хвилин, хоча видимий ефект наступав відразу після першої, хворим з глибокими пігментаціями (посттравматична та виражені хлоазми) паралельного застосовували біоревіталізацію, PRP-терапію та депігментуючі мезокосметики.

Для оцінки ефективності лікування всім пацієнтам визначали дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ) до та після проведеного лікування. У хворих з куперозом ДІЯЖ до лікування становив $12,54 \pm 0,54$, після лікування $8,43 \pm 0,65$, хворих з розацеа відповідно: $16,96 \pm 0,75$; $9,82 \pm 0,97$, у пацієнтів з акне і постаакне відповідно: $19,53 \pm 0,65$; $10,98 \pm 1,58$ та $14,42 \pm 0,49$, $8,38 \pm 0,52$, у хворих з поверхневими та глибокими пігментаціями відповідно: $11,83 \pm 0,58$; $8,42 \pm 0,39$ та $13,92 \pm 0,64$; $9,22 \pm 0,42$, ($p < 0,001$).

Внаслідок проведеного комплексного лікування з використанням лазеротерапії у пацієнтів всіх груп вірогідно покращились показники ДІЯЖ: у хворих з куперозом та розацеа – на 48,75% та 72,71%, акне та постаакне – на 77,87% та 72,07%, поверхневими та глибокими пігментаціями – на 40,49% та 50,98%, ($p < 0,001$). Важливо відмітити, що навіть помірне (на 1–2 бали) зменшення впливу шкірного захворювання на окремі аспекти ДІЯЖ в результаті призводило до достовірного покращення цього показника після лікування.

Крім того, до лікування лише 36 (30,51%) хворих спостерігали помірний вплив шкірного захворювання на ЯЖ, в той час як 82 (69,49%) пацієнтів відмічали значний вплив. Проте, після проведеного комплексного лікування з використанням лазеротерапії лише 14 (11,86%) пацієнтів відчували значний вплив свого шкірного захворювання на їх ЯЖ, в той час, як всі інші 104 (88,14%) хворих відмічали значне покращення ЯЖ.

Лазеротерапія в комплексному лікуванні хворих з дерматоестетичними проблемами дозволяє усунути деякі чинники розвитку дерматозу, зменшити клінічні прояви та призводить до вірогідного ($p < 0,05$) покращення показників ЯЖ, психоемоційного стану, працездатності і може бути рекомендована абсолютній більшості пацієнтів завдяки безпечності і мінімальній кількості побічних ефектів.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735

Специфічний імунітет при мікозах та оніхомікозах: вплив грибової сенсibiliзації на загальну алергізацію організму

Солошенко Е. М., Шевченко З. М., Ярмак Т. П., Супрун К. Г.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Проблема мікозів та оніхомікозів є актуальною в зв'язку з широким розповсюдженням грибової інфекції, високою контагіозністю дерматофітів, тривалим, хронічним перебігом, здатністю алергізувати організм пацієнта та погіршувати якість його життя. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я ці захворювання відмічають у 5–25% населення земної кулі, в Україні цей показник сягає 30%, а його щорічний приріст – 5%. Грибові інфекції створюють передумови для проникнення вторинної інфекції, викликають серйозні захворювання шкіри: екзему, піодермію, бешихове запалення з подальшим ураженням кровоносних та лімфатичних судин, погіршують перебіг хронічних патологічних процесів, негативно впливають на імунітет. Вельми важливим є й те, що досить часто патогенні та умовно патогенні гриби можуть індукувати мікогенну алергію з формуванням нової патології – кропив'янки, васкуліту, еритеми, алергічного дерматиту, бронхіальної астми, вазомоторного риніту.

Мета роботи – вивчити вплив сенсibiliзації до грибів на імунну відповідь хворих на мікози та оніхомікози.

Матеріали та методи досліджень. Під наглядом знаходилось 76 хворих на мікози та оніхомікози, з яких у 69 хворих був мікози і оніхомікози. Чоловіків було 32 (42,1%), жінок 44 (57,9%) у віці від 19 до 77 років.

Визначення специфічних антитіл класу Ig E до *Candida albicans*, *Penicillium notatum*, *Aspergillus fumigatus*; антитіл класу IgG до *Aspergillus fumigatus* та *Candida albicans*; загального імуноглобуліну E в сироватці крові проведено за допомогою імуноферментного аналізу (ELISA) з застосуванням діагностичних наборів згідно з інструкцією виробника тест-систем.

Усі хворі були розділені на дві групи. До I групи увійшли хворі з підвищеними антитілами специфічними класу Ig E до *Candida albicans*, *Penicillium notatum*, *Aspergillus fumigatus* – 38 осіб (50%). У 26 пацієнта (68,4%) були підвищені антитіла специфічні класу Ig E лише до одного з видів грибів, зокрема до *Aspergillus fumigatus* було 10 осіб (38,4%), до *Candida albicans* – 8 осіб (30,8%), до *Penicillium notatum* – 8 осіб (30,8%). У 12 пацієнтів (31,6%) були підвищені антитіла специфічні класу Ig E до двох видів грибів, здебільшого до *Candida albicans* та *Aspergillus fumigatus* – 6 осіб (50%). Вміст цих антитіл в сироватці хворих варіював від 1,0 до 45,9 МОд/мл (при нормі – до 0,35 МОд/мл). У 28 пацієнтів (73,7%) цієї групи в якості супутньої патології відмічали: екзему – 7 (25%), кропив'янку – 5 (17,8%), васкуліт – 5 (17,8%), еритему – 4 (14,3%), алергічний дерматит – 4 (14,3%), піодермію – 3 (10,8%).

У II групі були пацієнти, у яких рівень специфічних антитіл класу Ig E до цих грибів був у нормі – 38 осіб (50%), у 10 пацієнтів (26,3%) відмічали в якості супутньої патології: кропив'янку – 4 (40%), екзему – 4 (40%), алергічний дерматит – 2 (20%).

Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб, з яких чоловіків було 7 (46,7%) і 8 жінок (53,3%) віком від 20 до 72 років.

Аналіз проведених досліджень свідчить, що вміст специфічних антитіл класу Ig E до *Candida albicans*, *Penicillium notatum*, *Aspergillus fumigatus* у хворих I групи відносно показників II групи хворих та практично здорових осіб був вищий відповідно в 38,7 та 56,4 рази. Вміст антитіл класу IgG до *Aspergillus fumigatus* у хворих I групи відносно показників II групи хворих та практично здорових осіб був вищий відповідно в 1,2 та 7,8 рази, а антитіл класу IgG до *Candida albicans* – в 3,9 та 6,7 разів. Рівень загального імуноглобуліну E в сироватці крові хворих I групи був вищий відповідно в 1,2 та 2,1 рази. Кількість антитіл IgG до *Aspergillus fumigatus* та *Candida albicans* у пацієнтів II групи перевищувала показники контрольної групи відповідно в 4,6 та 1,2 рази, а вміст загального імуноглобуліну E – в 1,5 рази.

Висновки. Таким чином, аналіз проведених досліджень вказує на відхилення в системі гуморального імунітету, які свідчать про імунологічну декомпенсацію в сторону підвищення вмісту специфічних антитіл класу Ig E до *Candida albicans*, *Penicillium notatum*,

Aspergillus fumigatus, антитіл класу IgG до *Aspergillus fumigatus* та *Candida albicans*, загального імуноглобуліну Е в сироватці крові хворих на мікози та оніхомікози, що, в свою чергу, свідчить про більш тривалий, хронічний перебіг захворювання та приєднання супутньої патології в вигляді алергічних захворювань.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи «Оптимізація комплексних методів лікування хворих на оніхомікоз з абсолютними та відносними протипоказаннями до системної протигрибкової терапії» (номер державної реєстрації 0119U102309)

Роль плазмотерапії в лікуванні вторинних гіперпігментованих плям та хронічних виразок

Туркевич С.А., Іванюшко – Назарко Н.В., Вольбин С.В., Рудник Т.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Плазмотерапія одна з найпопулярніших та найбезпечніших ін'єкційних процедур в області косметології та дерматології, яка базується на використанні потенціалу власної крові пацієнта, а саме плазми збагаченої тромбоцитами внаслідок центрифугування.

На сьогоднішній день у дерматології плазма крові збагачена тромбоцитами найчастіше застосовується як додатковий метод терапії при лікуванні різних форм алопеції, постакне, акне, ангіоневрозів шкіри, гострих та хронічних виразок різної етіології (діабетичні, венозні, травматичні та ін.), вторинних гіперпігментованих плям та різних косметичних дефектів шкіри.

Плазма крові здатна забезпечувати величезну кількість факторів росту та різних білків, які здатні стимулювати процес загоєння. Застосування плазмотерапії прискорює неоваскуляризацію, збільшує кровопостачання та надходження поживних речовин, необхідних для регенерації клітин у пошкодженій тканині. Плазмотерапія стимулює проліферацію та диференціювання клітин, які беруть участь у процесі загоєння.

Для зовнішнього лікування пацієнтів з гострими та хронічними виразками та вторинними гіперпігментованими плямами ми використовували внутрішньодермальні ін'єкції плазми крові збагаченої тромбоцитами (завдяки її потенційним можливостям у регенеративній медицині) паралельно з традиційними методами терапії.

Мета роботи – дослідити клінічну ефективність плазмотерапії у лікуванні пацієнтів з хронічними виразками різної етіології (діабетичні, венозні, травматичні та ін.) та вторинними гіперпігментованими плямами.

Під нашим спостереженням було 12 пацієнтів з хронічними виразками (8 – основна група, 4 – контрольна), та 10 пацієнтів з вторинними гіперпігментованими плямами (6 пацієнтів основна група, 4 – контрольна група).

Контрольна група – хворі, які лікувалися традиційною трапезією. Пацієнтам основної групи вводили їхню плазму внутрішньодермалью. Ін'єкції плазми проводили до 5 разів з інтервалом 10–14 днів. За потреби, крім того, проводили традиційну терапію.

У всіх пацієнтів основної групи протягом лікування спостерігалось клінічне поліпшення процесів регенерації, прискорення епітелізації та загоєння хронічних виразок, а також висвітлення гіперпігментованих плям.

Плазмотерапія займає важливе місце в регенеративній медицині та є ефективним і можливим додатковим варіантом лікування хронічних виразок та вторинних гіперпігментованих плям. Збагачена тромбоцитами плазма крові при терапії пацієнтів з хронічними виразками та вторинними гіперпігментованими плямами може розглядатися як цінний допоміжний метод лікування.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735

Панч-біопсія шкіри та її роль в постановці заключного дерматологічного діагнозу

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

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Сучасність та дотримання протоколів вимагає від дерматолога застосування в своїй практиці ряду інструментальних, апаратних методик і методів для постановки діагнозу, які дають можливість визначити не лише вид, ай головне – причину виникнення захворювання. А рання діагностика часто стає вирішальним фактором у лікуванні пацієнта. Панч-біопсія з подальшим патогістологічним дослідженням зазвичай є ключовим методом дослідження, що дозволяє поставити або підтвердити заключний діагноз в складних дерматологічних випадках.

Мета роботи – вивчити доцільність та ефективність проведення панч-біопсії шкіри у складних дерматологічних випадках з метою встановлення заключного діагнозу.

Проведено панч-біопсію шкіри 54 пацієнтам з не встановленим заключним дерматологічним діагнозом віком від 21 до 70 років, з них 34 жінок (62,96%) та 20 чоловіків (37,04%). У 11 пацієнтів (20,37%) захворювання тривало більше 5 років, у 17 (31,48%) – від 1 до 5 років, у 26 (48,15%) – менше року. Попередні діагнози поділялись наступним чином: папульозно-сквамозні дерматози передбачались у 9 (16,66%) пацієнтів, бульозні – у 15 (27,77%), алергодерматози – 10 (18,52%), генодерматози – 3 (5,55%), колагенози – 5 (9,26%), передраки та раки шкіри – 12 (22,22%).

У 45 пацієнтів (83,33%) панч-біопсія шкіри дозволила встановити заключний діагноз, який відповідав попередньому, а у 9 (16,67%) – на жаль, ні, що заставило розширити діагностику іншими, більш вузькоспеціалізованими та дороговартісними методами. У 34 пацієнтів (62,96%) діагноз попередній відповідав заключному (папульозно-сквамозні дерматози – у 5 (9,26%) пацієнтів, бульозні – у 9 (16,67%), алергодерматози – 4 (7,41%), генодерматози – 3 (5,56%), колагенози – 4 (7,41%), передраки та раки шкіри – 9 (16,67%)). У 11 пацієнтів (20,37%) діагноз заключний не відповідав попередньому і дозволив призначити пацієнтам ефективну патогенетичну терапію.

При складних дерматологічних випадках у 83,33% панч-біопсія дозволила встановити точний діагноз, що підтверджує її ефективність. Отже, частіше в практиці дерматовенеролога використовувати біопсію шкіри для підтвердження чи спростування діагнозів, що дає можливість вчасно рекомендувати необхідну патогенетичну терапію. Співпраця дерматовенеролога та патогістолога впливає на ефективність та результати діагностичного пошуку панч-біопсії. Патогістологічне дослідження повинно включати при потребі (при бульозних дерматозах, лімфомах та інших) ПІФ та більш специфічні методи діагностики.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735

Взаємозв'язок порушень показників глікемічного профілю та мікроциркуляції у пацієнтів з оніхомікозом стоп

Чаплик-Чижо І.О., Сизон О.О., Білинська О.А., Бабак І.Д.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Частота оніхомікозу стоп в загальній популяції становить 10–20% та зростає відповідно до віку і вже у віці поза 60 років становить 31%. Це впливає на якість життя пацієнтів, загрозу зараження контактних осіб та соціальну адаптацію. Лікування таких хворих є довготривалим і не завжди ефективним в зв'язку з супутньою патологією, яку слід враховувати та коригувати комплексною терапією пацієнтів з оніхомікозом стоп.

Мета роботи – провести аналіз показників глікемічного профілю та розладів мікроциркуляторного русла у пацієнтів з оніхомікозом стоп.

Нами обстежено 36 хворих з оніхомікозом стоп віком від 45 до 70 років, з них 16 жінок (44,4%) та 20 чоловіків (55,6%). Усі вони мали супутню патологію: ожиріння. В контрольну групу ввійшли 20 здорових осіб аналогічного віку (10 чоловіків та 10 жінок, що складало по 50%). Проявом ожиріння рахувалась об'єм талії (ОТ), яка перевищувала у жінок більше 80 см і більше 94 см у чоловіків, індекс маси тіла (ІМТ = відношення маси тіла в кілограмах на квадрат зросту в метрах), який перевищував 25,0 кг/м². Рівень глюкози крові вимірювався натще на автоматичному біохімічному аналізаторі. Глюкозований гемоглобін (HbA1c) визначався імунотурбодинамічним методом. Мікроциркуляторні розлади визначались на основі лазерної доплерівської флоуметрії.

При дерматологічному огляді та посіві на грибки у всіх пацієнтів було підтверджено оніхомікоз стоп (висіяно *Trichophyton rubrum*).

У всіх пацієнтів була підвищена маса тіла ІМТ рівнявся $37,78 \pm 0,15$ кг/м², що відповідає загальному ожирінню 2-го ступеня (ІМТ – 35,0 до 40,0 кг/м²), ОТ, як основна ознака абдомінального ожиріння була збільшена і складала в середньому $127,6 \pm 8,6$ см. При біохімічному дослідженні крові встановлено підвищення рівня глюкози крові до $7,94 \pm 0,07$ ммоль/л і HbA1c до $6,82 \pm 0,05\%$ порівняно з групою здорових осіб (глюкоз – $4,36 \pm 0,03$ ммоль/л, HbA1c – $4,55 \pm 0,09\%$) ($p < 0,05$ для обох показників). На підставі результатів дослідження мікроциркуляції у 30 хворих (83,3% хворих) на оніхомікоз стоп виявлено наявність мікроциркуляторних розладів у шкірі уражених пальців стоп, із них за спастичним типом – 19 (63,3%), застійно-статичним – 9 (30%), гіперемічним – 2 (6,7%). У контрольній групі розладів мікроциркуляції не виявлено.

В ході проведеного аналізу ми отримані результати, що вказують на високу частоту порушень глікемічного профілю та мікроциркуляції у хворих з оніхомікозом стоп, що слід враховувати при комплексному обстеженні та подальшому лікуванні таких пацієнтів.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи 0120U105735