



Відзначено, що у хворих які отримували Лакто та РеО-вода, раніше зникали симптоми інтоксикації: лихоманка, загальна кволість. Аналіз клінічних проявів з боку шлунково-кишкового тракту виявив більш виражений ефект, отриманий при використанні такої комбінації, що проявилось більш швидкою нормалізація випорожнень, зникнення больового синдрому в животі.

Бродовська Н.Б.
ВИЗНАЧЕННЯ ЧАСТОТИ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ПОКАЗНИКІВ
ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ОРГАНІВ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ
У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛЕСКАТИЙ ЛИШАЙ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Червоний плесканий лишай – хронічний запальний дерматоз, який у загальній структурі дерматологічної захворюваності складає від 0,8 % до 2,5 %. Згідно статистичних даних, рівень захворюваності на червоний плесканий лишай в останні роки має тенденцію до зростання, особливо серед осіб активного працездатного віку. Актуальність дерматозу також визначають особливості його клінічного перебігу – поширений характер ураження шкіри, інтенсивний свербіж висипки, хронічний рецидивний перебіг, збільшення частки хворих із тяжкими клінічними формами дерматозу, торпідними до стандартних методів лікування, що знижують працездатність пацієнтів на тривалий час. Тому актуальною задачею сучасної дерматології є визначення патогенетичних чинників розвитку й обтяженого перебігу червоного плескатоного лишая з метою підвищення ефективності лікування таких пацієнтів.

Відомо, що червоний плесканий лишай є мультифакторним дерматозом, який часто перебігає на тлі хронічних вогнищ інфекції та супутніх захворювань, у тому числі – органів шлунково-кишкового тракту. Встановлено, що гепатопатії (біліарний та алкогольний цироз печінки, активні гепатити вірусної етіології, аутоімунні ураження печінки) виявляють у 7%-11% хворих на червоний плесканий лишай та розцінюються як один із факторів ризику у розвитку цього дерматозу.

Метою роботи було визначити частоту коморбідної патології та показники функціональної активності органів гепатобіліарної системи у хворих на червоний плесканий лишай – жителів Чернівецької області.

Під нашим спостереженням перебували 32 пацієнти (19 жінок, 13 чоловіків) віком від 21 до 76 років – жителів Чернівецької області, в яких було діагностовано червоний плесканий лишай з різним ступенем поширеності та різною тривалістю основного захворювання. Контрольну групу склали 24 практично здорові особи подібного віку й статі. При обстеженні лікарями суміжних спеціальностей у більшості – у 27 (84,4%) хворих на червоний плесканий лишай були виявлені супутні соматичні захворювання та хронічні вогнища інфекції в носота ротоглотці. Так, у 12 (37,5%) пацієнтів було діагностовано хронічні захворювання серцево-судинної системи, з них у 7 (21,9 %) осіб – гіпертонічну хворобу. Хронічні захворювання ЛОР-органів встановлено в 11 (34,4 %) пацієнтів. Також у хворих на червоний плесканий лишай виявляли захворювання органів шлунково-кишкового тракту: хронічний гастрит – у 8 (25,0 %) осіб, виразку дванадцятипалої кишки – у 2 (6,3 %), хронічний панкреатит – у 2 (6,3 %) та хронічний коліт – у 1 (3,1 %) пацієнта. Однак найчастіше у хворих на червоний плесканий лишай діагностували захворювання органів гепатобіліарної системи – у 19 (59,4%) з 32 обстежених пацієнтів, у тому числі: хронічний холецистит – у 11 (34,4 %) осіб, хронічний гепатит невірусного генезу – у 5 (15,6%) пацієнтів та гепатит С – у 3 (9,4%) осіб, які у більшості пацієнтів супроводжувалися змінами з боку біохімічного аналізу крові. Так, підвищення у сироватці крові активності гаммаглутамілтранспептидази встановлено у 17 (53,1%) пацієнтів, активності аланінамінотрансферази – у 13 (21,9 %) осіб, а аспартатамінотрансферази – у 12 (37,5 %) осіб, сироваткового вмісту загального білірубину, переважно непрямой фракції – у 12 (37,5 %) пацієнтів, а холестерину – у 13 (40,6 %) хворих.



Отже, у більшості обстежених хворих на червоний плесканий лишай встановлено супутні соматичні захворювання, серед яких найбільш частою патологією є зміни з боку органів гепатобіліарної системи, що слід враховувати при обстеженні таких пацієнтів та призначенні їм комплексної терапії.

Денисенко О.І.

ВИЗНАЧЕННЯ ХАРАКТЕРУ ВИДОВОГО СКЛАДУ ТА ПОПУЛЯЦІЙНОГО РІВНЯ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ У ХВОРИХ НА АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Алергічні захворювання шкіри (алергодерматози) у структурі дерматологічної захворюваності в Україні складають від 20% до 40%, на сучасному етапі мають тенденцію до більш тяжкого клінічного перебігу з поширеним ураженням шкіри, розвитком ускладнень, частими рецидивами, резистентними до лікування, що призводить до втрати хворими працездатності та соціальної активності на тривалий час. Тому однією з актуальних задач сучасної дерматовенерології є визначення патогенетичних чинників обтяженого клінічного перебігу алергічних дерматозів з метою удосконалення їх лікування та профілактики. Згідно даних сучасних досліджень, алергічні захворювання шкіри характеризуються складним мультифакторним патогенезом, у їх розвитку й перебігу вагоме значення мають зміни імунної й нейроендокринної регуляції, дисбаланс оксидантно-антиоксидантного гомеостазу, гемодинамічні порушення тощо. Водночас вагоме значення у розвитку й перебігу хронічних дерматозів відводять вогнищам хронічної інфекції, змінам біоценозу кишківника тощо, що у пацієнтів із алергодерматозами є недостатньо вивченим і потребує уточнення.

Метою роботи було вивчити та проаналізувати характер змін видового складу та популяційного рівня мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на різні клінічні форми алергодерматозів. Проведено обстеження 34 хворих на алергодерматози, з них 19 чоловіків і 15 жінок віком від 19 до 73 років. Серед обстежених пацієнтів найбільшу кількість склали хворі на екзему – 27 (79,4%) осіб, у тому числі її мікробні форми (паратравматична, варикозна, нумулярна екзема) – у 16 (47,1%) осіб, справжню (істинну) екзему діагностовано в 11 (32,3%) осіб; у 7 (20,6%) хворих встановлено атопічний дерматит (ліхеноїдна форма – у 5, еритематозно-сквамозна форма – в 2 осіб). У більшості – у 29 (85,3%) хворих патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у 5 (14,7%) – був обмеженим; у 27 (79,4%) хворих дерматоз мав хронічний перебіг від 6 місяців до 17 років, а у 7 (20,6%) – діагностований вперше. Склад мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на алергодерматози досліджували мікробіологічним методом. Встановлено, що лише у 6 (17,6%) хворих на алергодерматози (переважно з легким клінічним перебігом й обмеженим ураженням шкіри) реєструється стан нормобіоценозу порожнини товстої кишки, а у більшості – в 28 (82,4%) пацієнтів є зміни з боку показників кишкової флори з ознаками дисбіозу I - IV ступенів, які проявляються зниженням популяційного рівня бактерій роду *Bifidobacterium* та *Lactobacillus* на тлі збільшення вмісту ентеробактерій (*Enterobacter*, *Proteus*), стафілококів (*Staphylococcus saprophiticus*), дріжджоподібних грибків роду *Candida* та цвілевих грибків роду *Aspergillus*. Так, у 15 (у 44,1%) пацієнтів виявлено дисбіоз I та II ступенів (відповідно: у 14,7% та 29,4%), а у 13 (38,2%) – дисбіоз III та IV ступенів (відповідно: у 26,5% та 11,7%). При цьому встановлено взаємозалежність між ступенем змін стану кишкової мікробіоти та клінічними формами алергодерматозів. Так, серед 18 хворих на істинну екзему та атопічний дерматит у більшості (у 15 осіб – 83,3%) діагностовано стан нормоценозу чи дисбіоз I та II ступенів і лише в 3 (16,7%) осіб – III ступеня, а серед 16 хворих на мікробні форми екземи у 6 (37,5%) осіб виявлено стан нормоценозу чи дисбіоз I та II ступеня, а у решти 10 (62,5%) осіб – III і IV ступенів, що згідно непараметричного дисперсійного аналізу Фрідмана має вірогідну відмінність ($\chi^2 = 7,53$ за критичного значення цього показника – 3,84).

Отже, у більшості хворих на алергодерматози встановлено зміни якісних та кількісних показників мікробіоти порожнини товстої кишки з ознаками дисбіозу різного ступеня