



Буковинський державний
медичний університет



Міністерство охорони здоров'я
України



Департамент охорони здоров'я
Чернівецької обласної
військової адміністрації



МАТЕРІАЛИ

науково-практичної конференції
з міжнародною участю

**“СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА
ПРОФІЛАКТИКИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ
В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ”**

29-30 вересня 2022 року
м. Чернівці



Чернівці
2022

УДК: 616.5+616.97]-036-07-08-084(063)
С 91

“Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики дерматовенерологічної патології в умовах реформування медичної галузі”: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Чернівці, 29-30 вересня 2022 року). Чернівці: БДМУ, 2022. 176 с. *(Затверджено вченою радою Буковинського державного медичного університету 22 вересня 2022 року, протокол № 3).*

У збірнику представлено матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики дерматовенерологічної патології в умовах реформування медичної галузі”. Розглядаються актуальні аспекти діагностики, лікування та профілактики поширених інфекційних і неінфекційних дерматозів та інфекцій, що передаються статевим шляхом, шляхом застосування у медичній практиці новітніх методів діагностики та сучасних засобів системної та топічної терапії, призначення яких базується на засадах доказової медицини, а також актуальні питання оптимізації викладання дерматовенерології здобувачам медичної освіти з урахуванням реформування медичної галузі.

Наукові рецензенти: професор Ольга ДЕНИСЕНКО
доцент Михайло ПЕРЕПІЧКА

Організатори конференції не завжди поділяють думку учасників. У збірнику максимально точно відображається орфографія та пунктуація, запропонована учасниками.

ISBN 978-617-519-003-6

© Буковинський державний
медичний університет, 2022

ЗМІСТ

I. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ ТА НАДАННЯ НАСЕЛЕННЮ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ	9
Степаненко В.І., Свирид С.Г., Головченко Д.Я., Степаненко Р.Л. СУЧАСНИЙ СТАН ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ ЛІКАРІВ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ В УКРАЇНІ ТА РЯДІ ПРОВІДНИХ КРАЇН СВІТУ	9
Анфілова М.Р., Бондар С.А., Дмитренко С.В. НЕОБХІДНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ «ДЕРМАТОЛОГІЇ КАТАСТРОФ» У НАЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ	13
Денисенко О.В., Дригибко Ж.Д. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ТЕМИ «ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ/ СНІД» СТУДЕНТАМ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА»	15
Денисенко О.І., Перепічка М.П., Гаєвська М.Ю., Бродовська Н.Б., Гуз Л.О., Степан Н.А., Сторожук М.В., Шуленіна О.В., Волошина Х.-Б.А. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ ЗДОБУВАЧАМ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ	17
Коляденко К.В., Федоренко О.Є. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОЄДНАННЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ В ОКРЕМИХ МЕДИЧНИХ ВНЗ УКРАЇНИ ТА ДИСТАНЦІЙНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ, ЗУМОВЛЕНИХ ВІЙНОЮ ТА ЗАПРОВАДЖЕННЯМ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ	21
Корхов С.С. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ	25
Корхов С.С. ЩО НЕ ТАК У ВИКЛАДАННІ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ (СУБ'ЄКТИВНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ)	27
Перепічка М.П., Денисенко О.І., Мисковець В.В., Бербець Д.А. РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ГУРТКА У ПІДВИЩЕННІ РІВНЯ ЗНАНЬ З ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ У ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ	30
Фаленчук О.Б. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ: СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ТА МЕТА-АНАЛІЗ	33

II. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ	37
Ivanov S.V., Stepanenko V.I. SOME ASPECTS OF APPLICATION OF AUTOHEMOPERFUSION IN THE TREATMENT OF SEPARATE CHRONIC DERMATOSIS	37
Karvatska Y.P., Denysenko O.I., Rezeek A.M.F. IMMUNE AND HYPOPHYSEAL-THYROID SYSTEMS INDICES IN PATIENTS WITH ACNE FROM REGIONS OF IODINE DEFICIENCY	39
Khomko O.Y., Sydorчук R.I., Sydorчук L.P., Knut R.P., Tkachuk O.V., Kifiak P.V. EFFICACY OF PASSIVE IMMUNOTHERAPY IN ABDOMINAL SEPSIS	41
Khomko O.Y., Sydorчук R.I., Sydorчук L.P., Knut R.P., Tkachuk O.V., Kifiak P.V. MICROFLORA OF ACUTE FESTERING-NECROTIC PROCESSES OF SOFT TISSUES INFLUENCED BY LOCAL APPLICATION OF ADSORBED ANTIBIOTICS	43
Sydorчук R.I., Khomko O.Y., Sydorчук L.P., Knut R.P., Tkachuk O.V., Kifiak P.V. ELEVATED SERUM CHOLESTEROL: A NEW MARKER FOR ABDOMINAL SEPSIS?	45
Sydorчук R.I., Khomko O.Y., Sydorчук L.P., Knut R.P., Tkachuk O.V., Kifiak P.V. THE DIABETIC FOOT SYNDROME CLINICAL MORPHOLOGY	47
Voroshylova L.V. EXAMER LASER AND HIGH INTENSITY UVB SYSTEMS IN TREATMENT OF PSORIASIS	53
Андрієць О.А., Боднарюк О.І., Андрієць А.В. ДІАГНОСТИКА САЛЬПІНГООФОРИТІВ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ	55
Ашаніна І.В., Тимофєєва Л.М., Гончаров С.В., Ашаніна Д.Д. СУЧАСНІ ПІДХОДИ У ДІАГНОСТИЦІ МЕЛАНОМИ ШКІРИ	59
Бабак І.Д., Сизон О.О., Білинська О.А., Дашко М.О. ЗМІНИ ВОЛОССЯ ПРИ ПІДСИЛЕНОМУ ВИПАДІННІ В ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕНОГО COVID-19	62
Бардов П.В., Шевченко О.П. КОРЕКЦІЯ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ЗАПАЛЕННІ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ЧОЛОВІКІВ	65
Білинська О.А., Бабак І.Д., Чаплик-Чижо І.О. РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОСТАЗУ В ПАТОГЕНЕЗІ ЕКЗЕМИ	68

Бойко В.В., Денисенко О.І., Мудряк Л.В., Басиста О.Л., Бобкова С.В., Фесенко О.В., Коба В.І. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РІДКІСНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ІНФІЛЬТРАТИВНО-НАГНІЙНОЇ ТРИХОФІТІЇ	70
Болотна Л.А., Лисенко К.І., Саріан О.І. ПРОБІОТИКИ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ЕКЗЕМИ	73
Бродовська Н.Б., Денисенко О.І. ДОСЛІДЖЕННЯ ОКРЕМИХ ЛАНОК ПАТОГЕНЕЗУ ЧЕРВОНОГО ПЛЕСКАТОГО ЛИШАЮ	76
Буянова І.О., Николайчук Х.Я., Тороус І.М. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕЗОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ АНДРОГЕНЕТИЧНОЇ АЛОПЕЦІЇ У ЖІНОК	79
Возняк І.Я., Сизон О.О., Чаплик-Чижо І.О., Вольбин С.В. АКНЕ – МІСЯ ЗДІЙСНЕННА? КОНСЕНСУС МІЖ ДЕРМАТОЛОГІЄЮ ТА КОСМЕТОЛОГІЄЮ	81
Волошина Н.О., Денисенко О.І., Волошина Х.-Б.А. ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК ОБТЯЖЛИВИЙ ЧИННИК ПЕРЕБІГУ АКНЕ	84
Гаєвська М.Ю., Клобушняк А.Р., Довбуш К.С., Клімук А.В. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИМІКОТИКІВ В ТЕРАПІЇ ГРИБКОВИХ УРАЖЕНЬ ШКІРИ І НІГТІВ	86
Гаєвська М.Ю., Полудняк Р.А., Акшаєва І.М., Клімук А.В. ІНФЕКЦІЙНИЙ ТА ДЕРМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПРИ АТОПІЧНОМУ ДЕРМАТИТІ У ДІТЕЙ	89
Гаєвська М.Ю., Чорна І.В., Чебан Н.М., Клімук А.В. КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ШКІРНИХ ПРОЯВІВ ЕНДОКРИННИХ ПОРУШЕНЬ	91
Гарас М.Н., Іванова Л.А., Горбатюк І.Б., Романчук Л.І. ДЕРМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ COVID-19 У ДІТЕЙ (МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ)	94
Гуз Л.О. ЛЯМБЛІОЗНА ІНВАЗІЯ ЯК ЧИННИК ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗРУШЕНЬ ПРИ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗАХ	96
Гумен А.О., Ткачишина К.С., Степаненко Р.Л. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ІМУНОБІОЛОГІЧНОЇ ДІЇ (СЕКУКІНУМАБУ) В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ ІЗ СРЕДНЬОТЯЖКИМ ТА ТЯЖКИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ	98
Денисенко О.І., Бойко В.В., Перепічка М.П., Глушок В.С., Коба І.Р., Хитик Л.М., Кравцова К.А. ДИСБІОЗ КИШКІВНИКА ЯК ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ЧИННИК ОБТЯЖЕНОГО КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ	101

Запольський М.Е., Лебедюк М.М., Теплюк Ю.В., Істерін М.С., Тимофєєва Л.М. АНАЛІЗ ГІСТОМОРФОЛОГІЧНИХ ТА ДЕРМАТОСКОПІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РІЗНИХ ФОРМ ПАРАПСОРІАЗУ	104
Іванов С.В., Коновалова Т.С., Свирид-Дзядикевич О.С., Манвелова К.А. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КЛОБЕТАЗОЛУ У ЛІКУВАННІ РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕРМАТОЗІВ	106
Іванов С.В., Манвелова К.А. ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМНИХ РЕТИНОЇДІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ	109
Іванюшко – Назарко Н.В., Вольбин С.В., Рудник Т.І., Туркевич С.А. ДЕЯКІ АСПЕКТИ РОЛІ ОКСИДУ АЗОТУ В ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ СТВЕНСА – ДЖОНСОНА	111
Калюжна Л.Д., Петренко А.В., Малаховська Ю.Р. МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНІ ДЕРМАТОЗИ	113
Каспрук Н.М. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОВІДНОСИН COVID-19 ТА ЗАГАЛЬНОГО АЛЕРГІЧНОГО СИНДРОМУ	115
Кондакова Г.К., Семко Г.О., Сокол О.А. ПОЛІМОРФІЗМ <i>TLR1-1602S</i> ТА ПОКАЗНИКИ ОКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ ПРОТЕЇНІВ ПЛАЗМИ КРОВІ ТА ЛІМФОЦИТІВ ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНИЙ ПСОРИАЗ	118
Кутасевич Я.Ф., Олійник О.І., Джораєва С.К., Шевченко З.М. ВИЗНАЧЕННЯ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ПРОВЕДЕНОЇ ТЕРАПІЇ	121
Кучерівська Л.Д., Холоденко Т.В., Денисенко О.І. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛЕЙКОЦИТОКЛАСТИЧНОГО ВАСКУЛІТУ ШКІРИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19	124
Лебедюк М.М., Запольський М.Е., Теплюк Ю.В., Тимофєєва Л.М., Риндіна О.Є. АКТИНІЧНИЙ КЕРАТОЗ, ЧАСТОТА НЕОПЛАСТИЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ У ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ	128
Лисенко К.І. ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ У ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ ЕКЗЕМИ	130
Литинська Т.О., Наумова Л.О., Манвелова К.А. ТОПІЧНА ТЕРАПІЯ ОНІХОДИСТРОФІЙ	133

Нечитайло Ю.М., Нечитайло О.Ю. ДІАГНОСТИКА МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ ПОРУШЕНЬ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ЛОКАЛЬНОЇ ТЕМПЕРАТУРИ ШКІРНИХ ПОКРИВІВ	136
Нікітенко І.М., Левицька О.В., Цимбал О.В., Єрещенко О.О. ЛІПІДНИЙ СПЕКТР ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ПІЗНІ ФОРМИ СИФІЛІСУ	138
Олійник І.О., Абдалла Алія Ель-Саед Ель-Седик ВИВЧЕННЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТЕРЕОЇДНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АКАНТОЛІТИЧНИЙ ПЕМФІГУС	140
Петрук А.М. ВПЛИВ ІНВАЗІЇ ЛЯМБЛЯМИ НА ПЕРЕБІГ КРОПИВ'ЯНКИ	142
Раздайбєдін С.М. ПРОБЛЕМИ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗІВ, ОБУМОВЛЕНИХ <i>MOBILUNCUS SPP.</i> ТА <i>LEPTOTHRIX SPP.</i>	145
Сидорчук Р.І., Хомко О.Й., Сидорчук Л.П., Кнут Р.П., Ткачук О.В., Кіфяк П.В. ГАНГРЕНА FOURNIER – ПОГЛЯД НА ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ	147
Сизон О.О., Дашко М.О., Возняк І.Я. МОЖЛИВОСТІ ЛАЗЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ДЕЯКИХ ДЕРМАТОЕСТЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ	151
Сизон О.О., Дашко М.О., Іванюшко-Назарко Н.В. РОЛЬ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ТА МЕТАБОЛІЧНИХ ЗМІН У ПАТОГЕНЕЗІ АКНЕ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У ЖІНОК	154
Сорокман Т.В. КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ В ПОЄДНАННІ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	157
Сторожук М.В., Денисенко О.І. ДОСЛІДЖЕННЯ АСПЕКТІВ ПАТОГЕНЕЗУ РОЗАЦЕА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РІЗНИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ДЕРМАТОЗУ	159
Ткачишина К.С., Гумен А.О. ЗНАЧЕННЯ СПЕЦИФІЧНИХ АУТОІМУННИХ ПОРУШЕНЬ У ПАТОГЕНЕЗІ ПСОРИАЗУ, АНАЛІЗ ТА ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	163
Туркевич С.А., Іванюшко – Назарко Н.В., Вольбин С.В., Рудник Т.І. НОВІ МЕТОДИ В ЛІКУВАННІ ВТОРИННИХ ГІПЕРПІГМЕНТОВАНИХ ПЛЯМ У ДЕРМАТОЛОГІЇ	166

Федорук В.О., Денисенко О.І., Юшко Ю.М. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТОПІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ВІТИЛІГО	168
Хомко О.Й., Сидорчук Р.І., Сидорчук Л.П., Кнут Р.П., Ткачук О.В., Кіфяк П.В. СТАН КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ПРИ СИНДРОМІ СТОПИ ДІАБЕТИКА	170
Чаплик-Чижа І.О., Бабак І.Д., Дашко М.О., Туркевич С.А. РОЛЬ ПАНЧ-БІОПСІЇ ШКІРИ В ПОСТАНОВЦІ ЗАКЛЮЧНОГО ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ДІАГНОЗУ	173
Чаплик-Чижа І.О., Сизон О.О., Дашко М.О., Возняк І.Я. АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ГЛІКЕМІЧНОГО ПРОФІЛЮ ТА РОЗЛАДІВ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ОНІХОМІКОЗОМ СТОП	175

I. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ ТА НАДАННЯ НАСЕЛЕННЮ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ

СУЧАСНИЙ СТАН ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ ЛІКАРІВ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ В УКРАЇНІ ТА РЯДІ ПРОВІДНИХ КРАЇН СВІТУ

Степаненко Віктор Іванович

завідувач кафедри дерматології та венерології
з курсом косметології,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Свирид Сергій Григорович

професор кафедри дерматології та венерології
з курсом косметології,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Головченко Діана Яківна

доцент кафедри дерматології та венерології
з курсом косметології,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Степаненко Роман Леонідович

професор кафедри дерматології та венерології
з курсом косметології,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Актуальність теми. Важливість організаційно-методологічного аспекту сучасного рівня і підвищення якості надання медичної допомоги пацієнтам дерматовенерологічного профілю обумовлюється великою чисельністю (понад 700 нозологій) різнопланових захворювань шкіри, в тому числі інфекційних і грибкових заразних уражень, а також значною кількістю (понад 20 нозологій) інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом. Крім цього, на сучасному етапі лікар-дерматовенеролог має бути обізнаний та володіти сучасними інструментальними діагностичними та лікувальними методами і

засобами пов'язаними з дерматоонкологією, медичною косметологією та рядом інших суміжних напрямків.

Мета. Провести порівняльний аналіз сучасного стану організації підготовки кадрів лікарів-дерматовенерологів в Україні та ряді провідних країн світу.

Матеріали та методи. Представлено результати аналізу організації підготовки кадрів лікарів-дерматовенерологів на сучасному етапі в Україні та ряді провідних країн світу, зокрема у Німеччині, Франції, Великій Британії, США і Японії.

Результати та обговорення. Підготовка кадрів лікарів-дерматовенерологів у Німеччині і Франції є подібною і відбувається шляхом навчання у резидентурі з дерматовенерології протягом трьох років на профільних кафедрах медичних факультетів Університетів, які мають профільні університетські клініки. До програми відповідної підготовки залучені також ряд субспеціальностей, зокрема алергодерматологія, мікологія, андрологія, медична косметологія, флебологія, оперативне лікування хвороб шкіри.

У Великій Британії підготовка кадрів дерматовенерологічного напрямку та організація надання дерматовенерологічної допомоги суттєво відрізняється в організаційно-методичному плані у порівнянні з більшістю країн Європи. Першочергово потрібно відзначити, що у Великій Британії дерматологія та венерологія є окремими спеціальностями. Попередня підготовка кадрів за спеціальністю «Дерматологія» передбачає обов'язкове проходження навчання з загальної медичної післядипломної освіти протягом трьох років. Крім цього, лікар має успішно пройти усні, письмові та клінічні іспити з загальної медицини та стати членом Королівського коледжу лікарів. Тільки відповідні лікарі можуть бути допущені до підготовки за спеціальністю «Дерматологія» з тривалістю навчання протягом чотирьох років. Відносно назви спеціальності «Венерологія» потрібно зазначити, що ще понад 50 років тому назад з метою уникнення психосоматичних стигм відповідну назву у Великій Британії було змінено на спеціальність «Сечостатева медицина». На теперешній час ця назва спеціальності є також визнаною в країнах, що є членами Європейського Союзу. Допуск до підготовки лікарів за спеціальністю «Сечостатева медицина»,

тривалість якої становить чотири роки також передбачає проходження навчання протягом двох років та успішне екзаменаційне випробування за спеціальностями «Загальна внутрішня медицина» або «Акушество та гінекологія». Підготовка лікарів за спеціальністю «Сечостатева медицина» передбачає також проходження спеціалізації ВІЛ/СНІД – інфекції.

У США лікарі спочатку протягом року мають пройти навчання в інтернатурі та успішно скласти іспити із загальної медицини, хірургії або педіатрії. Тільки після цього лікарі мають право приймати участь у конкурсі для зарахування у спеціалізовану резидентуру з дерматології. Термін навчання становить три роки. У подальшому лікарі-дерматологи можуть продовжувати навчання за субспеціальностями (дерматопатологія, дерматологічна імунологія, хемохірургія). Завершальним етапом навчання є проходження іспиту для отримання первинного сертифікату у Американській раді дерматології. У подальшому лікарі повинні дотримуватись вимог з виконання програми безперервної професійної освіти та періодично проходити атестацію.

Післядипломна підготовка лікарів-дерматовенерологів у Японії здійснюється у спеціалізованих інститутах дерматології протягом п'яти років з обов'язковим складанням екзамену та отриманням сертифікату. У Японії венерологія є складовою спеціальності «Дерматологія». Отриманий сертифікат лікаря-дерматолога повинен підтверджуватися через кожних п'ять років. Обов'язковими умовами для підтвердження сертифікату є необхідність отримання певної кількості «балів» за участь у профільних конференціях, конгресах, вебінарах, а також за проходження курсів підвищення кваліфікації.

В Україні підготовка лікарів за спеціальністю «Дерматовенерологія» здійснюється шляхом навчання в інтернатурі. Вимогою для зарахування в інтернатуру з відповідної спеціальності є наявність у лікаря після закінчення навчання у медичному університеті другого (магістерського) рівня (диплома спеціаліста – для випускників до 2021 року) за спеціальністю Медицина (Лікувальна справа), галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Відповідно до Наказу МОЗ України від 22 червня 2021 року №1254 «Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію», тривалість підготовки лікаря-інтерна за спеціальністю «Дерматовенерологія»

становить два академічні роки. При цьому освітня частина навчання (у закладі вищої або післядипломної освіти) становить шість місяців (по три місяці щорічно), а практична частина (на базі стажування) 16 місяців. На виконання відповідного Наказу МОЗ України підготовка в інтернатурі за спеціальністю «Дерматовенерологія» розпочалася у серпні 2022 року згідно з затвердженим новим графіком освітньої та практичної частини, з загальною тривалістю 24 місяці. Оновлена програма навчання в інтернатурі зі спеціальності «Дерматовенерологія» передбачає вивчення основ шкірних та венеричних хвороб інфекційних, неінфекційних хвороб шкіри, спадкових дерматозів, онкопроліферативних та доброякісних утворень шкіри, елементів ревматології та алергології, а також патогістологічних та серологічних методів об'єктивізації. Відповідна нова навчальна програма по ряду аспектів є частково наближеною до Європейських стандартів післядипломної підготовки медичних спеціалістів.

Висновки. Представлений сучасний стан та аналіз організації підготовки кадрів лікарів дерматовенерологів у ряді провідних країн світу та в Україні вказує на відсутність єдиного підходу, зокрема за структурою спеціальності термінів навчання та навчальних програм. При цьому, відслідковується тенденція до збільшення тривалості навчання. Відповідна тенденція є на нашу думку цілком правомірною і раціональною. Це обумовлюється не тільки великою чисельністю різнопланових нозологічних захворювань дерматовенерологічного профілю, а і зростаючою кількістю новітніх медико-біологічних діагностичних і терапевтичних технологій, які на теперешній час запроваджуються в дерматовенерології. Крім цього, постійне отримання новітніх наукових даних з етіопатогенезу різних захворювань шкіри потребує мультидисциплінарного підходу до їх комплексного лікування, що вимагає опанування лікарями-дерматовенерологами більш поглиблених знань, зокрема з ряду суміжних медичних спеціальностей.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U108877).

**НЕОБХІДНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ «ДЕРМАТОЛОГІЇ
КАТАСТРОФ» У НАЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ**

Анфілова Марина Родіонівна,

професорка кафедри шкірних та венеричних хвороб

з курсом післядипломної освіти

Вінницького національного медичного

університету ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Бондар Сергій Анатолійович,

завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб

з курсом післядипломної освіти

Вінницького національного медичного

університету ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Дмитренко Світлана Володимирівна,

професорка кафедри шкірних та венеричних хвороб

з курсом післядипломної освіти

Вінницького національного медичного

університету ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Відповідно до кваліфікаційних характеристик професій працівників, лікар дерматовенеролог повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я, нормативні акти, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію дерматовенерологічної допомоги населенню, в тому числі швидкої і невідкладної; основи права в медицині; нормативні акти щодо організації боротьби з розповсюдженням венеричних та заразних шкірних хвороб; права, обов'язки і відповідальність лікаря-дерматовенеролога; інформаційні та Інтернет-технології; нормальну та патологічну анатомію тіла людини, гістологію та фізіологію шкіри і статевих органів; сучасну

класифікацію хвороб дерматовенерологічного профілю; етіологію, патогенез, клініку, профілактику шкірних і венеричних хвороб; новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; сучасні методи обстеження, діагностики, лікування та диспансеризації хворих; організацію співпраці з епідеміологами, з акушерами-гінекологами, урологами; основи суміжних спеціальностей: терапії, неврології, гінекології, урології, імунології, фтизіатрії, інфекційних хвороб, вірусології; онкології, медичної генетики; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Але з початком повномасштабного вторгнення, усі лікарі, в тому числі, і дерматологи, зрозуміли нагальну важливість отримання нових, сучасних знань з медицини катастроф та отримання чітких алгоритмів ведення пацієнтів в умовах війни. А оскільки інтенсивність військових дій на території нашої країни продовжує зростати, існує велика ймовірність широкого застосування російськими військовими терористами хімічної зброї і спричинення радіаційної катастрофи. Тому, важливість підготовки клініцистів до збільшення потреби в невідкладній медичній допомозі стає актуальнішою, ніж будь-коли.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М.І. Пирогова провела опитування серед дерматологів Вінницької області щодо готовності реагування і надання медичної допомоги при наслідках використання біологічної зброї, хімічної зброї і радіаційного впливу.

Попередні дослідження показали, що до 85% дерматологів відчували себе не готовими реагувати на хімічні, біологічні та радіаційні катастрофи. Також респонденти опитування прокоментували, що вони вважають, що дерматологи повинні бути краще підготовлені до шкірних захворювань, пов'язаних з біотероризмом (сибірська виразка або віспа). Останні висновки підкреслюють необхідність оновлення навчальних програм та набуття практичних алгоритмів дій по медицині катастроф у дерматологічній спільноті. У той час як медицина катастроф і управління надзвичайними ситуаціями підпадають під категорію екстреної медицини, стратегічна освіта та навчання для професіоналів інших

спеціальностей можуть виявитися надзвичайно цінними та потребують якнайшвидшого удосконалення.

Наведені у публікації дані є результатом виконання науково-дослідної роботи кафедри «Новітні аспекти діагностики, перебігу та розробки і впровадження у практику сучасних методів комплексного лікування хронічних дерматозів та інфекцій, що передаються статевим шляхом», номер державної реєстрації: 0119U000712.

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ТЕМИ
«ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ/ СНІД» СТУДЕНТАМ СПЕЦІАЛЬНОСТІ
«МЕДСЕСТРИНСТВО»**

Денисенко Олександр Васильович,
викладач інфектології та епідеміології,
Чернівецький медичний фаховий коледж,
м. Чернівці, Україна

Дригибко Жанна Дмитрівна,
викладач інфектології та епідеміології,
Чернівецький медичний фаховий коледж,
м. Чернівці, Україна

Вступ. ВІЛ-інфекція/СНІД залишається однією з найбільш актуальних медичних проблем сьогодення через тенденцію до зростання кількості ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД у світі й в Україні зокрема. Одним із методів боротьби з поширенням інфекції є своєчасне виявлення й лікування осіб із ВІЛ-інфекцією/СНІДом, особливо на ранніх стадіях захворювання, тому прояви ВІЛ-інфекції та СНІДу повинні знати всі медичні працівники, у тому числі – середньої ланки надання медичної допомоги населенню.

Основна частина. З метою підвищення ефективності викладання теми «ВІЛ-інфекція/СНІД» студентам спеціальності «Медсестринство» викладачі

фахового коледжу звертають особливу увагу на сучасні дані щодо етіології та епідеміології ВІЛ-інфекції, шляхи її поширення та способи передачі. Особлива увага приділяється клінічним проявам ВІЛ-інфекції/СНІДу, у тому числі на шкірі та слизових оболонках. Згідно класифікації ВООЗ, у перебігу ВІЛ/СНІДу розрізняють чотири клінічні стадії. Після інфікування вірусом імунодефіциту захворювання, як правило, має прихований клінічний перебіг чи проявляється поліаденітом. Разом з тим, уже на другій і наступних стадіях ВІЛ-інфекцію можна виявити за змінами на шкірі та слизових оболонках у вигляді інфекційних і неінфекційних дерматозів та пухлин, які на тлі ВІЛ-інфекції/СНІДу мають характерні клінічні особливості, що детально розглядаються на лекціях і практичних заняттях зі студентами з демонстрацією тематичних фотоілюстрованих наочних засобів.

Під час проведення практичних занять зі студентами спеціальності «Медсестринство» значна увага приділяється етапам медсестринського процесу при веденні хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, зокрема значенню даних анамнезу й об'єктивного обстеження пацієнта, визначенню його наявних проблем, плануванню та реалізації медсестринських втручань зі специфічної лабораторної діагностики, медсестринському спостереженню і догляду, виконанню лікарських призначень залежно від стадії, перебігу та наявності опортуністичних хвороб, а також оцінюванню результатів медсестринських втручань та їх коригуванню. Особлива увага студентів спеціальності «Медсестринство» звертається на принципи профілактики ВІЛ-інфекції, заходи та засоби професійної безпеки медичних працівників, профілактику внутрішньолікарняного зараження ВІЛ-інфекцією, значення санітарно-освітньої роботи серед пацієнтів та населення.

Висновок. Підвищення ефективності викладання теми «ВІЛ-інфекція/СНІД» студентам спеціальності «Медсестринство» в цілому забезпечує їх високоякісну підготовку як медичних фахівців та сприятиме в майбутньому високопрофесійному наданню медичної допомоги профільним пацієнтам на рівні середньої ланки системи охорони здоров'я країни.

**ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ
ЗДОБУВАЧАМ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ
МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ**

Денисенко Ольга Іванівна,
завідувач кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Перепічка Михайло Петрович,
доцент закладу вищої освіти кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Гаєвська Марина Юріївна,
доцент закладу вищої освіти кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Бродовська Надія Борисівна,
асистент кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Гуз Людмила Олександрівна,
асистент кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Степан Наталія Андріанівна,
асистент кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Сторожук Марина Вікторівна,
асистент кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Шуленіна Олександра Валеріївна,
асистент кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Волошина Христина-Богдана Анатоліївна,
асистент кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Вступ. Високоякісна підготовка медичних фахівців є важливою складовою реформування галузі охорони здоров'я України, оскільки від рівня кваліфікації лікаря залежить якість надання населенню медичної допомоги. Підготовка

високопрофесійних та конкурентноспроможних у сучасних умовах ринку праці медичних фахівців передбачає безперервність навчання та впровадження у навчальний процес інноваційних форм і методів викладання, зокрема із застосуванням комп'ютерних технологій, відеофільмів, фотоілюстративних і тренажерних засобів, дистанційних форм навчання тощо. Особливо це є актуальним у період сьогодення – в умовах реформування медичної галузі, період карантинних заходів та військового часу.

Основна частина. Викладання навчальних дисциплін, у тому числі дерматовенерології, у закладах вищої та передвищої медичної освіти передбачає високий рівень підготовки майбутніх медичних фахівців з метою надання населенню України кваліфікованої медичної допомоги. Разом з тим, у період реформування медичної галузі та реорганізації дерматовенерологічної служби, яка супроводжується скороченням ліжко-фонду чи збереженням у структурі медичного закладу лише денного стаціонару, істотно зменшується контингент пацієнтів дерматовенерологічного профілю у базових клінічних установах, що створює значні труднощі при проведенні практичних занять зі здобувачами медичної освіти як на додипломному, так і післядипломному етапах підготовки медичних фахівців при вивченні дисциплін дерматовенерологічного профілю через відсутність тематичних хворих під час вивчення більшості дерматовенерологічних нозологій. Все це вимагає удосконалення існуючих форм і методів навчання та пошуку нових інноваційних технологій при викладанні дерматовенерології здобувачам медичної освіти як на додипломному, так і післядипломному етапах підготовки медичних фахівців.

З метою підвищення ефективності викладання дисципліни «Дерматологія, венерологія» студентам медичних факультетів та дисципліни «Дерматовенерологія» на післядипломному етапі підготовки медичних фахівців викладачі кафедри дерматовенерології Буковинського державного медичного університету у повній мірі застосовують наявні комп'ютерні технічні засоби навчання із демонстрацією тематичних відеофільмів, фотоілюстрованих

презентацій, фотоілюстрованих клінічних задач, вирішенням тестових завдань тощо. У цьому аспекті важливим та ефективним є застосування дистанційних форм позааудиторної підготовки здобувачів освіти із залученням електронних навчально-методичних та навчально-наочних ресурсів, розміщених на сервері дистанційного навчання Буковинського державного медичного університету, який активно функціонує впродовж останніх років. З метою покращення самопідготовки здобувачів освіти на додипломному та післядипломному етапах підготовки медичних фахівців викладачами кафедри дерматовенерології розміщено на сервері дистанційного навчання університету в системі Moodle навчально-методичні та наочні фотоілюстративні матеріали відповідно до змісту навчальної програми з дисциплін та тематики практичних занять.

Зважаючи на сучасні тенденції реформування медичної галузі – відсутність стаціонарних відділень у клінічній базі – обласному шкірно-венерологічному диспансері, а отже – часту відсутність у клініці на момент проведення практичних занять тематичних хворих, особливо важливим у плані підвищення рівня підготовки студентів та лікарів-інтернів до практичних занять є створення банку фотоілюстративного матеріалу з тематичних нозологій, які постійно викладачами кафедри поповнюються. Враховуючи схильність дерматозів на сучасному етапі до патоморфозу клінічного перебігу, окрім фотоілюстрацій типових клінічних проявів захворювань шкіри, проводиться робота щодо створення та активного використання при підготовці медичних фахівців банку фотоілюстративного матеріалу з атипових чи ускладнених форм тематичних дерматовенерологічних нозологій, що особливо є важливим при підготовці лікарів-інтернів з метою своєчасної діагностики та запобігання діагностичних помилок у випадку атипових форм чи ускладненого перебігу дерматозів.

Разом з тим слід зазначити, що використання комп'ютерних засобів навчання та фотоілюстративного матеріалу (навіть значної їх кількості й високої якості) та муляжів не може повноцінно замінити тематичних хворих та повноцінного опанування здобувачами освіти практичними навичками з дисципліни. Тому, зважаючи на певні труднощі, які виникли через закриття

стаціонарного дерматовенерологічного відділення в клінічній базі – обласному шкірно-венерологічному диспансері, одним із способів покращення організації практичної підготовки здобувачів медичної освіти з дерматовенерології стало б створення стаціонарного дерматологічного відділення у складі багатопрофільної університетської клініки, де викладачі кафедри змогли б самостійно вести хворих і залучати їх до проведення практичних занять зі здобувачами медичної освіти, у тому числі – з метою опанування практичними навичками з дерматовенерології, передбаченими навчальними програмами та планами з дисциплін дерматовенерологічного профілю.

Висновок. У період реформування медичної галузі та реорганізації дерматовенерологічної служби, яка супроводжується скороченням ліжко-фонду чи збереженням у структурі лікувального закладу лише денного стаціонару, що створює певні труднощі при проведенні практичних занять зі здобувачами медичної освіти як на додипломному, так і післядипломному етапах підготовки медичних фахівців при вивченні дисциплін дерматовенерологічного профілю через відсутність на момент проведення навчальних занять тематичних хворих, шляхами оптимізації викладання дерматовенерології є широке використання комп'ютерних форм навчання із демонстрацією тематичних відеофільмів, фотоілюстрованих презентацій, фотоілюстрованих клінічних задач тощо, а також постійне оновлення й розширення бази електронних навчально-методичних та навчально-наочних ресурсів, розміщених на сервері дистанційного навчання університету в системі Moodle. Також одним із можливих шляхів підвищення ефективності практичної підготовки здобувачів медичної освіти з дерматовенерології стало би створення спеціалізованих стаціонарів дерматологічного профілю у складі багатопрофільних університетських клінік, що забезпечило б повноцінне опанування здобувачами медичної освіти теоретичними знаннями та практичними навичками з дерматовенерології, передбаченими навчальними програмами з дисципліни.

**АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОЄДНАННЯ ДИСТАНЦІЙНОГО
НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ В ОКРЕМИХ МЕДИЧНИХ ВНЗ УКРАЇНИ
ТА ДИСТАНЦІЙНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ
ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ, ЗУМОВЛЕНИХ ВІЙНОЮ
ТА ЗАПРОВАДЖЕННЯМ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ**

Коляденко Катерина Володимирівна,
доцент кафедри дерматології та венерології
з курсом косметології,
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Федоренко Олександр Євгенович,
професор кафедри дерматології та венерології
з курсом косметології,
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Актуальність. В лютневу ніч 2022 року Російською Федерацією було розпочато агресію проти України під назвою «спеціальна військова операція». Реально ж почалася повномасштабна війна на знищення суверенітету України та її громадян, що незворотно змінило до того звичний для суспільства спосіб життя. Звична для мирного часу система медичної допомоги стала вельми проблемною в окремих регіонах України. Гостро виникло питання як надалі надавати спеціалізовану дерматологічну допомогу пацієнтам у цій екстремальній ситуації та навчати студентів-медиків? Адекватний спосіб було знайдено шляхом активного використання інтернет зв'язку та онлайн спілкування в Facebook і Telegram. Хоча до цього досвід надання медичної допомоги під час війни базувався виключно на її здійсненні лікарями або безпосередньо на полі бою або в шпиталях.

Матеріали та методи. Відразу після початку війни клініцистами було створено кілька постів у Facebook, де повідомлялось про безкоштовну онлайн-консультацію під час війни. Зареєструватися туди міг будь-який медичний фахівець України за власним бажанням. Таким чином, лікарі дерматовенерологи почали отримувати запити про допомогу від потенційних пацієнтів за своїм медичним фахом. В значній мірі в роботі саме дерматологам допомагало те, що пацієнти зв'язувались по відеозв'язку або надсилали фотографії з ураженнями на ділянках шкіри різної локалізації. Ця ж система сучасної комунікації допомагала доволі об'єктивно оцінювати і результати такої дистанційної терапії по моніторингу стану висипань на шкірі до і після відповідної медикаментозної терапії.

Результати та їх обговорення. Отримані в ході такого вимушеного дистанційного консультування та лікування відеозображення різноманітних висипань на шкірі були своєрідною «клінічною базою» для онлайн розбору конкретних клінічних випадків з студентами окремих медичних ВУЗів України, зокрема і Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, що в цей час проходили цикл навчання по курсу дерматовенерології. Відповідні консультування виявилось психологічно достатньо сприйнятливими для частини пацієнтів, враховуючи їх повну анонімність та безкоштовність, а також через можливість проконсультуватися паралельно у кількох медичних фахівців та порівняти їх рекомендації. Участь у такого роду фахових консультаціях виявилась до того ж досить прийнятною і для учбового процесу навчання студентів-медиків, що в період весни та літа проходили курс фахового вишколу на кафедрі дерматології та венерології з курсом косметології. Особливе поживлення таке навчання набувало у випадках, коли пацієнти, спочатку почувши рекомендації викладача, задавали питання - *«А чому інший лікар ставив мені інший діагноз та давав інші рекомендації?»*. Це змушувало лікаря-викладача детально обґрунтовувати поставлений діагноз та рекомендовану терапію. А студенти мали на наступне заняття письмово підготувати своє бачення диференційного діагнозу та лікування цього конкретного випадку.

Тож, такі неочікувані ситуації, на нашу думку, однозначно сприяли як розвитку клінічного мислення у студентів, так і стимулювали викладачів кожного разу більш уважно та критично оцінювати надану про себе пацієнтами аудіо та відео-інформацію. Кожний випадок таких «конфліктних» діагнозів потім неодмінно і детально аналізувався при активній участі самих студентів. При перевірці ж знань в кінці учбового 2-х тижневого циклу вбачалося помітно глибше засвоєння тієї частини учбового матеріалу, на яку випадковим чином припадав розбір та аналіз «профільного конфліктного» діагнозу та його колективного наступного обговорення.

Ще однією суттєвою особливістю фахових дистанційних рекомендацій у військовий час було та поки що є певне обмеження вибору можливих медикаментів, рекомендованих пацієнтам, через їх брак в аптечній мережі, особливо в сільській місцевості. Тож, доводилось переважно рекомендувати до використання кілька схожих за своєю дією медикаментів, що суттєво прискорювало і полегшувало як їх пошук, так і початок використання дерматологічними пацієнтами.

Також заслуговує на окрему увагу питання щодо психологічного несприйняття оточуючими факту наявності патологічних висипань на відкритих ділянках шкіри у тимчасових переселенців. Особливо гостро це проявлялось у випадках їх вимушеного перебування в неізольованих приміщеннях (спортивні зали шкіл, ангари, великі палатки) поряд з іншими людьми. Прикрою дійсністю є і те, що у певної частини населення все ще є побоювання бути мало не миттєво інфікованим при побутових контактах з поміченою ними висипкою на шкірі у дерматологічного пацієнта, змушеного публічно медикаментозно обробляти турбуючу його ділянку шкіри. Особливо прикрі міжособистісні психологічні конфлікти формуються у випадках наявності виразного свербіжу та розчухів патологічних висипань на ділянках шкіри, не прикритих одягом. І ці вмотивовані переживання відбуваються на фоні загальної високої психологічної стурбованості-стресу населення від реальної щоденної загрози суттєво постраждати від чергового артилерійського

чи ракетного обстрілу за місцем свого знаходження. Мали місце кілька звернень вимушених тимчасових переселенців по відеозв'язку з вимогою кудись терміново відселити такого дерматологічного хворого. І таке дистанційне «консультування» було вкрай нервовим і не завжди успішним. Найбільш результативним воно було лише у випадках, коли серед таких осіб був хоч хтось із медичною освітою, чи особа наділена адміністративними повноваженнями. Найменш результативним було консультування молодих жінок з малими дітьми та осіб дуже похилого віку, обтяжених різноманітною соматичною патологією.

За перші півроку війни було отримано декілька сотень запитів від різних пацієнтів з дерматологічними проблемами. Домінуюча частина цих людей мали різні клінічні прояви алергічної реакції на шкірі та слизових, простого або оперізуючого герпесу, псоріазу, екземи, рожевого лишая та різноманітних травматичних пошкоджень шкіри.

Висновки. В умовах повномасштабної війни вдалося доволі оперативно створити робочу систему дистанційного навчання основам дерматовенерології для вітчизняних та іноземних студентів у НМУ імені О.О. Богомольця та консультування профільних пацієнтів. Отримано переважно позитивний досвід її використання впродовж березня-липня 2022 року шляхом активного використання інтернет зв'язку та онлайн спілкування в Zoom, Facebook та Telegram.

Найбільш виразний педагогічний ефект спостерігався при раптових (непередбачуваних) онлайн зверненнях пацієнтів за консультацією під час проведення учбових занять. В таких випадках фаховий вишкіл студентів, що приймали активну участь в обговоренні того чи іншого клінічного випадку, був максимальним і виразно сприяв формуванню у них клінічного мислення та основ професійного психотерапевтичного спілкування з пацієнтами.

Наведені данні є результатом виконання дослідницької роботи (номер державної реєстрації: 0121U108877).

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Корхов Сергій Сергійович,
доцент кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Сьогоденні потреби практики охорони здоров'я вимагають від медичних вищих навчальних закладів підготовки фахівців широкого профілю. У цьому плані більш ніж своєчасним стало створення інституту сімейних лікарів. Це очевидно. Природньо, що реформа вищої медичної освіти найщільнішим чином пов'язана з ідеєю міжпредметного інтегрування, поміждисциплінарного комплексного підходу.

Однією з складових частин підвищення рівня підготовки майбутніх фахівців є удосконалення учбових планів і програм, що забезпечують оптимальну міжкафедральну інтеграцію. Це забезпечить збалансований і водночас багатовекторний підхід до питань, що вивчаються з однієї сторони, і раціонального розподілу і використання навчального часу. Цілком очевидна необхідність збільшення питомої ваги дерматовенерології у загальній програмі підготовки сімейних лікарів. Треба остаточно позбутися помилкового стереотипу про те, що дерматовенерологія є “вузькою” спеціальністю. Сімейний лікар не може бути кваліфікованим фахівцем, якщо йому не знайомі основи дерматовенерології, якщо він не розуміє, що шкіра є “дзеркалом” здоров'я і хвороби. Більше того, треба вважати однією з обов'язкових сторін підготовки лікарів широкого профілю знання не тільки основ, але і елементів дерматології та венерології. Це дозволить їм оперативно і на високому професійному рівні вирішувати питання допомоги населенню, надавати екстрену амбулаторну допомогу хворим з розповсюдженими і особливо заразними дерматозами та венеричними захворюваннями, впевнено проводити ефективні профілактичні заходи. Доцільно навести слова видатних клініцистів

Д. Плетньова та В. Когана-Ясного (1929), що категорично стверджували, говорячи про універсальність специфічних уражень при сифілісі "... всякий врач без различия специальности должен быть сифилидологом, то есть он должен ... уметь находить самые ранние симптомы заболевания различных органов в рамках хотя бы своей специальности".

У цих умовах особливу актуальність набуває проблема відбору змісту, адекватного цілям навчання. Головним критерієм змісту для учбової програми в цілому і конкретно для кожної лекції і кожного практичного заняття є його значимість в майбутній професійній діяльності сімейного лікаря, а також для вивчення наступних тем та дисциплін. Підкреслимо також необхідність диференціювання глибини вивчення (рівня засвоєння) окремих тем, в залежності від їх професійного і міждисциплінарного значення. Це, в свою чергу, потребує відповідального підходу до вибору методів навчання і контролю.

Сучасний етап професійної медичної підготовки характеризується значним збільшенням обсягів, складності і темпів засвоєння учбового матеріалу. В цих умовах особливо зростає роль педагогічної майстерності викладача, рівень його психолого-педагогічної і методичної готовності керувати процесом підготовки фахівця на сучасному рівні. Для того, щоб процес навчання був ефективним, викладачу слід користуватися відповідними методиками підходу до клінічного навчання. Необхідним є створення сприятливого учбового клімату, використання аудіо-візуальних засобів, застосування методів взаємоактивного навчання, тренування та його сполучення з іншими методами клінічного навчання, треба об'єктивно оцінювати компетентність знань та навичок.

Кваліфіковані викладачі в процесі навчання повинні вміти виступати у різних ролях. Наприклад, вони мають бути інструктором при читанні ілюстрованих лекцій і проведенні демонстрацій у аудиторії; діяти як помічники при проведенні занять в малих групах, ролевих іграх чи аналізі клінічних ситуацій; виступати у ролі тренера, коли допомагають у проведенні

процедур та маніпуляцій під час практичних занять. І нарешті, оцінюючи якість виконання завдання, вони повинні бути досвідченими експертами, спроможними оцінювати знання та практичні навички учасників навчання.

Усе це повинно відбуватися і, на щастя, відбувається на головній учбовій сцені викладання дерматовенерології. Але, на жаль, існує ще і закулісся цієї визначної вистави. Підводна течія намагається порушити ті фундаментальні основи, на яких базується відтворений десятиріччями алгоритм викладання дерматовенерології. Ні у якому разі ми не збираємось заперечувати необхідність реформування. Навпаки. Збалансовані, кваліфіковані, обґрунтовані нововведення без сумніву дозволять розраховувати на підвищення рівня підготовки сімейних лікарів та лікарів-дерматовенерологів.

ЩО НЕ ТАК У ВИКЛАДАННІ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ (СУБ'ЄКТИВНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ)

Корхов Сергій Сергійович,
доцент кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Реформа вищої медичної освіти без сумніву є виключно важливим державним завданням, механізми вирішення якого повинні забезпечити збалансовані, кваліфіковані, обґрунтовані нововведення, які серед іншого підвищать рівень підготовки майбутніх лікарів. Дерматовенерологія є однією з виключно важливих дисциплін у багатобарвній палітрі медичних напрямків, серед тих що вивчають здобувачі вищої медичної освіти. Неможливо перебільшити значення медичних, соціальних, юридичних та деяких інших питань які охоплює дерматовенерологія.

Однак, на тлі деяких нововведень, виникає ряд дуже важливих і мабуть навіть болючих питань, які по суті є визначальними у методології

викладання дерматовенерології. Мова йде про її місце, обсяг, структурування та деякі інші обставини у викладанні дисципліни при підготовці здобувачів вищої освіти. Ці побоювання базуються на необґрунтованій (з нашої точки зору) спробі перевести дерматовенерологію у групу «вибіркових дисциплін». Без сумніву, надання адміністрації ВНЗу можливості самостійно визначати пріоритети і знаходити баланс у навчальній програмі, цілком відповідає потребам реформи медичної освіти. Але, на жаль, дерматовенерологія стала однією з перших (а можливо і першою) невиправданою жертвою цього реформування.

Важко навіть уявити, що частина майбутніх лікарів, отримавши дипломи, не матимуть уяви про заразні і розповсюджені дерматози та венеричні хвороби. Для сімейних лікарів висип на тулубі дорослого чи дитини залишиться таємницею. Скорочення кількості лікарів-інтернів йде в унісон до цих негараздів.

У деяких медичних вищих навчальних закладах більше не планується викладання дерматовенерології на стоматологічному факультеті. Швидше за все автори цієї ініціативи забули, що значна кількість дерматозів вражає слизову оболонку порожнини рота. Багато з них починаються, а деякі майже виключно локалізуються у цій зоні. Щодо оральних прояв сифілісу, то, говорячи за це, коментарі будуть зайві. Адже порожнина рота є виключно значима та інформативна зона у діагностиці цієї тяжкої і, на жаль, вельми розповсюдженої хвороби.

Необхідно прийняти до уваги особливості сучасного стану у країні. Вочевидь, що у період війни актуальність усіх цих питань збільшується у рази. Багатовіковий досвід боротьби з венеричними хворобами та соціально значущими заразними дерматозами свідчить, що в моменти соціальних потрясінь (війни, епідемії, стихійні лиха та ін.) різко збільшується захворюваність на відповідну патологію. Отже, слід чекати на зростання захворюваності на інфекційні та венеричні хвороби. На жаль, це об'єктивний

процес, вплинути на який дуже складно, майже неможливо. Але досвід протидії цій проблемі показує, що адекватне та оперативне реагування на ситуацію може значною мірою запобігти чи мінімізувати можливі трагічні наслідки. Саме тому, доречно звернути увагу на те, що ліквідація дерматовенерологічних стаціонарів на базі диспансерів, зміна підпорядкувань та локацій вже імпровізованих стаціонарів та відділень поліклінічної сітки, навряд виходять з медичних потреб і мають сенс. Швидше за все інтереси цих рухів мають іншу природу. Крім того, що виключно важливо для навчального процесу, таке змінювання дислокації, як правило, не враховує інтереси здобувачів вищої освіти і вищого навчального закладу у цілому. І з жалем можливо констатувати, що погіршення логістики у цьому випадку, не є саме гірше. Виникає ситуація, коли логістика вже не буде мати ніякого значення, оскільки клінічної бази по суті вже не буде.

І ще одне. Архаїчний вислів: «Кадри вирішують усе», ніколи не втратить свого глибинного сенсу. Ті, хто контролює процеси регулювання кадрової політики, посилаючись на особливості сьогодення, у деяких випадках, нажаль, незбалансовано використовують цей найкоштовніший ресурс реформування.

Ще раз маємо рацію наголосити на те, що на даний час, враховуючи цілу низку обставин, які ускладнюють роботу дерматовенерологів як у практичній сфері, так і при викладацькій діяльності на кафедрах вищих навчальних закладів (війна, COVID-19, стадія реформування та деякі інші моменти), дерматовенерологічна служба, як ніколи раніше, потребує внутрішньої концентрації та зовнішньої підтримки. Боротьба з венеричними захворюваннями, СНІДом, заразними дерматозами, вирішення ще цілої низки медичних та соціально-юридичних проблем з ними пов'язаними, була, є і залишиться винятково важливим завданням успішного розвитку держави.

РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ГУРТКА У ПІДВИЩЕННІ РІВНЯ ЗНАНЬ З ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ У ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Перепічка Михайло Петрович,

доцент закладу вищої освіти кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Денисенко Ольга Іванівна,

завідувач кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Мисковець Валерія Валентинівна,

студентка 6 курсу медичного факультету №1,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Бербець Дмитро Андрійович,

студент 4 курсу медичного факультету №1,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Актуальність. Підготовка висококваліфікованих медичних працівників є основною задачею закладів вищої та передвищої медичної освіти в умовах реформування медичної галузі. У зв'язку зі змінами в галузевих та робочих навчальних програмах, у тому числі з навчальної дисципліни “Дерматологія, венерологія”, які полягають у зменшенні навчальних годин на аудиторні заняття і збільшення частки годин на самостійну роботу студентів, одним із завдань кафедр вищих медичних навчальних закладів є залучення студентів до роботи в студентських наукових гуртках, які є однією з важливих форм навчання та виховання студентів у позааудиторний час.

Метою роботи було проаналізувати склад студентського наукового гуртка кафедри дерматовенерології та ефективність засвоєння студентами-гуртківцями знань і навичок з основ дерматовенерології.

Результати. Студентський науковий гурток кафедри дерматовенерології Буковинського державного медичного університету створений і функціонує з моменту заснування кафедри. У різні роки гурток відвідували не лише студенти 4 курсу, на якому вони вивчали шкірні та венеричні хвороби, але й студенти інших курсів (2 – 6 курсів), при цьому не лише студенти, які у майбутньому мріяли стати лікарями-дерматовенерологами, але й ті, які хотіли глибше опанувати знаннями з дерматовенерології. Як засвідчує досвід, студенти-гуртківці під час роботи в студентському науковому гуртку краще опановували теоретичним матеріалом і практичними навичками з дерматовенерології, виявляли значно кращі знання на іспитах і заліках з дисципліни, а також неодноразово займали призові місця на студентських конкурсах і конференціях. Так, староста студентського наукового гуртка кафедри дерматовенерології була призером V, VI та VII Міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених – ВІМСО 2019 (I місце), ВІМСО 2020 (I місце) та ВІМСО 2021 (III місце).

Значення студентського наукового гуртка в умовах реформування медичної галузі зростає. У зв'язку з реорганізацією дерматовенерологічної служби та закриттям в обласному шкірно-венерологічному диспансері (клінічній базі кафедри дерматовенерології) стаціонарного дерматовенерологічного відділення для лікування хворих на хронічні і тяжкі дерматози та інфекції, що передаються статевим шляхом, зі збереженням лише денного стаціонару, істотно зменшився контингент пацієнтів дерматовенерологічного профілю у базовій клінічній установі, що створює значні труднощі при проведенні практичних занять зі здобувачами медичної освіти при вивченні дисципліни “Дерматологія, венерологія” через відсутність тематичних хворих під час вивчення більшості дерматовенерологічних нозологій. Також згідно змісту навчальної програми з дисципліни “Дерматологія, венерологія”

відбулося зменшення переліку нозологій для аудиторного вивчення здобувачами освіти та винесення на самостійне опанування низки важливих питань, зокрема таких як принципи лікування в дерматології та венерології, туберкульоз шкіри та інших, тому одним із шляхів удосконалення роботи студентського наукового гуртка кафедри дерматовенерології є розгляд та обговорення на засіданнях гуртка в першу чергу саме тих тем, які винесені на самостійне опанування студентами. При цьому важливим аспектом підвищення теоретичного та практичного рівня знань студентів – майбутніх медиків є опанування необхідними знаннями та практичними навичками, що часто через відсутність тематичних хворих здійснюється шляхом вирішення клінічних фотоілюстрованих ситуаційних задач, перегляду тематичних презентацій тощо. У зв'язку з цим актуальною задачею є удосконалення наочних засобів для проведення засідань студентського наукового гуртка, більш широке використання комп'ютерних форм навчання, розширення бази фотоілюстрацій тематичних нозологій, створення нових фотоілюстрованих клінічних задач тощо. Важливе значення має також залучення студентів-гуртківців до наукової роботи, підготовки тематичних рефератів, участі в наукових конференціях, конкурсах, а також у санітарно-просвітницьких акціях тощо, що в цілому сприяє не лише підвищенню теоретичної та практичної підготовки студентів із дерматовенерології, але й формуванню багатогранної особистості сучасного медичного працівника.

Висновок. Залучення здобувачів медичної освіти різних курсів та спеціальностей до участі в роботі студентського наукового гуртка кафедри дерматовенерології та постійне удосконалення наочних засобів, форм і методів проведення засідання гуртка є важливим аспектом підвищення рівня знань студентів із дисципліни “Дерматологія, венерологія”, а також формування особистості майбутнього лікаря в умовах реформування медичної галузі.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ: СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ТА МЕТА-АНАЛІЗ

Фаленчук Олеся,
ад'юнкт-професор,
університет Торонто,
м. Торонто, Канада

Доказова медицина є стандартом в прийнятті медичних рішень щодо вибору методик профілактики, діагностики та лікування хворих у Західному світі. Вона базується на наукових дослідженнях із застосуванням статистичних методів оцінки ймовірності ефективності та ризику і дозволяє приймати оптимальні клінічні рішення [1].

Різні види наукових медичних досліджень мають різну ступінь доказовості [2]. Наприклад, опис клінічних випадків має меншу ступінь доказовості порівняно з рандомізованими клінічними дослідженнями. Систематичний огляд та мета-аналіз – це наукові методики, які мають найвищий ступінь доказовості [3]. Систематичний огляд – це синтез опублікованих оригінальних досліджень з метою одержання єдиного висновку на базі результатів багатьох досліджень. Ця наукова методика використовує цілий ряд принципів, які дозволяють включати лише дослідження з високим рівнем доказовості у систематичний огляд та виключити випадкові та систематичні помилки. Мета-аналіз – це методика статистичної обробки даних зібраних у ході систематичного огляду.

Систематичний огляд покликаний забезпечувати повний, вичерпний огляд сучасної літератури, що відноситься до певної теми. Першим кроком у проведеному систематичному огляді є формулювання наукового питання для пошуку. Популярним є метод PICOS (Population, Intervention, Control, Outcomes, Study Design), в якому дослідники повинні визначити популяцію, вид медичної інтервенції, тип контрольної групи, медичні показники та тип медичного дослідження для пошуку літератури [4]. Наприклад, питання для пошуку може

бути сформульоване як “Чи допомагає препарат, що містить бетаметазон та саліцилову кислоту краще в порівнянні з препаратом, що містить лише бетаметазон у зменшенні площі псоріатичної висипки у жінок клімактеричного віку?”. У цьому прикладі популяцію складають жінки клімактеричного віку, препарат, що містить бетаметазон та саліцилову кислоту є медичною інтервенцією, жінки, які використовують препарат, що містить бетаметазон є контрольною групою, площа псоріатичної висипки є медичним показником, та рандомізовані клінічні дослідження є типом досліджень для включення у систематичний огляд.

Сформульовані PICOS є основою для ретельного формування методики пошуку літератури. Пошук літератури здійснюється з використанням як бібліотечних баз даних (EBSCO, ProQuest, OVID), так і більш загальних пошукових баз літератури (Web of Science, Scopus, Google Scholar). На додаток, пошук так званої “сірої” літератури (неопубліковані наукові звіти, дисертації, тези конференцій, бази даних зареєстрованих рандомізованих клінічних досліджень тощо) також необхідний. Крім того, рекомендуються ручні методи пошуку, які включають перегляд основних наукових журналів по тематиці, а також літератури процитованої у знайдених релевантних дослідженнях [5].

Пошук літератури зазвичай включає велику кількість нерелевантних джерел. Тому, на наступному етапі, всі результати пошуку скануються на предмет їх релевантності. Цей процес включає два етапи. На першому етапі скануються лише назви та анотації статей. Ті дослідження, які пройшли перший етап сканування, проходять повне сканування тексту. Зазвичай, сканування проводиться одночасно двома науковцями для забезпечення достовірності цього процесу.

При прийнятті рішень про релевантність тих чи інших досліджень, науковці керуються критеріями, які вони формулюють на початковому етапі. Ці критерії можуть включати PICOS, а також інші характеристики досліджень, такі як роки, країни та мови публікації статей.

Наступним етапом систематичного огляду є ретельне перечитування кожного вибраного дослідження і створення бази даних з характеристиками кожної публікації, а також результати статистичних аналізів. Ця база даних далі стає основою для проведення мета-аналізу. Методика мета-аналізу дозволяє вирахувати єдиний статистичний результат на базі багатьох подібних досліджень. При цьому кожне дослідження має різний вплив на кінцевий результат в залежності від величини вибірки, що використовувалася. Таким чином досягається високий ступінь доказовості даної методики [6].

Кожне клінічне дослідження, що включається у систематичний огляд, оцінюють за шкалою якості методики. Систематичні огляди у медичній науковій галузі керуються принципами Cochrane Review [7]. Звітування результатів систематичного огляду керуються принципами PRISMA [8].

Опубліковані систематичні огляди дозволяють лікарям та іншим медичним працівникам значно звузити пошук сучасної літератури для прийняття клінічних рішень, покращення професійного рівня та використання лише методик, ефективність яких доведена. Це дозволяє зекономити час, людські та фінансові ресурси системи охорони здоров'я.

Література.

- [1] Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. (1996). *Evidence-based medicine: What it is and what it isn't*. BMJ. 312 (7023): 71–72.
- [2] Murad M.H., Asi N., Alsawas M., et al. (2016). *New evidence pyramid*. BMJ Evidence-Based Medicine. 21:125-127.
- [3] Linares-Espinós E., Hernández V., Domínguez-Escrig J.L., Fernández-Pello S., Hevia V., Mayor J., Padilla-Fernández B., Ribal M.J. (2018). *Methodology of a systematic review*. Actas Urol Esp (Engl Ed). 42(8): 499-506.
- [4] Methley A.M., Campbell S., Chew-Graham C., McNally R., Cheraghi-Sohi S. (2014). *PICO, PICOS and SPIDER: A comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews*. BMC Health Serv Res. 14(1): 1-10.

- [5] Bearman M., Dawson P. (2013). *Qualitative synthesis and systematic review in health professions education*. Medical Education. 47 (3): 252–260.
- [6] Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. SAGE publications, Inc.
- [7] Higgins J.P., Thomas J., Chandler J., Cumpston M., Li T., Page M.J., Welch V.A., eds. (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. training.cochrane.org
- [8] *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. www.equator-network.org.

II. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

SOME ASPECTS OF APPLICATION OF AUTOHEMOPERFUSION IN THE TREATMENT OF SEPARATE CHRONIC DERMATOSIS

Ivanov V. Sergiy

Associate professor of department of dermatovenerology
and cosmetology,
O.O. Bogomolets National Medical University,
Kyiv, Ukraine

Stepanenko I. Victor

Head of department of dermatovenerology
and cosmetology,
O.O. Bogomolets National Medical University,
Kyiv, Ukraine

Introduction. The use of external ultra-violet irradiation (UVI) of skin with medical object has long-standing traditions. Thus, professor dermatovenerologist Pototskiy I.I. (Kyiv, 1979) offered to use the zonal UV-irradiation of skin in erythema and hypererythema doses at the psoriasis treatment and to use suberythema doses at the pyoderma treatment. UV-irradiation provides desensibilisation effect and increase protection power of an organism. With that the use of autoperfusion of UV-irradiated blood (AUVIB) at the skin diseases treatment (including autoimmune and allergic aetiology diseases) is limited at the present time. The modern data give evidence about the stimulation of cell-humoral immunity, non-specific reactivity, improvement of rheological properties of blood as a result of AUVIB action.

Objective - to study the efficacy of AUVIB at the treatment of sequence chronic dermatosis.

Materials and methods. AUVIB treatment is carried out to 56 psoriasis patients, to 14 neurodermatitis patients and to 4 lichen ruber planus patients. AUVIB made with the “Isolda” MD-73M device at 20 ml/min blood velocity. The blood was irradiated by short 254 nm UV-rays (SUV) in the quartz cell. The blood was leaked through the cell by peristaltic pump. The volume of irradiated blood was 120-150 ml. The number of procedures for the course of treatment was 7-12 times. The period between the 1st and the 2nd procedures was 1 day, for the following procedures the period was 3 days. The condition of the cell and humoral immunity, non-specific reactivity and rheological properties of blood was investigated.

Results and discussion. It's established, the overt disorders of cell and humoral immunity, non-specific reactivity of organism and rheological properties of blood was found at psoriasis patients especially at arthropathic psoriasis, at psoriatic erythroderma and at extensive psoriasis with the torpid run, at diffuse neurodermatitis patients and at hypertrophic forms of lichen ruber planus.

The rehabilitation of immunological and rheological parameters of blood with positive clinical dynamic is showed after the treatment course by AUVIB.

Conclusions. At the present stage, various new methods and technologies, including corticosteroid and immunobiological therapy, have been widely introduced in the practice of treating a number of chronic dermatoses. At the same time, the use of autohemoperfusion in patients continues to be one of the alternative complementary methods in the complex therapy of psoriasis, neurodermatitis and lichen ruber planus with a severe clinical course of these dermatoses.

These data are the results of the implementation of research work (No state registration: 0121U108877).

IMMUNE AND HYPOPHYSEAL-THYROID SYSTEMS INDICES IN PATIENTS WITH ACNE FROM REGIONS OF IODINE DEFICIENCY

Karvatska Yuliia Pavlivna,

PhD, Associate Professor, Queen Hospital,
Doha, Qatar

Denysenko Olha Ivanivna,

Head of department of dermatovenerology,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine

Rezeek Andrew Makram Fekry,

Assiut Egypt

Introduction. Acne vulgaris (AV) is a common chronic skin disease in the group of pustular dermatoses. The increase in the proportion of patients with moderate and severe forms of acne disease with frequent long-lasting relapses substantiates the topicality of determining the pathogenetic factors of dermatosis, burdened by the clinical course. Significant importance in the development and course of AV belongs to chronic focal infection, dysfunction of the organs of the digestive system, changes in the endocrine system, against the background of which metabolic disorders occur, the development of secondary immunodeficiency state, etc., which in general contributes to the more severe clinical course of dermatosis with the chronization of the process in the skin.

Objective. The study aimed at determining and analyzing the immune system indices and the state of the hypophyseal-thyroid system in patients with acne, living in the region of natural iodine deficiency.

Materials and methods. 114 patients with acne disease were examined (66 men and 48 women), aged 19-25 years, residents of cities (65 people) and villages (49 people) of Chernivtsi region, which is a biogeochemical area of natural iodine deficiency. The control group comprised 35 apparently healthy persons of the same age. The functional state of the hypophyseal-thyroid system in patients with AV was assessed by the level of thyroid-stimulating hormone (TSH) and thyroid hormones

free fractions in blood by immunoassay method and ultrasound examination of the thyroid gland. The content of certain populations and subpopulations of lymphocytes in serum by CD markers, the content of immunoglobulins (Ig) of M, G and A classes, the level of circulating immune complexes (CIC), phagocytosis indices were determined by means of known methods in order to assess the immune system status.

Results and discussion. The study of the hypophyseal-thyroid system status in patients with AV from the iodine deficiency region revealed changes in the majority of the examined patients (60.5%). Changes in the echostructure of the thyroid gland and the level of thyroid hormones and TSH are more frequent in patients with AV of moderate and severe clinical course compared to the mild course ($\chi^2 = 5.64$ and 7.05 at the critical value – 3.84 respectively). The odds ratio (OR) method showed that patients with changes in thyroid homeostasis, compared with their absence, have higher risk of developing acne of severe course in 4.33 times (OR=4.33; 95% CI 1.21-15.44) and of moderate course – in 2.96 times (OR=2.96; 95% CI 1.19-7.35). Analysis of immunological indices in patients with AV, depending on the state of hypophyseal-thyroid homeostasis, revealed that patients with and without changes in thyroid homeostasis had a reliable ($p < 0.05$) moderate changes in certain immunological indices if tended to their more pronounced deviations from the index in the control group of patients with changes in thyroid homeostasis: a decrease in the relative number of T-lymphocytes/CD3+ (by 17.3% and 14.3% respectively), CD3+CD4+ (by 19.9% and 14.0% respectively) and CD3+CD8+ (by 15.2% and 14.6%, $p < 0.05$ respectively) and CD19+ (by 13.7% and 13.0%).

Conclusions. Consequently, the majority of the examined patients (60.5%) with acne disease, living in the region of natural iodine deficiency have changes in the hypophyseal-thyroid system, more commonly registered in patients with moderate and severe clinical course of dermatosis, as well as reliable ($p < 0.05$) moderate changes in certain investigated immunological indices in the tendency to more pronounced deviations in patients with changes in thyroid homeostasis.

These data are the results of the implementation of research work (No state registration: 0106U008377).

EFFICACY OF PASSIVE IMMUNOTHERAPY IN ABDOMINAL SEPSIS

Khomko Oleh Yosypovych

Assoc. Professor,
Department of Nursing and Higher Nursing Education,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Sydorchuk Ruslan Ihorovych

Professor for the Department of General Surgery,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Sydorchuk Larysa Petrivna

Head of the Department of Family Medicine,
Bukovinian State Medical University
Chernivtsi, Ukraine.

Knut Ruslan Petrovych

Associate Professor of the Department of General Surgery,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Tkachuk Oleksiy Volodymyrovych

Assoc. Professor,
Department of anesthesiology and resuscitation,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Kifiak Petro Vasylovych

Instructor, Department of anesthesiology and resuscitation,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Background. Due to immune disorders, playing a key role in development of Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) passive immune therapy is considered to be a method of choice for abdominal sepsis (AS) patients. Existing remedies (specific hyper immune serum, specific antibodies and immunoglobulins) are expensive and require exact validation of pathogens. The aim of the study was to

evaluate the efficacy of using the AS convalescent donors plasma for passive immunotherapy of AS.

Method. The study was conducted both experimentally on 775 Wistar line rats and 38 inbred dogs. Totally 296 patients with AS were also involved into the study; 58 formed control group; 26 patients were selected as convalescent donors of plasma. Serum concentrations (ELISA) of major antibodies were determined against most significant pathogens (*E.coli*, *Staphylococcus spp.*, *S.aureus*, *Bacteroides spp*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*).

Results. Changes of serum antibodies concentrations were time dependent and fluctuating during the current of AS forming the waveform curve. Most remarkable decreases were found during 24-72 hours of AS. Serum antibodies titres to main pathogens were slightly higher due to antibiotics and detoxication therapy. Operation by itself decreased titres from 4.42 ± 0.28 to 3.49 ± 0.25 (*E.coli*), from 5.41 ± 1.02 to 3.0 ± 0.58 (*P.aeruginosa*). Antistaphylococcal antibodies titres decreased from 7.22 ± 0.9 before surgery to 4.83 ± 0.47 after. Repeated operations alter antibodies concentrations even more significantly. The highest levels of antibodies were found in patients who underwent successful treatment of AS one to two months prior to investigation. Their plasma was used in treatment of AS patients. Intravenous administration of two-dose 100-200 ml of hyper immune plasma per day prevented following decrease of antibodies levels and in 98% case increased them ($21.39 \pm 1.47\%$). The cost of treatment was 15-37% lower if compare with traditional methods (control group).

Conclusion. There is an exact evidence of hyperimmune plasma using efficacy in patients with abdominal sepsis; it is more cost effective if compare with traditional methods of immunotherapy.

The given data are the results of research work «Clinical-experimental substantiation of prevention and individualized staged treatment of purulent-septic complications of acute abdominal surgical pathology» (state registration number: 0116U002936).

**MICROFLORA OF ACUTE FESTERING-NECROTIC PROCESSES OF
SOFT TISSUES INFLUENCED BY LOCAL APPLICATION OF
ADSORBED ANTIBIOTICS**

Khomko Oleh Yosypovych

Assoc. Professor,
Department of Nursing and Higher Nursing Education,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Sydorchuk Ruslan Ihorovych

Professor for the Department of General Surgery,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Sydorchuk Larysa Petrivna

Head of the Department of Family Medicine,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Knut Ruslan Petrovych

Associate Professor of the Department of General Surgery,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Tkachuk Oleksiy Volodymyrovych

Assoc. Professor,
Department of anesthesiology and resuscitation,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Kifiak Petro Vasylovych

Instructor, Department of anesthesiology and resuscitation,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Background: Microbial contamination of chronic wounds plays an important role in prevention of healing and development of complications. Existing approaches for decontaminating of chronic wounds lack efficacy.

Objectives: The aim of the study is to study the effectiveness of local use of the combined form of adsorbed antibacterial drug in the surgical treatment of purulent necrotic processes of soft tissues.

Methods: Study covers 45 patients with various chronic wounds and trophic ulcers in the phase of exudation (post-thrombophlebitis disease, peripheral arteries atherosclerosis and diabetic foot syndrome). Drug composition containing gentamicin sulfate, polymethylsiloxan and coordination compound of zinc with L-tryptophan was topically used in research group patients for local treatment once daily covering the whole wound area with thin layer of powder. Microbiological methods included determination of species composition of aerobes and anaerobic flora, cultivation and study of microorganisms' population levels in wound's biofilms.

Results: Microbial spectrum dominated by Gram-positive cocci (*S. aureus*, *S. epidermidis*, *Streptococcus* spp.). Pathogens were presented by members of other taxonomic groups, including the Enterobacteriaceae family; in single cases, anaerobic bacteroides and peptostreptococci were found. The total number of species in both groups of patients at the time of hospitalization were similar – 28 strains of different taxonomic groups. Treatment in research group dramatically reduced microflora population levels: *E. coli* by 35,6%, *P. aeruginosa* by 39,5%, *S. aureus* by 45,1%, *S. epidermidis* by 24,3%. Population levels of these pathogens become significantly lower than in the control group ($P < 0.001-0.005$).

Conclusion: Local application of sorbent and antibiotic compositions in the local treatment of purulent necrotic processes of soft tissue allows achievement of elimination or significant inhibition of pathogenic and conditionally pathogenic microorganisms from wound surfaces, thus creating conditions for faster healing.

The given data are the results of research work «Clinical-experimental substantiation of prevention and individualized staged treatment of purulent-septic complications of acute abdominal surgical pathology» (state registration number: 0116U002936).

ELEVATED SERUM CHOLESTEROL: A NEW MARKER FOR ABDOMINAL SEPSIS?

Sydorchuk Ruslan Ihorovych

Professor for the Department of General Surgery,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Khomko Oleh Yosypovych

Assoc. Professor,
Department of Nursing and Higher Nursing Education,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Sydorchuk Larysa Petrivna

Head of the Department of Family Medicine,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Knut Ruslan Petrovych

Associate Professor of the Department of General Surgery,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Tkachuk Oleksiy Volodymyrovych

Assoc. Professor,
Department of anesthesiology and resuscitation,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Kifiak Petro Vasylovych

Instructor, Department of anesthesiology and resuscitation,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Background. Abdominal sepsis (AS) is leading in terms of diagnostic, prophylactics, treatment complexity, and mortality amongst the most spread surgical diseases associated with digestive system. While the multiple organ dysfunction/failure syndrome (MODS), including hepatic and polyglandular insufficiency became even more significant in prognosis and treatment outcome, role of messenger/regulatory and metabolic changes under AS in elderly is growing. Few

publications predict an increased cholesterol (CL) as a marker of septic complications in elderly patients associated with abdominal surgery (S. Leardi et al., 2000) but this requires validation.

The aim of the study is to reveal changes of systemic CL under AS and establish its diagnostic value in elderly patients.

Material and methods. CL concentration we assessed dynamically using KOHE[®]-Ultra[™] system in 364 AS patients (aged over 60, mean 73.91 ± 2.87 yrs). Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) was a major criterion for AS diagnosis (R.C. Bone, 1996, T. Calandra et al., 2005). All patients were divided accordingly into SIRS-2 (2 SIRS symptoms) 1st group, SIRS-3 (3 SIRS symptoms) 2nd, and SIRS-4 (4 SIRS symptoms, heavy sepsis) 3rd group. 26 patients without abdominal pathology formed control group.

Results. Changes of serum CL was time dependent. In the control group we established the reduction of the CL from the day of the surgery ($5,38 \pm 0,19$ mmol/l) till the 10th day. In the groups of patients with AS the dynamic of the CL changes was presented as a waveform curve.

We established the elevation of the CL after the operation on the first day after surgery in all groups, with the next decrease till the 3rd day in the 1st group (from $4,68 \pm 0,19$ to $4,23 \pm 0,25$ mmol/l), 5th day in the 2nd group (from $6,27 \pm 0,29$ to $5,64 \pm 0,18$ mmol/l), and the 7th day in the 3rd group (from $6,79 \pm 0,27$ to $5,27 \pm 0,32$ mmol/l). After that we noticed the elevation of the CL in 1st group to $5,08 \pm 0,22$ mmol/l, in 2nd group to $6,19 \pm 0,73$ mmol/l on the 7th day, and to $5,41 \pm 0,41$ mmol/l in 3rd group on the 10th day. Correlative analysis showed the following: Correlation coefficients -0,189, 0,355, 0,859 characterized interrelations between different research groups and control.

Conclusion. CL significance as AS severity marker in elderly patients is determined by its role in cyclopentan-perhydrophenantren associated metabolism of hormones and regulatory messengers characterizing regulatory disorders and hepatic dysfunction.

The given data are the results of research work (state registration number: 0116U002936) “Clinical-experimental substantiation of prevention and individualized staged treatment of purulent-septic complications of acute abdominal surgical pathology”.

THE DIABETIC FOOT SYNDROME CLINICAL MORPHOLOGY

Sydorchuk Ruslan Ihorovych

Professor for the Department of General Surgery,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Khomko Oleh Yosypovych

Assoc. Professor,
Department of Nursing and Higher Nursing Education,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Sydorchuk Larysa Petrivna

Head of the Department of Family Medicine,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Knut Ruslan Petrovych

Associate Professor of the Department of General Surgery,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Tkachuk Oleksiy Volodymyrovych

Assoc. Professor,
Department of anesthesiology and resuscitation,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Kifiak Petro Vasylovych

Instructor, Department of anesthesiology and resuscitation,
Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine.

Introduction. The number of diabetes mellitus (DM) patients worldwide is growing sustainably, making it one of the biggest contemporary healthcare challenges worldwide, with the global prevalence of diabetic foot syndrome (DFS) varying from 3% in Oceania to 13% in North America, with a global average of about 6.4%. The annual incidence of DFS complicating DM is known to be about 2-5% with the lifetime risk ranging from 15-20%. It is worth mentioning that peripheral arterial disease (PAD) is an important risk factor associated with a twentyfold higher

prevalence in diabetic patients with the probability of amputation within one year after the first ulcer or gangrene over 34% and the mortality rate over 5%. Approximately 20-33% of all costs related to DM are expenditures related to treatment of DFS, with the cost of medical care for DFS increasing. The steady growth in the number of diabetic patients has become an important issue in the decision of the health and welfare budget worldwide. In addition, the increase in complications due to diabetes is a burden, not only for patients, but also for the national healthcare systems and economies. Furthermore, DFS determines huge portion of public health loses making it essential for public health policy makers to advocate for implementation of prevention and treatment recommendations.

Pathogenesis of DFS involves both systemic and local factors. Major influence on metabolic disorders, endothelial dysfunction and atherosclerosis is thought to have strong genetic background with multiple genetic polymorphisms involved. Local factors are generally more likely linked to microbiota, biofilm formation and impaired local resistance not to mention neurological and vascular factors, etc.

Treatment of diabetic foot is complex and often unsuccessful. Most recent IWGDF Guidelines indicate that "Multiple disciplines are involved in the management of diabetic foot disease, and interdisciplinary treatment is the cornerstone of its management and prevention". Moreover, common combination of systemic effects of diabetes and comorbidities like hypertension and target-organ damage add complexity to this task. While the term "chronic diabetic wound" to some extent corresponds to diabetic foot syndrome, there are several pathogenetic mechanisms involved in the condition making it distinguishable from other chronic wounds and skin defects. Moreover, surprisingly few papers are dedicated to morphological studies of the DFS, stimulating current research interest.

The aim of the study. The objective of the study was to evaluate the morphological changes in diabetic foot syndrome emphasizing the ultrastructural cellular changes.

Material and methods. The comprehensive pathomorphological study of biopsy material of 120 cases of surgical treatment of DFS was performed. Biopsies of

the chronic skin wounds in DFS patients were taken intraoperatively or during non-operative procedures (debridement, necrectomies, tissue grafting, etc). The study was conducted in full accordance with the principles of the Council of Europe Convention on Human Rights and Biomedicine, Declaration of Helsinki on the ethical principles for medical research involving human subjects, and other acting international and national legislations in bioethics (including GCP, EU directives, etc). All patients signed an informed consent prior to participating in the study. The study protocol was fully approved by the institutional ethics committee. All patients underwent treatment conducted in accordance with the state-of-the-art guidelines and recommendations.

Biopsies sampling, preparation and staining

The biopsies material underwent standard care and passed all necessary preparatory stages (Fixation, Embedding, Sectioning, Staining, and Mounting). Samples were fixed for 48 hours in a neutral buffered 10% formalin solution, then dehydrated in an ascending battery of alcohols and embedded into paraffin medium. Serial histological sections 5 μm thick were produced on a sled microtome. Several approaches were combined for optical analysis: review histological methods (hematoxylin and eosin staining, van Gieson picric acid and acid fuchsin staining); histochemical methods (Gömöri trichrome stain, Slinchenko stain, and Weighert staining for detection of connective tissue components, fibrin; PAS-reaction; toluidine blue for visualization of tissue basophils and large granular lymphocytes).

Electron microscopy

For electron microscopy, biopsies samples were fixed in 2.5% phosphate buffered glutaraldehyde solution (pH 7.2-7.4) and fixed in 1% osmium tetroxide solution. The material was dehydrated in alcohols of increasing concentration and embedded in Araldite (HAM, USA). Morphological structures were contrasted in the process of dehydration of the material with a saturated solution of uranyl acetate, and in sections with lead citrate. Sections with a thickness of 40-60 nm were analyzed in the TESLA BS-500 electron microscope.

Results. Destruction and inflammatory infiltration involving all layers of skin and soft tissues of the marginal area of skin wounds were observed during

morphological examination. The epidermis (absent in ulcers) was characterized by a decrease in thickness towards the edge of the wound, the presence of a large number of cells with the phenomena of vacuolation, apoptosis or karyolysis; tissue edema, diffuse infiltration by neutrophils, vascular plethora with stasis and thrombosis, necrosis. The lumen of dilated blood vessels was filled with clearly contoured blood elements. Hyalinosis of the microcirculatory tract vascular wall was present in all tissues studied. In the presence of phlegmon or abscess, the vascular wall was infiltrated with leukocytes and subjected to lysis, which led to small hemorrhages.

The microcirculatory tract thrombosis exacerbated tissue ischemia, contributing to the progression of pathologic processes. Destruction of collagen fibers (fibrinoid edema and necrosis) with infiltration of the surrounding area by neutrophils and macrophages was observed in the wound edges. Against the background of necrotic changes, elements of granulation tissue in the form of short thin strands of proliferating spindle-shaped fibroblasts accompanied by capillaries were revealed; at some patients such phenomenon was absent. At a distance of 0.1-0.3 mm from the edges of the wound, we observed the regeneration of the epidermis in the form of small thin layers of newly formed keratinocytes.

Masses of chaotically located high electron density fibrillary structures, occasionally were found in the cytoplasm of macrophages. In microfibrillar intracellular masses, tufts of more or less scattered fibrils with fuzzy contours were observed. The fibrous fibrillary structures or their fragments were partially dissolved in the cytosol mass, especially near the nucleus.

The excrescences located on the cell surface were represented by large fields of peripheral areas of the cytoplasm. The granular endoplasmic reticulum was moderately developed and represented by intracellular channels or cisterns. The cytoplasm contained a small number of membrane-bound ribosomes. There was mainly peripheral localization of the granular endoplasmic reticulum and vacuolar formations. The latter are represented by clusters of rounded or irregularly shaped vacuoles. In addition, the endoplasmic reticulum had the appearance of oblong cisterns and accumulations of rounded or elongated vesicles.

A small number of pinocytic edged vesicles, as well as homogeneous small electron-dense granules in the cytoplasm were observed in some macrophages. The cytoplasmic matrix had a moderate electron density, on outside of the cell, insignificant digit-like processes or pseudopodia were observed. In some vesicles there was a fine electron density of fine-grained material. Larger vacuoles contained membrane fragments and myelin figures. The extracellular material included preserved and cleaved collagen fibrils, granular matter, electron-dense homogeneous formations. The cytoplasm between the zones of the lamellar complex was occupied by small mitochondria, a small number of polysomal rosettes, tanks of granular endoplasmic reticulum and various sizes of phagolysosomes with the presence of phagocytosed and digested microorganisms. Phagocytized microorganisms were often found intact inside macrophages.

Uneven cell hypertrophy was often observed, and the nucleus, as a rule, acquired an intricate shape, and it possible to see accumulations of chromatin on the periphery of the nuclei. In addition to the described changes, a constant feature was the appearance of large vacuoles, diverse in structure. Often they were near the nucleus, were filled with crumbly or light homogeneous content.

Vacuoles could contain other often high-density structures. The described changes in the state of nuclear and perinuclear material were accompanied by compression and dehydration of the cell, which ended in its fragmentation and the formation of tightly contacting bodies of various shapes.

Diabetic foot syndrome generally presents with diverse and often unclear morphological picture, ranging from minor skin defect to vast necrotic gangrenous and inflammatory changes. Thus, finding something more specific or clinically relevant is an uneasy task. However, it is clear that in the diabetic foot, a comprehensive morphological assessment of all ulcers and defects is required to devise a proper treatment and revascularization strategy. Obviously, DFS presents with a multitude of wounds that are heterogeneous in both morphology and topography. Even one single patient may present with several wounds dispersed over more than one angiosome or manifest a large ulcer that lies on the verge of two

angiosomes with different phases of wound processes and different infestation status. Furthermore, different systemic changes and peculiarities of pathogenesis may significantly vary adding to diversity in morphological picture.

Morphological studies of the DFS are usually focused on clinically relevant changes like vascular changes and deformities (e.g. Charcot's foot) formation with much less attention paid to microscopic changes in skin and soft tissues. Even lesser consideration is concentrated on the intracellular changes as they are assumed to be sufficiently studied by biochemical and physiological methods.

Current study complements additional information to the existing database on DFS focusing on intracellular changes obtained through electronic microscopy. Such information may be useful for determining future local therapies for DFS as new types of treatment approaches are undergoing rapid development, like molecular or cellular surgery.

Conclusions. Morphological changes in diabetic foot syndrome are diverse and uneven. This study confirms that pathologic changes in diabetic foot syndrome occur not only on tissue and cellular level but involves subcellular and molecular structures, encouraging further research in this field. Microcirculatory disorders are expressed in the form of venular plethora, the phenomena of stasis in capillaries, hemolysis of erythrocytes and marginal standing of formed elements in venules and capillaries. The vascular network occupied $11.7 \pm 1.0\%$, but the vascular loops were unevenly spaced and markedly different in size. The appearance of foci of destruction and lysis of the newly formed epithelium are characteristic for DFS, which is not observed in the normal wound process.

The given data are the results of research work (state registration number: 0116U002936 «Clinical-experimental substantiation of prevention and individualized staged treatment of purulent-septic complications of acute abdominal surgical pathology»).

EXAMER LASER AND HIGH INTENSITY UVB SYSTEMS IN TREATMENT OF PSORIASIS

Dr. Voroshylova V. Liliya

Advanced Laser Centre,
Sydney, Australia

Reason for research. Psoriasis is a chronic skin disorder characterised by dermal inflammation and keratinocyte hyperproliferation that affects an estimated 1-3% of the population. Clinical variants of psoriasis include plaque, guttate, pustular, inverse, palmoplantar and erythrodermic. The initial use of lasers to treat psoriasis was driven by the search for more effective and potentially safer treatment alternatives.

Methods and equipment. Laser treatment of psoriasis has come full circle to focus again on wavelength in the UVB range which are clinically proven to treat psoriasis by inducing apoptosis of disease - mediating inflammatory T cells. The new high intensity UVB laser and light systems combine the proven clinical efficacy of UVB phototherapy with the advantages of focused, high dosage, lesion specific treatment. The use of excimer laser and high intensity UVB photosystem for psoriasis is based on the effects of UVB radiation on keratinocyte proliferation and its ability to induce apoptosis of inflammatory T lymphocytes. The research group contained 30 patients, the age variations from 18 to 65 y.o. The research group has been divided into two groups. First group (group of comparison) consists of 15 patients, who received a standard treatments (Emollients, topical corticosteroids, topical retinoids, topical calcipotriene or keratolytics). Second group of 15 patients, who received the treatment combined with the High Intensity UVB system. We have used the VTRAC high intensity UVB photosystem with uniformed localised delivery of higher fluences, which are resulted in faster clearance with fewer treatments compared to conventional phototherapy. The high intensity VTRAC UVB lamp is an excimer lamp that outputs light at 308 nm + 2nm. Weekly or biweekly treatments are typically required. The two basic treatment paradigms employed are high dose versus low dose

UVB. Higher fluences can induce faster clearance and longer remissions. However, high fluences are also associated with significantly greater risk of phototoxic reactions and blistering which are associated with longer healing times and post - procedure pain. There may be some instances where a single treatment with high fluence UVB may be the treatment of choice.

Results. The prolonged remittive effect of UV light is due primarily to depletion of inflammatory T cells. Our study have demonstrated greater T cell apoptosis with the excimer laser versus conventional NB - UVB. Two basic treatment paradigms can be utilised. Either high fluences are administered during few treatment sessions, or low to medium fluences are administered over multiple sessions with incremental dosage increases similar to conventional phototherapy. Higher fluences may produce faster and longer remissions, but are associated with greater risk of local phototoxic reactions. The clinical performance of the excimer and high intensity localised UVB systems are similar with regard to the rate and extent of clearance. Eighteen patients achieved complete clearance and benefit was maintained at 16 weeks. In comparison to NB - UVB, which can achieve 78.5% improvement over 20 sessions with a mean cumulative dose of 15.1 J/cm², the excimer laser achieved similar improvements over only 10 sessions with mean cumulative dose of 8.75 J/cm². The study shown that greater than 50% of patients achieve greater than 90% clearing following only 10 treatment sessions. Remissions up to 2 years have been reported. Combination treatment with topical and/or oral therapies is likely to yield improved clinical outcomes.

Conclusion. Laser and light treatment of psoriasis has become a viable treatment option for limited and stable plaque or inverse psoriasis, particularly if the lesions are recalcitrant to conventional topical medications, and of such limited extent that systematic treatments are not necessary. Indeed, although lasers and light sources may not be considered first - line treatment for psoriasis, the high rate of clinical response and emissions achieved with these treatments may translate to overalled shorter treatment times and lower treatment costs for persistent lesions they could otherwise require treatment for months or years with conventional therapies.

ДІАГНОСТИКА САЛЬПІНГООФОРИТІВ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

Андрієць Оксана Анатоліївна

професор кафедри акушерства та гінекології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Боднарюк Оксана Іванівна

доцент закладу вищої освіти
кафедри акушерства та гінекології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Андрієць Анатолій Володимирович

доцент закладу вищої освіти
кафедри акушерства та гінекології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Актуальність. Юний вік жінки, самотність, велика кількість статевих партнерів значною мірою визначають вірогідність розвитку запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ), спричинених ІПСШ. Доведено, що при частій зміні статевих партнерів ризик виникнення гострого сальпінгіту підвищується в 5 разів.

В умовах сьогодення ЗЗОМТ спостерігаються серед 38-67 % жінок репродуктивного віку (15-49 років), характеризуються латентним перебігом, що утруднює їх своєчасну діагностику, і здебільшого супроводжуються рядом порушень репродуктивного здоров'я сім'ї.

У ході детального вивчення соціальних передумов розвитку ЗЗОМТ встановлено, що їх частота зростає серед юних жінок у весняно-літній період. Це пояснюється тим, що саме в цей час підвищуються активність спілкування молодих людей і частота випадкових статевих контактів з численними статевими партнерами. Відповідно, серед сексуально активних підлітків ЗЗОМТ виявляють в 3-4 рази частіше, ніж серед осіб віком від 25 до 29 років.

Спектр виявлених збудників залежить від того, через який проміжок часу від початку захворювання проводять дослідження.

Тому метою дослідження стало встановлення патогенетичних механізмів контамінації та колонізації слизової оболонки піхви та сечі.

Матеріали та методи. Обстежено 318 дівчат-підлітків, за згодою батьків, що відображено в поінформованих картах згоди, які згідно з дизайном дослідження були розподілені на такі групи: до I (основної) групи увійшло 116 дівчат-підлітків, хворих на сальпінгофорит на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура; II (порівняльну) групу склало 169 дівчат-підлітків, хворих на сальпінгофорит без супутньої урологічної патології запального генезу, до III (контрольної) групи увійшло 33 практично здорові дівчини.

За допомогою клінічних, мікробіологічних, мікроскопічних методів, а також імунофлюоресцентного методу та методу ДНК-полімеразної ланцюгової реакції провели комплекс дослідження матеріалу з піхви дівчат-підлітків, крім того здійснили імуноферментний аналіз показників їх загального й місцевого імунітету.

Результати та обговорення. Оскільки в I групі пацієток, яку склало 116 дівчат, сальпінгофорит формувався і перебігав на тлі циститу (31 пацієтка) й пієлонефриту (38 осіб), а в 47 із них були випадки пієлонефриту або циститу в анамнезі, ми провели бактеріологічне обстеження сечі.

В результаті дослідження встановлено, що гостру форму захворювання було діагностовано у 24 хворих (19,7 %) I групи та 46 хворих (27,2 %) II групи, а хронічна – у 92 (79,3 %) та 123 (72,8 %) пацієток I та II груп відповідно.

У вмісті порожнини піхви дівчат основної групи виділено та ідентифіковано 276 штамів бактерій, дріжджоподібних грибів роду *Candida*, найпростіших, мікоплазм, уреоплазм і хламідій, які належали 11-м різним таксономічним групам. Мікрофлора вмісту порожнини піхви дівчат основної групи характеризувалася домінуванням дріжджоподібних грибів роду *Candida*, менший ступінь домінантності мали уреоплазми, вагінальні гарднерели, вагінальні трихомонади. Взаємовідносини між цими мікроорганізмами характеризувалися як мутуалізм у біотопі, тому вони створювали асоціації не тільки з іншими видами мікроорганізмів, а також між собою.

Висновки. Отже, в результаті проведених досліджень з'ясовано, що у дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит, супутня урологічна патологія запального характеру впливала на мікробіоценоз порожнини піхви. У більшості пацієток у вмісті порожнини піхви виявляли асоціації, що склалися з 2-х (30 – 25,86 %), 3-х (29 – 25,00 %), 4-х (20 – 17,24 %) та 5-и (3 – 2,5 %) видів мікроорганізмів, які належали при цьому 11-м різним таксономічним групам умовно-патогенних мікроорганізмів (бактерій, уреоплазм, хламідій, мікоплазм, дріжджоподібних грибів роду *Candida* та найпростіших). Асоціації формувалися за рахунок особливих взаємовідносин між резистентними видами, які здатні до сумісного існування в одному біотопі. У дівчат основної групи зростала контамінація піхви золотистим стафілококом на 6,7 % ($p < 0,01$), вагінальною гарднерелою – на 20,7 % ($p < 0,01$), вагінальними трихомонадами – на 25,69 % ($p < 0,01$), уреоплазмами – на 37,38 % ($p < 0,001$), хламідіями – на 9,53 % ($p < 0,01$), мікоплазмами – на 5,94 % ($p < 0,01$) та дріжджоподібними грибами роду *Candida* – на 25,69 % ($p < 0,01$), порівняно з пацієтками групи порівняння.

У результаті дослідження асоціацій мікроорганізмів, що персистували у вмісті порожнини піхви дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит без супутньої урологічної патології запального генезу (група порівняння), з'ясовано, що у 38,46 % пацієток виявлялася монокультура, в інших 61,54 % – асоціації мікроорганізмів. При тому найбільшою була асоціація, що складалася з 2-х видів мікроорганізмів. У вмісті порожнини піхви більшості дівчат групи порівняння виявлялися асоціації умовно-патогенних мікроорганізмів, які склалися з 2-х (42,01 %), 3-х (5,02 %) та 4-х (13,61 %) видів мікроорганізмів, що належали 12-м різним таксономічним групам. У формуванні асоціацій брали участь усі виділені та ідентифіковані бактерії, гриби роду *Candida*, мікоплазми, хламідії, уреоплазми, найпростіші й віруси. Можна стверджувати, що виділені та ідентифіковані мікроорганізми з вмісту порожнини піхви дівчат групи порівняння були випадковими для біотопу, і ці умовно-патогенні мікроорганізми брали участь у формуванні запального процесу в яєчниках та

маткових трубах. Встановлено, що домінуючими у біотопі при сальпінгофориті, який перебігав без наявності супутньої урологічної патології запального генезу, були дріжджоподібні гриби роду *Candida*, епідермальний стафілокок, ешерихії, вагінальні гарднерели, трихомонади й ентерококи. Ці мікроорганізми характеризувалися високими показниками індексу видового багатства Маргалєфа, індексів домінування Сімпсона і Бергера-Паркера.

У взаємовідносинах цих мікроорганізмів в асоціації характерним був мутуалізм.

Урологічна патологія здійснювала свій суттєвий негативний вплив на мікрофлору вмісту порожнини піхви та її навантаження, підсилюючи запальний процес. При цьому мікробна контамінація порожнини піхви значно зростала.

У 47 (40,52 %) дівчат-підлітків із урологічною патологією, встановленою за анамнестичними даними, виявити будь-який мікроорганізм не вдалося, а в 69 (59,48 %) пацієнок було виділено та ідентифіковано 79 штамів умовно-патогенних бактерій.

У пацієнок, які склали I групу, в сечі виявлялися умовно-патогенні ентеробактерії (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp., *Enterococcus faecalis*). При цьому провідним збудником у монокультурі були ешерихії. Ці бактерії також були наявними в усіх випадках формування асоціацій, що склалися з 2-х видів бактерій. Наведені факти дають підстави стверджувати, що з-поміж усіх умовно-патогенних ентеробактерій у сечі дівчат, хворих на сальпінгофорит, ускладнений пієлонефритом або циститом, практично завжди виявлялися ешерихії, які постійно домінували у разі урологічної патології запального генезу.

Проведені дослідження свідчать, що супутня урологічна патологія запального генезу впливає не тільки на мікробний (етіологічний) фактор розвитку сальпінгофоритів у дівчат пубертатного віку, а також, що є логічним, призводить до імунних порушень, які стосуються абсолютної та відносної кількості імунокомпетентних клітин.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U110020).

СУЧАСНІ ПІДХОДИ У ДІАГНОСТИЦІ МЕЛАНОМИ ШКІРИ

Ашаніна Ірина Володимирівна,

доцент кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Тимофєєва Людмила Миколаївна

асистент кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Гончаров Сергій Васильович,

доцент кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Ашаніна Дарія Дмитрівна,

КНП «Одеський обласний клінічний медичний центр»,
м. Одеса, Україна

Останнім часом багато уваги приділяється діагностиці пігментних новоутворень шкіри. За даними ВООЗ меланома шкіри складає 4% від усіх злоякісних новоутворень. Щорічно в світі реєструється близько 132000 нових випадків меланоми, в Україні цей показник становить близько 1000 випадків на рік. Особливо це питання актуальне для сонячних, південних регіонів країни. Цьому сприяє прагнення придбати гарний, засмаглий відтінок шкіри та низька інформованість у питаннях про шкоду надмірної інсоляції. Люди із світлою шкірою хворіють частіше.

Меланома – злоякісна пухлина, що виникає внаслідок трансформації меланоцитів або невусних клітин під дією різноманітних тригерних факторів, у тому числі надмірної інсоляції, особливо в пікові години, та має здатність до швидкого метастазування лімфогенним та гематогенним шляхом. По ступеню інвазії (за Кларком) меланома ділиться на: I та II ступень – локалізація у межах епідермісу, що встановлюється також і дерматоскопічно; III - IV ступень –

більш глибоке проникнення в дерму та гіподерму, що, як правило, свідчить про початок процесу метастазування, оскільки в епідермісі немає кровоносних судин, і, коли пухлина проростає за межі базальної мембрани, то поверхневі та глибокі судинні сплетіння шкіри залучаються до патологічного процесу.

Онкологічна настороженість та своєчасна діагностика з використанням дерматоскопії усіх пігментних новоутворень на ранніх стадіях рятує життя. Отже, лікарі мають володіти дерматоскопією та знати критерії ранньої діагностики меланоми шкіри, зважаючи ще й на те, що в структурі захворюваності вона займає останнє місце за кількістю первинно встановлених випадків.

Ми розрізняємо два підходи встановлення діагнозу:

- евристичній – на основі досвіду та інтуїції;
- загальний – на основі клінічних та морфологічних критеріїв.

Клінічно та на основі евристичного підходу лікар може оцінити наступні ознаки пігментних новоутворень:

- локалізація (56% випадків уражається тулуб, 20% – кінцівки, 15% – обличчя, волосиста частина голови, решта – іншої локалізації, у тому числі піднігтьова меланома, головка статевого члена, зовнішній отвір сечовипускального каналу, листки крайньої плоті. За даними Американського товариства онкологів, щорічно реєструється приблизно 1500 випадків раку головки статевого члена, серед них < 2% – меланома);
- кількість «родинок» (більше 50 – ризик наявності меланоми зростає);
- тип шкіри (люди із світлою шкірою, блондини, рудоволосі, з блакитними очима);
- форма новоутворення (неправильної форми);
- забарвлення (більше 2 відтінків);
- зміни (зростання, колір, поверхня);
- границі (псевдоподії, тенденція до збільшення в розмірі);
- асиметрія (за двома осями).

Для того, щоб говорити про поняття «не норми», потрібно чітко уявляти, як виглядає «норма». А це всі перелічені ознаки з точністю до навпаки:

- невеликий розмір;
- чіткі межі;
- однорідність структури та за кольором;
- симетричність;
- відсутність тенденції до периферичного росту.

До речі, дерматоскопічна картина відображає ті ж особливості, якщо говорити про «норму» чи «не норму».

Дерматоскопічно ми визначаємо:

- 1) асиметрія (A)
- 2) границі (B)
- 3) колір (C)
- 4) динамічні зміни (D)

За аналізом цих даних можна розрахувати індекс Штольца, так званий дерматоскопічний індекс (DS): асиметрія (A) x 1,3; краї (B) x 0,1; колір (C) x 0,5; динамічні зміни (D) x 0,5.

Дерматоскопічний індекс за Штольцем (DS) – найбільш важливий діагностичний критерій.

- $DS > 5,45$ – утворення відносять до розряду малігнізованих;
- $DS = 4,75 - 5,45$ – ймовірність 50% на 50% – пухлина повинна бути віднесена до розряду підозрілих.

Отже, про меланому говорить асиметрія за двома осями, нерівність поверхні, нечіткість меж, різнобарвність, наявність синювато-білуватого кольору (біло-голуба вуаль). Тоді як про дерматоскопічну картину «норми» свідчать: симетричність, чіткість меж, однорідність кольору (світло-коричневий колір), пігментна однорідна сітка.

Таким чином, діагностика обов'язково повинна включати крім клінічного огляду і дерматоскопічний метод діагностики, що дозволить уникнути помилок та діагностувати меланому на ранніх стадіях.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U113996 від 22.11.2021 р.)

ЗМІНИ ВОЛОССЯ ПРИ ПІДСИЛЕНОМУ ВИПАДІННІ В ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕНОГО COVID-19

Бабак Ірина Дмитрівна,

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Сизон Орися Орестівна

Завідувач кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Білинська Оксана Андріївна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Дашко Маріанна Олегівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Сьогодні спостерігається тенденція до збільшення кількості пацієнтів із захворюваннями волосся – від їх підсиленого випадіння до різних клінічних форм облісіння. Увагу багатьох дослідників привертає гіпотеза впливу екзогенних і ендогенних чинників на функціональний стан волосся, особливо есенціальних та токсичних мікроелементів (МЕ).

У зв'язку з останніми подіями у світі, а саме – пандемією COVID-19, все частіше у практиці дерматолога зустрічається проблема випадіння волосся у людей, які перенесли коронавірусну інфекцію. Зв'язок між випадінням волосся та COVID-19 потребує ще вивчення.

Мета роботи – вивчити вміст МЕ у пацієнтів із скаргами на підсилене випадіння волосся, які перенесли COVID-19 та простежити за структуральними

змінами волосся у пацієнтів з проблемами випадіння волосся у Львівській області.

Матеріали та методи. Протягом 2020-2021 рр. було обстежено з використанням комплексу різних методик у Львівській області 25 пацієнтів віком 32-43 роки із скаргами на підсилене випадіння волосся після перенесеної коронавірусної інфекції та 15 практично здорових людей. Дослідження структури волосся проводили за допомогою звичайної поздовжньої та поперечної світлооптичної мікроскопії, растрової електронної мікроскопії (РЕМ). Вивчення МЕ волосся проводили за допомогою кількісного та якісного емісійного спектрального аналізу, який проводили на спектрографі СТЕ-1 та ІСП-51.

Обов'язкове лабораторно інструментальне обстеження хворих під час хвороби на COVID-19 включало: загальний, біохімічний та імунологічний аналізи крові; аналіз калу на гельмінтоз та дисбактеріоз; УЗД органів черевної порожнини, щитоподібної залози. Окрім цього, всіх обстежених консультували суміжні спеціалісти, з них загально обов'язково ендокринолог, стоматолог, гастроентеролог та гінеколог, у разі потреби – отоларинголог, невропатолог. Хворі на підсилене випадіння волосся перебували під динамічним амбулаторним спостереженням на кафедрі дерматовенерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Результати та обговорення. Серед обстежених було 17 жінок та 8 чоловіків із підсиленням випадінням волосся після перенесеної коронавірусної інфекції. Пацієнти звертались з проблемою підсиленого випадіння волосся через 2 місяці після перенесеної коронавірусної інфекції – у 10 випадках, через 3 місяці – в 15. Близько 73% 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.

Серед провокуючих факторів патологічного випадіння волосся 9 хворих називали стресові ситуації, які призводили до порушення трофіки волосяних фолікулів; 3 особи посилене випадіння волосся пов'язували з кліматичними переминами; 5 пацієнтів – з умовами праці. Під час ретельного збору анамнезу

та клініколабораторного обстеження у 11 пацієнтів виявлено дисфункції травного каналу та печінки, що позначалося на дисбалансі білків, вітамінів, мікроелементів та інших субстанцій, потрібних для процесів, що відбуваються в ростковій зоні волосяної цибулини; у 9 осіб констатували інфекційні вогнища ротової порожнини у вигляді карієсу, пришийкової гранульоми та у 2 випадках – гельмінтоз. У 64% хворих пальпаторно виявлялося збільшення щитоподібної залози I-II ступенів, проте гормональний її дисбаланс виявлено лише у трьох випадках. Отже, в анамнезі обстежених переважало поєднання 2-3 супутніх захворювань різної етіології, серед яких домінували патологія травного каналу та трофічні зміни, пов'язані з нейронсудинною реакцією на стрес.

При проведенні РЕМ виявлено декілька варіантів структурних змін будови кореня: а) із залишками корневих оболонок – у 12 (48%); б) гладкі рівні, атрофічні, без корневих оболонок – у 8 (32%); в) з корневими оболонками – у 5 (20%). У структурі стрижня були такі варіанти: нерівні стрижні з виступами та заглибинами, відсутність черепицеподібного малюнка. Характеризуючи кількісні показники встановлена різниця між складом МЕ волосся хворих, що перехворіли на COVID-19 із підсиленням випадінням волосся та нормою (15 осіб). Статистично вірогідним є 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). Вміст досліджуваних МЕ у волоссі статистично вірогідно відрізняється від показників контрольної групи, що може свідчити про комбіновану токсичну дію і зумовлювати підсилене випадіння волосся.

Висновки. Підсилене випадіння волосся в пацієнтів, що перехворіли на COVID-19, асоціюються зі 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.

КОРЕКЦІЯ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ЗАПАЛЕННІ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ЧОЛОВІКІВ

Бардов Павло Васильович,
доцент кафедри дерматології та венерології
з курсом косметології,
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Шевченко Олена Петрівна,
доцент кафедри дерматології та венерології
з курсом косметології,
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність теми. Питання своєчасної діагностики уражень передміхурової залози в останні десятиліття набувають особливої гостроти, що обумовлено зростанням захворюваності на хронічний простатит серед чоловіків молодого і середнього віку, що призводить до зниження їх копулятивної та репродуктивної функцій. На розвиток і характер перебігу хронічного запалення сечостатевих органів, а також на виникнення ускладнень, зокрема копулятивного та репродуктивного характеру впливають також порушення біохімічного складу секретів додаткових статевих залоз і стан місцевого (локального) імунітету. За даними деяких авторів, хронічний простатит із супутнім ураженням інших додаткових статевих залоз зокрема: сім'яних міхурців (везикуліт), придатків яєчок (епідідіміт), яєчок (орхіт), у 40-50 % хворих чоловіків є причиною безплідного шлюбу.

Запальні захворювання статевих органів чоловіків і їх наслідки мають провідне значення в генезі безпліддя у порівнянні з іншими факторами. Питома вага безплідних шлюбів у світі сягає 15-20 %. У половині випадків безпліддя – це результат патології органів репродуктивної системи у одного із подружжя. При цьому і у жінок, і у чоловіків безпліддя зустрічається однаково часто.

Запальні захворювання статевих органів, які частіше всього призводять до безплідності у чоловіків (задній уретрит, простатит, везикуліт, куперіт, орхіт,

епідіміт), обумовлені проникненням інфекційних агентів на тлі гемодинамічних порушень в органах малого тазу.

Мета роботи. Розробити ефективну патогенетичну терапію при хронічному запаленні сечостатевого органів у чоловіків, які дозволяють нормалізувати порушення стану місцевого імунітету сечостатевого тракту.

Матеріали і методи. Патогенетична терапія обстежених нами хворих хронічним простатитом і простатовезикулітом включала заходи, направлені на усунення проявів конгестії в малому тазі, покращення відтоку застійного секрету з передміхурової залози та сім'яних міхурців, стимуляцію крово- і лімфооберту, а також нормалізацію функції простати, сперматогенезу та усунення патогенетичних механізмів аутоагресії. До важливих факторів патогенезу хронічного простатиту, який на нашу думку потребує обов'язкової терапевтичної корекції, відноситься порушення мікроциркуляції в передміхуровій залозі (тромбоз венозної системи).

З метою оцінки ефективності удосконаленої нами комплексної патогенетичної терапії хронічного простатиту і простатовезикуліту, ускладнених порушеннями копулятивної та репродуктивної функцій, а також проведення її порівняння з загальноприйнятими методами лікування, всі обстежені хворі (132 пацієнта) були розподілені на дві рівноцінні клінічні групи. Критеріями для проведення відповідного рівноцінного розподілу у клінічні групи слугували вік пацієнтів, подовженість перебігу захворювання, клінічна форма ураження, а також скарги хворих на порушення копулятивної функції та результати дослідження у них показників спермограми. Ми застосовували один із лікарських препаратів, до складу якого входить діюча речовина – тіотриазолін. Препарат призначали хворим *per rectum* у формі ректальних свічок один раз в день (на ніч) протягом 20-30 днів.

Результати дослідження. Проведення аналізу терапевтичної ефективності запропонованого нами патогенетичного і реабілітаційного методу лікування та традиційного методу терапії хронічного простатиту і простатовезикуліту, ускладнених порушеннями копулятивної та репродуктивної функцій дозволило виявити суттєві відмінності в отриманих результатах.

При оцінці ефективності лікування у 58 (86,6 %) (група А) із 67 пацієнтів основної клінічної групи було досягнуто повне клінічне і етіологічне виліковування з нормалізацією запліднюючих властивостей еякуляту, у 7 (10,4%) (група В) пацієнтів – етіологічне виліковування з відносною нормалізацією клініко-лабораторних показників і у 2 (3,0 %) (група С) – етіологічне виліковування з частковим збереженням клінічної симптоматики при незначній нормалізації лабораторних показників.

Серед 65 чоловіків групи порівняння у 23 (35,4 %) (група А) було досягнуто повне клінічне й етіологічне виліковування, у 33 (50,8 %) (група В) – етіологічне виліковування з відносною нормалізацією клініко-лабораторних показників, у 6 (9,2 %) (група С) – етіологічне виліковування з частковим збереженням клінічної симптоматики при незначній нормалізації лабораторних показників і у 3 (4,6 %) (група Д) пацієнтів – не було досягнуто етіологічного виліковування при одночасній відсутності терапевтичного покращення та збереженні суттєвих порушень показників запліднюючих властивостей еякуляту (азоспермія).

Висновок. Патогенетична терапія хронічного простатиту і простатовезикуліту ускладнених статевими порушеннями також передбачає індивідуалізований підхід. Зокрема, рекомендується комплекс терапевтичних заходів направлених на усунення проявів конгестії в малому тазі, покращення відтоку застійного секрету з передміхурової залози та сім'яних міхурців, стимуляцію крово- і лімфооберту, а також нормалізацію функції простати, сперматогенезу, для цього вважаємо за доцільне застосування одного із лікарських препаратів, до складу якого входить тіотриазолін, у формі ректальних свічок. Включення до комплексної патогенетичної терапії хворих на хронічний простатит та простатовезикуліт препаратів групи тіотриазоліну дозволить підвищити ефективність лікування, скоротити терміни лікування хворих, покращити медико-соціальні показники життя хворих та подовжити терміни ремісії.

Наведені дані є результатом виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U108877).

РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОСТАЗУ В ПАТОГЕНЕЗІ ЕКЗЕМИ

Білинська Оксана Андріївна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
м. Львів, Україна

Бабак Ірина Дмитрівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Чаплик-Чижо Ірина Остапівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Актуальність. В проблемі екземи має актуальність вивчення судинної ланки її патогенезу. Встановлено, що ситуація імунного конфлікту супроводжується підсиленням вироблення або виділення широкого спектру речовин, що мають також і вазоактивну дію. В подібних випадках можемо думати про зміни судинної стінки з наступною активацією судинно-тромбоцитарної та коагуляційної ланок гемостазу.

Мета роботи – вивчити роль деяких показників гемостазу у патогенезі екземи.

Матеріали та методи. Обстежено 27 пацієнтів (15 чоловіків - 55,6 %, 12 жінок - 44,4 %) розповсюдженою екземою (стадія загострення) у віці від 17 до 59 років з тривалістю захворювання від 3 до 10 років.

Вивчали наступні показники гемостазу (окрім обов'язкових досліджень): час згортання по Лі-Уайту, аутокоагуляційний тест (АКТ) на 2-й (А1), 10-й хвилині (Т1), загальний фібриноген, тромбіновий час (ТЧ), продукції деградації

фібриногену (ПДФ), ретракція кров'яного згустку (РКЗ), спонтанний фібриноліз (СФ) та лізис еуглобулінів (ЛЕ).

Результати та обговорення. У пацієнтів спостерігалась гіперкоагуляція: збільшення параметру А ($50,51 \pm 3,80$ %, $p < 0,001$), зменшення Т1 ($2,22 \pm 0,20$ хв., $p < 0,001$) АКТ, різке підвищення кількості фібриногену ($4,93 \pm 0,33$ г/л, $p < 0,001$), позитивні етаноловий та бета-нафтоловий тести, незначне скорочення часу згортання за Лі-Уайтом ($444,0 \pm 17,8$, $p < 0,01$) і подовження ТЧ ($17,31 \pm 0,40$ с, $p < 0,05$). Про деяке зниження фібринолітичної активності маніфестували наступні показники: незначне підвищення РКЗ ($79,11 \pm 1,90$ %, $p < 0,01$) та зменшення СФ ($13,82 \pm 1,59$ %, $p < 0,02$), виражене подовження ЛЕ ($468,0 \pm 19,7$ хв., $p < 0,001$). Зміни системи протизгортання не спостерігалося. Підвищення рівня ПДФ ($7,80 \pm 1,51$, $p < 0,001$ мкл/мл) діагностовано у всіх обстежуваних.

Дослідження гемостазу у хворих на екзему свідчить про активацію коагуляційної ланки гемостазу, включенням системи фібринолізу, появою ПДФ, що свідчить про розвиток фази гіперкоагуляції синдрому внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ). Особливістю лабораторних показників у хворих на екзему є високі рівні фібриногену в крові, який служить маркером інтенсивності та розповсюдженості запального процесу. На фоні високої гіперфібриногенемії, ПДФ підвищені незначно, що закономірно, так як внутрішньосудинна коагуляція у пацієнтів носить локалізований характер.

Висновки. Таким чином, комплексне дослідження системи згортання, протизгортання та фібринолізу у пацієнтів на екзему довело обов'язкову участь гемостазу в їх патогенезі. В практичній діяльності лікаря дерматолога визначення в кожному конкретному випадку переважаючих ланок розвитку ДВЗ, слідкуючи за динамікою в процесі захворювання та його лікування, що дуже важливо для вмілого маневрування різними терапевтичними впливами, підтверджуючи їх усунення.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи №0120U105735.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РІДКІСНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ІНФІЛЬТРАТИВНО-НАГНІЙНОЇ ТРИХОФІТІЇ

Бойко Вікторія Валеріївна,
генеральний директор ОКНП «Чернівецький обласний
шкірно-венерологічний диспансер»,
м. Чернівці, Україна

Денисенко Ольга Іванівна,
завідувач кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Мудряк Людмила Володимирівна,
лікар-дерматовенеролог ОКНП «Чернівецький
обласний шкірно-венерологічний диспансер»,
м. Чернівці, Україна

Басиста Оксана Леонідівна,
лікар-дерматовенеролог ОКНП «Чернівецький
обласний шкірно-венерологічний диспансер»,
м. Чернівці, Україна

Бобкова Світлана Володимирівна,
лікар-дерматовенеролог ОКНП «Чернівецький
обласний шкірно-венерологічний диспансер»,
м. Чернівці, Україна

Фесенко Олександр Володимирович,
лікар-дерматовенеролог ОКНП «Чернівецький
обласний шкірно-венерологічний диспансер»,
м. Чернівці, Україна

Коба Віталіна Ігорівна,
студентка 6 курсу медичного факультету №1,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Актуальність. В останні роки відзначається зростання серед дорослого контингенту населення захворюваності на дерматомікози, зокрема трихофітію, що може бути зумовлено як екзогенними (травми, забруднення шкіри), так і ендогенними чинниками (зміни імунологічної резистентності, обмінні

порушення тощо). Трихофітія – це поширене грибкове захворювання, яке відносять до групи трихомікозів, збудником якого є антропофільні та зооантропофільні грибки з роду *Trichophyton*, які можуть уражати гладку шкіру та додатки шкіри. Розрізняють поверхневу, хронічну та інфільтративно-нагнійну форми трихофітії. Збудником інфільтративно-нагнійної (глибокої) форми трихофітії є зооантропофільні (що уражають людей і тварин, переважно велику рогату худобу, коней) грибки – *Trichophyton gypsum* і *Trichophyton faviforme*, тому інфільтративно-нагнійна форма частіше зустрічається у сільській місцевості серед осіб, які контактують із хворими на трихофітію тваринами. Інфільтративно-нагнійна трихофітія частіше виникає на волосяній ділянці голови (*Kerion Celsi*), ділянці бороди та вусів (*Sycosis parasitaria*) та гладенькій шкірі. Разом з тим, зустрічаються й рідкісні щодо локалізації форми інфільтративно-нагнійної трихофітії.

Метою роботи було проаналізувати клінічний випадок інфільтративно-нагнійної трихофітії з рідкісною локалізацією дерматозу.

Матеріали та методи. Проведено клінічне та лабораторне обстеження пацієнтки 32 років, яка проживає у сільській місцевості регіону. Пацієнтка була направлена в обласний шкірно-венерологічний диспансер сімейним лікарем після лікування у хірурга районної лікарні системними антибактеріальними засобами через відсутність клінічного ефекту від застосованої терапії. При зверненні пацієнтки в обласний шкірно-венерологічний диспансер з метою уточнення діагнозу було проведено її клінічне обстеження та лабораторне (мікологічне) дослідження виділень із вогнищ ураження шкіри.

Результати та обговорення. Під час клінічного обстеження пацієнтка скаржилася на болючу висипку та гнійні виділення з вогнищ ураження на шкірі лобкової ділянки. Хворіє впродовж місяця. З анамнезу – півтора місяці тому допомагала доглядати за коровою сусідки, в якій на шкірі були поодинокі «рани» та гнійні кірки. Через два тижні у пацієнтки на шкірі лобкової ділянки з'явилися болючі вузли, з приводу чого звернулася до сімейного лікаря, а потім лікувалася у хірурга районної лікарні – отримувала системні та топічні

антибактеріальні препарати, однак без видимого клінічного ефекту, через що була направлена в обласний шкірно-венерологічний диспансер.

При об'єктивному обстеженні – на шкірі лобкової ділянки на тлі виразної гіперемії й набряку відзначаються різкозапальні болючі обмежені інфільтрати у вигляді вузлів округлої форми, від 3 см до 5 см у діаметрі, припідняті над поверхнею шкіри, на поверхні яких є чисельні фолікулярні пустули із гнійним виділенням та гнійними кірками. При стисканні інфільтрату з боків із уражених волосяних фолікулів виділяється гній, що нагадує витікання меду із стільників (симптом «медових стільників»). Волосся на цій ділянці шкіри практично відсутнє, а волосся, яке залишилося – легко відділяється від поверхні вузлів разом із гнійним виділенням та кірками. При обстеженні також виявлено збільшення регіонарних лімфатичних вузлів.

З метою уточнення діагнозу було проведено лабораторне (мікологічне) дослідження виділень із вогнищ ураження шкіри. При мікроскопічному дослідженні виявлено елементи грибка, які були розташовані зовні волосяних стрижнів, а при засіві на середовище Сабуро відзначено ріст зооантропофільного грибка *Trichophyton faviforme*.

На підставі клінічного та лабораторного обстеження пацієнтці було виставлено діагноз: Трихофітія інфільтративно-нагнійна лобкової ділянки, після чого призначено курс системної фунгіцидної терапії, засоби протизапальної й дезінтоксикаційної терапії та стандартне зовнішнє лікування. Через три тижні у пацієнтки констатовано клінічне та лабораторне одужання.

Висновок. Трихофітія інфільтративно-нагнійна – поширене грибкове захворювання шкіри і додатків з переважною локалізацією на волосяній ділянці голови, вусів і бороди, однак може виникати і на інших, зокрема лобковій, ділянках шкіри, що потребує проведення клініко-лабораторної диференційної діагностики з іншими інфекційними дерматозами.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U101550).

ПРОБІОТИКИ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ЕКЗЕМИ

Болотна Людмила Анатоліївна,

професор кафедри дерматовенерології та

хірургічної дерматології,

Харківська медична академія післядипломної освіти,

м. Харків, Україна

Лисенко Катерина Ігорівна,

асистент кафедри дерматовенерології та

хірургічної дерматології,

Харківська медична академія післядипломної освіти,

м. Харків, Україна

Саріан Олена Ігорівна,

доцент кафедри дерматовенерології та

хірургічної дерматології,

Харківська медична академія післядипломної освіти,

м. Харків, Україна

Екзема – гостре чи хронічне рецидивуюче захворювання шкіри, що проявляється поліморфним висипом, гострою запальною реакцією, обумовленою серозним запаленням, сильним свербіжем. Поширеність екземи в Україні становить, за даними різних авторів, від 8 до 30% усіх захворювань шкіри і є найчастішою патологією в практиці лікаря-дерматовенеролога.

Екзема формується в результаті впливу складного комплексу етіологічних і патогенетичних факторів, характеризується полівалентною сенсibiliзацією, в розвитку якої грають роль як екзогенні, так і ендогенні фактори (генетична схильність, хімічні агенти, бактеріальні алергени, захворювання внутрішніх органів і т. д.). Роль імунних механізмів у розвитку дерматозу є центральною, однак стан вродженого імунітету вивчено недостатньо. У механізмах неспецифічного захисту організму важливу роль відіграють система

комплементу, фагоцитоз, НК-клітини, інтерферони, ендogenous антимікробні білки та антимікробні пептиди.

В комплексній терапії екземи рекомендують гіпоалергенну дієту, антигістамінні засоби, ентеросорбенти, гепатопротектори та ін. Є повідомлення про використання пробіотиків, що складаються з *Lactobacillus acidophilus* CL1285, *Lactobacillus casei* LBC80R і *Lactobacillus rhamnosus* CLR2, з позитивним клінічним ефектом при екземі кистей. Механізми, завдяки яким пробіотичні препарати сприяють досягненню ряду фізіологічних ефектів в організмі хазяїна, дуже різноманітні. Відомо, що пробіотичним препаратам властиві імунологічні та неімунологічні аспекти дії. Дослідження *in vitro* показали, що клінічно ефективні пробіотики індують антимікробний β -дефензину-2 людини (hBD-2).

Мета дослідження: вивчити вплив пробіотика, що містить *E. coli* штам Nissle 1917, і пробіотика, що містить *Lactobacillus rhamnosus* GG ATCC 53103, на клінічний перебіг, рівень лактоферину людини (hLF) та hBD-2 у пацієнтів з хронічною екземою.

Методи досліджень. Під спостереженням перебувало 40 пацієнтів (21 чоловік і 19 жінок) з істинною (20 хворих) та мікробною екземою (20 пацієнтів) віком 28-52 років, тривалістю дерматозу від одного до 6 років, рецидивами – один - тричі на рік. Усі хворі відзначали свербіж в осередках ураження. У більшості хворих встановлено легкий і помірний ступінь тяжкості дерматозу на підставі розрахунку EASI (Eczema Area Severity Index). Виявлено численні супутні хвороби, найчастіше травного тракту (хронічний гастрит, виразкова хвороба 12-палої кишки, хронічний холецистит, ідіопатичні хронічні закрепи, хронічний коліт).

Хворих поділено на дві групи залежно від пробіотика, що застосовувався в комплексному лікуванні. Пацієнтам 1-ї групи призначали пробіотик, що містить *E. coli*, з першого по четвертий день прийому – по 1 капсулі препарату на день, далі – по 2 капсули препарату на день протягом 6 тижнів, пацієнтам 2-ї

групи – пробіотик, що містить *Lactobacillus rhamnosus* GG, по 1 капсулі 1-2 рази на добу протягом 6 тижнів.

До і після лікування проводилось традиційне клініко-лабораторне обстеження. Визначення вмісту hLF та hBD-2 у сироватці крові пацієнтів проводили імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва ЗАТ “Вектор-Бест” (Лактоферрин-ИФА-БЕСТ) і комерційної тест-системи виробництва фірми “Elabscience” (Human DEF β 2/DEFB2 ELISA kit, США).

Результати. Під впливом терапії у хворих 1-ї та 2-ї груп відбулося зникнення або зменшення свербіжності шкіри, еритеми, мокнугтя та пустулізації на 3-5-й дні, інфільтрації осередків – 7-9 дні, ліхеніфікації – 11-14 дні терапії. Терміни отримання позитивної динаміки в обох групах майже не відрізнялися. При цьому клінічне вилікування і пониження EASI на 75% настало у 20 (50,0%) хворих, значне поліпшення та пониження EASI на 50% – у 14 (35,0%) пацієнтів, поліпшення і пониження значення EASI на 25% – 6 (15,0%) пацієнтів. Усі пацієнти добре переносили препарати, відзначали покращення процесу спорожнення кишечника.

Після лікування у хворих 1-ї групи визначено незначне підвищення в периферичній крові рівня hLF ($476,14 \pm 29,37$ нг/мл, $p > 0,05$) та більш суттєве збільшення вмісту hBD-2 ($1961,27 \pm 111,02$ пг/мл, $p < 0,05$), у пацієнтів 2-ї групи – більш виражене збільшення вмісту hLF ($532,51 \pm 231,07$ нг/мл, $p < 0,05$) та менш значиме рівня hBD-2 ($1670,27 \pm 119,31$ пг/мл, $p < 0,05$) порівняно з такими до лікування (відповідно $312,09 \pm 15,36$ нг/мл і $1035,11 \pm 34,02$ пг/мл).

Висновки. Пробіотик, що містить життєздатні клітини одного штаму *E. coli* – Nissle 1917, і пробіотик, що містить *Lactobacillus rhamnosus* GG, забезпечують позитивний вплив на перебіг хронічної екземи і можуть використовуватися в практиці. Під впливом пробіотиків відбувається посилення гуморальної ланки вродженого імунітету хворих шляхом збільшення вмісту антимікробного білка та антимікробного пептида. Подальше вивчення

стану вродженого імунітету дозволить обґрунтувати призначення пробіотика пацієнтам з різними формами хронічної екземи.

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 ОКРЕМИХ ЛАНОК ПАТОГЕНЕЗУ ЧЕРВОНОГО ПЛЕСКАТОГО ЛИШАЮ

Бродовська Надія Борисівна,

асистент кафедри дерматовенерології,

Буковинський державний медичний університет,

м. Чернівці, Україна

Денисенко Ольга Іванівна,

завідувач кафедри дерматовенерології,

Буковинський державний медичний університет,

м. Чернівці, Україна

Актуальність. Червоний плесканий лишай – хронічне неінфекційне захворювання з групи папуло-сквамозних дерматозів, для якого характерними є типова свербляча висипка, що часто носить поширений характер, наявність тяжких клінічних форм, схильність до рецидивів та тривалого перебігу, торпідність до стандартного лікування, що негативно відображається на психоемоційному стані та якості життя таких пацієнтів. Обтяжений перебіг дерматозу призводить до тривалої втрати хворими працездатності, особливо серед осіб активного працездатного віку. Тому, актуальною задачею сучасної дерматології є вивчення патогенетичних механізмів червоного плескатоного лишая з метою удосконалення існуючих стандартних способів лікування цього дерматозу.

Мета роботи – визначити у хворих на червоний плескатий лишай стан прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу та імунного статусу організму залежно від клінічних проявів дерматозу.

Матеріал та методи дослідження. Під спостереженням перебували 124 хворих на червоний плескатий лишай, з них 85 (68,5%) жінок та 39 (31,5 %) чоловіків віком від 24 до 67 років. Найбільшу частку (78,2%) склали особи працездатного віку – молодого і середнього віку (від 24 до 44 років) – 52 (51,9%) особи та зрілого віку (від 45 до 59 років) – 45 (36,3%) осіб, меншу (21,8%) частку – особи пенсійного віку. У 103 (83,1%) пацієнтів діагностовано типову форму червоного плескатоного лишая, у 21 (16,9%) осіб – атипові (гіпертрофічна, пігментна, атрофічна, фолікулярна) форми дерматозу. У 19 (15,3 %) хворих дерматоз мав гострий перебіг з тривалістю до 2 місяців, у 34 (27,4 %) осіб – підгострий (від 2 до 6 місяців), у 71 (57,3 %) – хронічний рецидивуючий перебіг із тривалістю дерматозу від 1 до 6 років.

У процесі роботи були застосовані наступні методи дослідження: клінічні (постановка діагнозу, визначення характеру клінічного перебігу дерматозу, контроль ефективності лікування), біохімічні (визначення показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу), імунологічні (визначення показників фагоцитозу, циркулюючих імунних комплексів), імуноферментні (визначення медіаторів запалення – окремих цитокінів), статистичні.

Результати. При визначенні та аналізі у хворих на червоний плескатий лишай показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу встановлено вірогідні зміни показників про- й антиоксидантної систем крові, які свідчать про зростання інтенсивності процесів вільнорадикального окиснення ліпідних структур, що проявляється достовірним ($p < 0,05$) збільшенням рівня малонового альдегіду в плазмі крові та еритроцитах (відповідно: на 79,7% та 39,9%), а також білкових молекул – зі збільшенням у сироватці крові вмісту фракцій окиснювальної модифікації білків – ОМБ E₃₇₀ і ОМБ E₄₃₀ (відповідно: на 52,9 % та 43,1%) та середньомолекулярних пептидів – маркерів ендогенної інтоксикації (на 28,6%) на тлі зниження вмісту антиоксидантних факторів –

глутатіону відновленого (на 26,4%) та церулоплазміну (на 10,6%), при цьому за наявності більш істотних змін досліджуваних показників у пацієнтів із поширеним ураженням шкіри та тривалістю дерматозу більше півроку, що обґрунтовує доцільність диференційованого призначення в комплексній терапії таких хворих антиоксидантних засобів.

При дослідженні у хворих на червоний плескатий лишай імунологічних показників встановлено вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи зростання у сироватці крові вмісту прозапального цитокіну TNF- α (на 58,8%, $p=0,042$) за тенденції до підвищення IL-1 β (на 37,4%, $p=0,056$), проте без істотних змін IL-4 та IL-10, а також вірогідні ($p<0,01$) зміни показників фагоцитозу – зниження фагоцитарного числа і фагоцитарної активності нейтрофілів (відповідно: на 37,1% та 25,3%) та вірогідне ($p<0,001$) підвищення сироваткового рівня циркулюючих імунних комплексів різних розмірів, у тому числі: великих (на 40,3 %), середніх (на 42,4 %) та дрібних розмірів (на 52,9 %), при цьому більш істотні відмінності досліджуваних показників визначено у хворих із поширеним ураженням шкіри та тривалістю дерматозу більше півроку, що вказує на їх патогенетичне значення у перебігу червоного плескатоного лишая.

Висновок. У хворих на червоний плескатий лишай встановлено істотне зростання активності процесів вільнорадикального окиснення ліпідних і білкових структур із формуванням окисного стресу і стану ендогенної інтоксикації, а також зміни показників фагоцитозу, зростання сироваткового рівня циркулюючих імунних комплексів та окремих прозапальних цитокінів та визначено їх залежність від характеру клінічного перебігу дерматозу, що обґрунтовує доцільність диференційованого призначення в комплексній терапії таких хворих імуотропних та протизапальних засобів.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідних робіт на тему: «Оптимізація лікування хронічних дерматозів» (номер державної реєстрації 01.01U005247) та «Оптимізація лікування і профілактики алергічних, еритемо-сквамозних та інфекційних дерматозів у міських та сільських жителів

біогеохімічного регіону з природною недостатністю йоду (епідеміологічні та клініко-лабораторні дослідження)» (номер державної реєстрації 0106U008377), а також комплексної науково-дослідної роботи на тему: «Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційованих способів лікування хворих на артеріальну гіпертензію, дифузні ураження печінки невірусного походження та хронічні дерматози з урахуванням стану ендокринної, імунної систем, кишкового біоценозу та метаболічних процесів» (номер державної реєстрації: 0115U002763).

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕЗОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ АНДРОГЕНЕТИЧНОЇ АЛОПЕЦІЇ У ЖІНОК

Буянова Ірина Олександрівна,
Асистент кафедри дерматовенерології,
Івано-Франківський національний
медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

Николайчук Христина Яремівна
Івано-Франківський національний
медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

Тороус Ірина Миколаївна
Івано-Франківський національний
медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність теми. Андрогенетична алопеція є багатофакторним захворюванням, що обумовлене впливом генетичних факторів, ендокринних порушень та поєднаною дією екзогенних та ендогенних чинників.

Захворювання характеризується поступовим зменшенням волосяного фолікулу, що виникає в результаті зміни динаміки волосяного циклу та призводить до трансформації термінального волосся в веллус. Клінічно цей процес характеризується прогресуючим стоншенням волосся у андроген-залежних ділянках скальпу. Термін «андрогенетична алопеція» був введений Орентрайхом у 1960 році.

Мета. Порівняти ефективність мезотерапії і базовою місцевою терапією (2% місцевий розчин міноксидилу) при жіночій андрогенетичній алопеції за допомогою дерматоскопічної оцінки.

Матеріал та методи дослідження. У дослідженні взяло участь 50 жінок з клінічно діагностовано андрогенетичною алопецією віком від 35 до 55 років, яких було розподілено на дві групи: I групі (25 осіб) було проведено 10 процедур мезотерапії, II групі призначено місцево 2% розчин міноксидилу один раз на день протягом трьох місяців. Результати оцінювали на початковому етапі, а потім щомісяця протягом трьох місяців за допомогою клінічних фотографій, дерматоскопії та результатів самооцінки пацієнта.

Результати. Усі дерматоскопічні параметри, такі як варіація стрижня волосся, фолікулярні одиниці з одним і кількома волосками не показали суттєву різницю між групами після курсу лікування. Однак, у пацієнтів I групи спостерігалось значне збільшення ($P=0,01$) зміни діаметра стрижня волосини після курсу мезотерапії у порівнянні з II групою пацієнтів, які отримували тільки місцеву терапію міноксидилом.

Висновок. Внаслідок застосування мезотерапії у пацієнтів із андрогенетичною алопецією (I група) спостерігалось значне збільшення варіації діаметра волосяного стрижня між початком лікування і через три місяці після лікування порівняно з пацієнтами, які отримали стандартне лікування (II група). Інші дерматоскопічні показники та суб'єктивна оцінка пацієнтами не показали істотної різниці між двома групами.

АКНЕ – МІСІЯ ЗДІЙСНЕННА? КОНСЕНСУС МІЖ ДЕРМАТОЛОГІЄЮ ТА КОСМЕТОЛОГІЄЮ

Возняк Ірина Ярославівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Сизон Орися Орестівна

Завідувач кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Чаплик-Чижо Ірина Остапівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Вольбин Світлана Володимирівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Актуальність. Акне складає у структурі дерматологічних хворих близько 20 – 30% і є однією із найчастіших причин звернення пацієнтів до дерматолога. У більшості випадків захворювання дебютує у підлітковому віці частіше серед хлопців, у зрілому ж віці – серед жінок. Дослідження останніх років показали, що дисморфічні розлади виникають частіше у пацієнтів дерматологічного профілю, серед таких пацієнтів понад 86% не задоволені лише однією частиною свого тіла, і у 95% випадків – це обличчя. Дисморфічні розлади асоційовані з дерматологічними захворюваннями та без вчасної корекції можуть призвести до соціальної дезадаптації, тривожності та фобій.

Зважаючи на ризики розвитку даних розладів та свою розповсюдженість, захворювання повинно розглядатися не лише як косметична проблема, але й як медико-соціальна. Терапевтична тактика ведення пацієнтів із акне повинна починатися із навчання пацієнтів (основи догляду за проблемною шкірою, дієтичні 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.

Матеріали та методи. Було проведено огляд із подальшим аналізом закордонних та вітчизняних джерел, вітчизняних, європейських та американських рекомендації з лікування дерматозу. Пошук публікацій здійснювався через ресурси National Center of Biotechnology Information, PubMed, StudMed та GoogleBooks.

Результати та обговорення. 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 використання 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 антибіотикорезистентності 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 ефективно

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. Заслуговує 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).

Висновки. В результаті було виокремлено групи найбільш ефективних медичних засобів для терапії акне, особливості їх застосування при різних формах та ступенях важкості, можливі побічні дії та фактори, що можуть їх провокувати, 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.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК ОБТЯЖЛИВИЙ ЧИННИК ПЕРЕБІГУ АКНЕ

Волошина Наталія Олександрівна,
лікар-дерматовенеролог ОКНП «Чернівецький
обласний шкірно-венерологічний диспансер»,
м. Чернівці, Україна

Денисенко Ольга Іванівна,
завідувач кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Волошина Христина-Богдана Анатоліївна,
асистент кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Актуальність. Акне (вугрова хвороба) – одне з найбільш поширених захворювань шкіри з тенденцією до збільшення в останні роки частки осіб із тяжким клінічним перебігом дерматозу, що є причиною психоемоційних порушень та зниження якості життя таких пацієнтів. Відомо, що акне – це хронічне мультифакторне захворювання, яке виникає на тлі генетичної детермінованості, а в їх розвитку й перебігу вагому роль відіграють розлади ендокринної регуляції, зміни системного й локального імунітету, обмінні порушення, вогнища хронічної інфекції тощо.

Мета дослідження – визначити у пацієнтів з акне поширеність і спектр *H.pylori* - асоційованих захворювань гастроудоденальної локалізації та оцінити їх зв'язок із характером клінічного перебігу дерматозу.

Матеріал і методи. Спостерігали 134 пацієнти з акне віком від 18 до 30 років, з них 74 (55,2%) особи жіночої і 60 (44,8%) – чоловічої статі. У всіх 134 пацієнтів з акне встановлено запальну форму перебігу дерматозу, у тому числі: у 11 (9,2%) – другий ступінь тяжкості запального процесу (легкий клінічний

перебіг), у 88 (65,7%) – третій ступінь тяжкості (середньотяжкий клінічний перебіг), у 35 (26,1%) – четвертий ступінь тяжкості запального процесу (тяжкий клінічний перебіг ане). Для діагностики наявності *H.pylori*-інфекції застосовували: дихальний уреазний тест (апарат “Helic”); виявлення антигену до *H.pylori* у калі імуноферментним методом (CITO TEST Hp Ab., “Alfa scientific” Designs Inc USA, ТОВ “Pharmasco”, Україна) чи гістологічно в біопсійних шматочках слизової оболонки шлунка. Групу контролю склали 35 практично здорових осіб подібного віку й статі.

Результати. Встановлено, що серед обстежених пацієнтів з акне супутні *H.pylori*-асоційовані захворювання гастродуоденальної зони реєструються у 44 (32,8%) з 134 осіб: у 25 пацієнтів – гастродуоденіти, у 19 – гастрити, з них у 6 осіб – ерозивні форми, з переважно олігосимптоматикою чи прихованим клінічним перебігом. Встановлено, що у пацієнтів з акне із супутніми *H.pylori*-асоційованими захворюваннями в 2,02 рази частіше реєструються тяжкі форми акне – в 12 (27,3%) із 44 осіб з наявністю *H.pylori*-інфекції, ніж у пацієнтів з акне з групи порівняння (без *H.pylori*-інфекції) – у 7 (13,5%) із 52 осіб та в 4,2 рази рідше – легкі форми акне (у 2,3%; у групі порівняння – у 9,6%), що складає достовірну різницю з пацієнтами групи порівняння (згідно непараметричного дисперсійного аналізу Фрідмана $\chi^2= 3,95$ за критичного значення 3,84) за однакової частоти середньотяжких форм акне (відповідно: у 70,4% і 76,9%), проте за більш частих (в 1,3 раза) рецидивах дерматозу. Результати досліджень свідчать про вагоме значення супутньої *H.pylori*-інфекції гастродуоденальної зони в якості обтяжуючого патогенетичного чинника акне.

Висновок. Встановлено, що у третини (32,8%) пацієнтів з акне наявні супутні *H.pylori*-асоційовані захворювання гастродуоденальної локалізації, які мають переважно субклінічний перебіг, проте супроводжуються більш тяжким клінічним перебігом акне, що слід ураховувати при комплексному обстеженні та лікуванні таких пацієнтів.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 01.10U003077).

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИМІКОТИКІВ В ТЕРАПІЇ ГРИБКОВИХ УРАЖЕНЬ ШКІРИ І НІГТІВ

Гаєвська Марина Юріївна,

доцент закладу вищої освіти кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Клобушняк Аліна Радіонівна,

лікар-інтерн спеціальності «дерматовенерологія»,
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Довбуш Крістіна Сергіївна,

лікар-інтерн спеціальності «дерматовенерологія»,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Клімук Андрій Валерійович,

слухач факультету підготовки військових лікарів,
Українська військово-медична академія,
м. Київ, Україна

Актуальність. Грибкова інфекція шкіри та нігтів досить поширена та актуальна проблема. Попри відносну ефективність імунної системи людини стосовно грибків, на відміну від внутрішньоклітинних ці паразити краще захищені. Це дозволяє їм виграти час задля взаємоприспособування з організмом хворого. Результатом стає формування хронічного захворювання, яке потребує не тільки ретельної діагностики, але й планового і системного підходу до лікування. Окрім того, часом грибкові інфекції формуються на фоні взаємодії збудника з ослабленою імунною системою, де провідною ланкою допомоги виступає саме медикаментозна терапія. Все це погіршує життя пацієнта та створює проблему для системи охорони здоров'я.

Наскільки актуальне питання оніхомікозів із точки зору наукової новизни? Лише за останні 5 років сумарно було видано близько 5 тисяч нових статей, присвячених темі лікування грибкових інфекцій нігтів та шкіри. Серед них як масштабні дослідження, так і невеликі наукові доробки. Це дає нові дані та свіже підґрунтя для подальших наукових досліджень. Актуальність вивчення питання також полягає в тому, що ефективна терапія грибкових захворювань шкіри та нігтів дозволяє покращити якість життя пацієнтів, уникнути тривалого лікування, яке має нижчий терапевтичний комплаєнс.

Мета роботи – проаналізувати дані стосовно останніх сучасних підходів, що їх застосовують при терапії грибкових уражень шкіри та нігтів, зокрема погляди на доцільність застосування різних видів антимікотичних препаратів та найбільш ефективні терапевтичні тактики

Методи досліджень.

Було проведено аналіз літературних даних, зокрема із використанням мережі PubMed та Google Scholar із подальшим аналізом найбільш концептуально відповідних та статистично обґрунтованих статей, а також із порівнянням цих даних із локальним практичним досвідом клініцистів.

Результати.

Виявлено, що найдоцільнішим методом терапії є комбінація використання топічних антимікотиків із системними препаратами та заходами спрямованими на покращення загального стану організму, зокрема, нормалізацією стану імунної системи.

Попри розуміння важливості антимікотичної терапії, результати дослідження демонструють, що за умови використання адекватної терапії, згідно з останніми протоколами, настановами та клінічними рекомендаціями близько 93% хворих здатні досягти повної елімінації збудника. Число відрізняється, мігруючи від 93% в молодих хворих із високим комплаєнсом до більш скромних результатів у 67% ефективності в групі пацієнтів старшого віку із низьким комплаєнсом та поганим соціоекономічним станом.

Більшість досліджень продемонстрували низьку ефективність 20-40% монотерапії, як топічними, так і системними антимікотиками, основний ефект досягався в пацієнтів молодшої вікової групи без супутніх захворювань. Водночас у пацієнтів з імунодефіцитом, супутніми ураженнями шкіри чи іншими патологічними процесами, що вони впливають на гомеостаз, монотерапія виявляється малоефективною.

Висновки.

Можна зробити наступні висновки:

- 1) Провідне лікування ураження шкіри та нігтів грибком полягає в комплексному підході, який включає системні та місцеві антимікотичні препарати та модифікацію способу життя, зокрема спрямовану на покращення роботи імунної системи та стану шкіри.
- 2) Ефективність спрощених схем, з огляду на переважання позитивних клінічних змін у певних груп хворих, асоційована із загальним станом організму, зокрема шкіри та імунної системи, що призводив до більшого потенціалу до боротьби зі збудником. З огляду на це комбінована терапія є очевидним методом вибору
- 3) Надзвичайно важливим є розуміння методик терапії самим пацієнтом та ретельне дотримання медичних рекомендацій. Модифікація способу життя має слідувати разом із медикаментозним лікуванням, задля пришвидшення клінічного покращення стану хворого та попередження рецидиву.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U101550).

ІНФЕКЦІЙНИЙ ТА ДЕРМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПРИ АТОПІЧНОМУ ДЕРМАТИТІ У ДІТЕЙ

Гаєвська Марина Юріївна,

доцент закладу вищої освіти кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Полудняк Роман Анатолійович,

лікар-інтерн спеціальності «дерматовенерологія»,
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Акшаєва Інна Миколаївна,

лікар-інтерн спеціальності «дерматовенерологія»,
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Клімук Андрій Валерійович,

слухач факультету підготовки військових лікарів,
Українська військово-медична академія,
м. Київ, Україна

Актуальність. Атопічний дерматит – хронічне алергічне запальне захворювання шкіри, що супроводжується свербінням. За даними статистики ризик розвитку атопічного дерматиту у дітей становить від 20 до 40%. Захворювання зазвичай починається в ранньому віці, у 45% дітей перший епізод атопічного дерматиту відбувається в перші 6 місяців життя, у 60% – протягом першого року життя. Передбачається, що до розвитку атопічного дерматиту призводить поєднання декількох факторів:

1. Особливості будови шкіри та догляду за нею.
2. Дія IgE, що відповідають за алергічні реакції негайного типу (атопії).

Також у виникненні та прогресуванні атопічного дерматиту (АД) істотна роль належить інфекційним агентам із властивостями суперантигенів.

Мета. Метою дослідження стало вивчення мікробіоценозу шкіри дітей при різних формах atopічного дерматиту.

Методи досліджень. Провели аналіз результатів спостереження та обстеження 14 дітей з проявами АД. Пацієнтів розділили на дві підгрупи: I підгрупа - діти з неускладненим перебігом АД (8 дітей); II підгрупа - діти з ускладненим перебігом АД (6 дітей). Для визначення ступені тяжкості захворювання керувались шкалою SCORAD, характеристикою і контролем мікробної флори шкіри.

Результати. Мікроскопічно і культурально верифікували *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) і *Staphylococcus epidermidis* (*S. epidermidis*) у 42,86% випадків, в 14,29% – були виявлені дріжджоподібні гриби роду *Candida albicans* (*C. albicans*) у високій концентрації, а в 35,71% – встановлена колонізація шкірних покривів і стафілококами, і грибами. Частота *St. aureus* з ураженої шкіри при ускладненому перебігу АД склала 85,71% з високим ступенем обсіменіння. При дослідженні мікрофлори шкірних покривів дітей з неускладненою формою АД стафілокок висівали в 78,57% випадків, причому переважав *St. epidermidis* (35,71%). З умовно-патогенної флори у дітей з неускладненим перебігом АД найчастіше зустрічали *St. aureus* (35,7%). Протей (*Pr vulgaris*) був виявлений тільки у дітей II підгрупи (21,43%).

Висновки. За даними наших досліджень можна вважати, що мікробіоценоз шкіри малюків впливає на розвиток і прогресування atopічного дерматиту. Тому для зменшення захворюваності atopічним дерматитом у дітей, рекомендуємо підтримувати нормальну флору шкіри малюка: щоденне купання в теплій воді (32-35°), тривалістю не більше 10-15 хвилин; використовувати засоби з м'якою миючою основою з рН = 5,5, що не містять лугів (виключити мило); наносити пом'якшувальні чи зволожуючі засоби; та користуватися антисептиками.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U101550).

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ШКІРНИХ ПРОЯВІВ ЕНДОКРИННИХ ПОРУШЕНЬ

Гаєвська Марина Юріївна,

доцент закладу вищої освіти кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Чорна Ірина Віталіївна,

лікар-інтерн спеціальності «дерматовенерологія»,
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Чебан Наталія Мірчівна,

лікар-інтерн спеціальності «дерматовенерологія»,
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Клімук Андрій Валерійович,

слухач факультету підготовки військових лікарів
Українська військово-медична академія,
м. Київ, Україна

Актуальність. Хвороби ендокринної системи – це група захворювань, об'єднаних своїм негативним впливом на гомеостаз гуморальної регуляції. Оскільки вони мають тенденцію до поступового розвитку, із тривалими періодами компенсації та субкомпенсації, хворі пізно звертаються до лікаря, а лікарі широкого профілю часом пропускають захворювання. Водночас шкіра служить клініцистам вікном для діагностики та моніторингу ендокринних захворювань. Часто дерматологи можуть бачити ураження шкіри, які вказують на основне ендокринне захворювання та скеровувати пацієнта за відповідною спеціалізованою медичною допомогою, однак цікавим та актуальним також є питання впливу шкірної клініки на ранню діагностику у сімейного лікаря та

загальний перебіг хвороби. Разом із доступністю для рутинної оцінки без складних і вартісних процедур, дерматологічні прояви ендокринопатій значною мірою впливають на здоров'я та якість життя людини.

Мета. Метою дослідження стала оцінка клінічного значення дерматологічних проявів хвороб ендокринної системи.

Методи досліджень.

Аналіз літературних джерел та різноманітних клінічних даних, зокрема оцінка стану пацієнтів із такими патологічними станами як набуті захворювання гіпоталамо-гіпофізарної системи, щитоподібної залози, підшлункової, надниркових залоз, а також спадкові ендокринні синдроми. Оцінка стану шкіри пацієнтів була скерована на реалізацію аналізу клінічної значущості та діагностичного потенціалу.

Результати.

Виявлено, що при акромегалії відкладення глікозаміноглікану призводить до потовщення шкіри та м'яких тканин, з огрубінням і збільшенням лицевих структур. При гіпертиреозі існує тенденція проліферації мезенхімальної тканини та формування мікседеми, іноді також зустрічається оніхолізіс і гіпергідроз. Люди з гіпотиреозом мають холодну, суху шкіру та ламке волосся, а також жовтяницю, асоційовану із надлишком каротину. Шкірні особливості цукрового діабету, значною мірою опосередковані гіперглікемією та гіперінсулінемією, та рідко зустрічаються в пацієнтів із модерованим цукровим діабетом, однак часом вони включають некробіоз ліпоїдний діабетичний, діабетичну дермопатію та чорний акантоз. Педіатричні пацієнти з синдромом Кушинга майже завжди мають ожиріння тулуба та затримку росту, порушення утворення колагену та катаболічні ефекти гіперкортицизму призводять до атрофії шкіри та стрий на животі. У пацієнтів із хворобою Аддісона – генералізована гіперпігментація вторинна внаслідок підвищеного рівня меланоцитстимулюючого гормону, є найбільш помітною в місцях, які опромінюються сонцем. Внаслідок гіперандрогенії в осіб із синдромом полікістозних яєчників часто спостерігаються гірсутизм, вульгарні вугри та

андрогенна алопеція. При синдромі множинної ендокринної неоплазії (MEN) специфічні генні мутації можуть призвести до ангіофібром, лишайникового амілоїдозу та гангліоневром.

Висновки.

Отримані дані дозволяють засвідчити поліморфологічність клінічних проявів захворювань органів гуморальної регуляції. Зокрема, при акромегалії вони зазвичай асоційовані із неприємними, але малозначимими клінічно явищами. Водночас гормональні зміни та ускладнення цукрового діабету чи прояви синдрому полікістозних яєчників можуть стати причинами не тільки погіршення якості життя, але і загрожувати життю пацієнта загалом. Це ще раз демонструє важливість модифікації способу життя, як одного із методів підтримки компенсованості патологічного стану, а також ефективності мультидисциплінарного підходу у терапії метаболічних та ендокринних захворювань.

Водночас клінічна чіткість формування та поєднання кутанеальних проявів ендокринних хвороб говорить про потенціал формування базисних скринінг-методик, які б дозволили на ранніх етапах виявляти порушення гормональної системи за залучення первинної ланки медицини, особливо в ендемічних регіонах.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U101550).

ДЕРМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ COVID-19 У ДІТЕЙ (МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ)

Гарас Микола Нестерович,

доцент кафедри педіатрії та дитячих
інфекційних хвороб,

Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Іванова Лорина Алімівна,

професор кафедри педіатрії та дитячих
інфекційних хвороб,

Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Горбатюк Інна Борисівна,

доцент кафедри педіатрії та дитячих
інфекційних хвороб,

Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Романчук Леся Іванівна

асистент кафедри педіатрії та дитячих
інфекційних хвороб,

Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Новий коронавірус SARS-CoV-2, що зумовив пандемію коронавірусної хвороби COVID-19, вражає, в першу чергу, епітелій дихальних шляхів. Зі збільшенням кількості верифікованих випадків захворювання накопичується інформація стосовно уражень шкіри, зокрема, в педіатричній практиці. Симптоми шкірного ураження можуть виявлятися у 0,2-5,0 % хворих на COVID-19 (Копча В.С., 2021). В дитячій популяції окремої уваги заслуговує мультисистемний запальний синдром, асоційований з COVID-19, під час якого шкірні прояви верифікуються у понад 80% випадків.

Метою роботи було проаналізувати клінічний випадок коронавірусної хвороби COVID-19 у підлітка, що супроводжувався ураженням шкіри, у світлі накопичених літературних даних та міжнародного досвіду.

Під спостереженням знаходився хлопчик В., 16-и років, ушпиталений в інфекційне відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» на 3-ю добу від початку хвороби зі скаргами на підвищення температури тіла до 39°C, висипку по всьому тілу, свербіж та закладеність носу.

Із анамнезу відомо, що захворювання розпочалося раптово із фебрильної лихоманки та дифузної екзантеми, що супроводжувалася свербіжем. Самостійно амбулаторно приймав пероральні форми незахищеного амоксициліну, антигістамінних та антипіретиків. Епідеміологічний контакт заперечує. На 3-ю добу захворювання сімейним лікарем скерований на стаціонарне лікування з підозрою на COVID-19.

При надходженні – загальний стан середньої важкості за рахунок гіпертермічного та інтоксикаційного синдромів, катару верхніх дихальних шляхів та екзантеми. Висипка генералізована, дрібноточкова, на гіперемованому фоні, схильна до злиття. SaO₂ – 97%, субфебрилітет, носове дихання утруднене, структури зіву гіперемовані, над легенями перкуторний звук ясний, дихання жорстке; ЧД – 24/хв. Зі сторони інших внутрішніх органів об'єктивних змін при фізикальному обстеженні виявлено не було. На підставі клінічно-епідеміологічних даних випадок верифіковано як підозрілий на COVID-19, що було підтверджено позитивним результатом тесту на SARS-Cov2 методом ПЛР.

Стровий лабораторний моніторинг засвідчив наявність лейкоцитозу та абсолютного нейтрофілозу, тенденцію до тромбоцитозу, значне підвищення рівня С-реактивного протеїну та Д-димеру, водночас рівень прокальцитоніну відповідав віковій нормі. При проведенні сонографії органів черевної порожнини виявлено незначну спленомегалію.

Пацієнту проводилася парентеральна антибактеріальна терапія цефалоспоринами III покоління, протизапальна терапія системними

глюкокортикостероїдами коротким курсом, вводилися антикоагулянти та антиагреганти.

На тлі лікування стан характеризувався прогресивною позитивною динамікою, з швидким регресом гарячки, інтоксикації та катару ВДШ, водночас висипка редукувалася на 8-у добу від початку захворювання. Повторний тест на SARS-CoV2, який проводився на 8-у добу захворювання був позитивним. На 14-у добу стаціонарного лікування в задовільному стані дитина виписана додому для подальшого спостереження сімейним лікарем.

Таким чином, даний клінічний випадок демонструє перебіг коронавірусної хвороби COVID-19 з ураженням шкіри у вигляді дрібноточкової екзантеми, місцями зливного характеру з окремими геморагічними елементами, на тлі мінімальних ознак катару верхніх дихальних шляхів, проте з високим рівнем показників маркерів запалення та ознаками гіперкоагуляції.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи «Сучасні епідеміологічні, клініко-параклінічні та діагностичні особливості найбільш поширених запальних захворювань інфекційної та неінфекційної природи у дітей» (номер державної реєстрації: 0122U002208).

ЛЯМБЛІОЗНА ІНВАЗІЯ ЯК ЧИННИК ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗРУШЕНЬ ПРИ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗАХ

Гуз Людмила Олександрівна,
асистент кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування хворих на хронічні дерматози (ХД) алергічного генезу на тлі лямбліозної інвазії (ЛІ) шляхом вивчення патогенезу і вдосконалення діагностики й лікування.

Методи дослідження. Клінічні та лабораторні, паразитологічні, імуноферментні, імунологічні, статистичні.

Основні результати. Відповідно до однієї із провідних теорій розвитку хвороб шкіри – інфекційної, основну увагу приділяють бактеріальним і вірусним агентам. Останніми роками з'явилися окремі повідомлення про вплив паразитарних інвазій на хронічні запальні процеси, отримано дані про значну роль у патогенезі хронічних шкірних процесів паразитарних інвазій кишечника (гельмінтоз, лямбліоз), які ініціюють або підтримують хронічні дерматози.

Встановлено обтяжливий вплив ЛП на клінічний перебіг ХД, що характеризується переважанням тяжких і хронічних форм. Частота виявлення лямблій при першому дослідженні фекалій хворих на ХД на тлі прийому ентеросорбентів досягала 30%, а у хворих, які уникали прийому ентеросорбентів протягом 5-7 днів перед обстеженням лямблій виявляли у 91% пацієнтів ($P < 0,001$). У хворих на ХД на тлі ЛП і без неї встановлено зниження ($p < 0,01$) у крові CD3 (відповідно $46,49 \pm 0,48\%$ проти $65,20 \pm 4,80\%$ у контрольній групі), показники CD8 ($13,28 \pm 0,21\%$ проти $20,70 \pm 2,10\%$) нижчі ($p < 0,05$) на тлі прازیтозу. Спостерігалось підвищення імунорегуляторного індексу ($2,51 \pm 0,39$ проти $1,89 \pm 0,03$ в контрольній групі). У хворих на лямбліоз без патології шкіри відсоток CD3, CD8, CD4 – менший норми, на рівні показників у пацієнтів з ХД. Вміст IgE в сироватці крові пацієнтів з ХД на тлі ЛП більший ($129,51 \pm 10,52$), ніж у здорових ($75,00 \pm 5,00$ од/мл) ($P < 0,01$), і більший, ніж у пацієнтів з ХД без супутньої ЛП ($70,16 \pm 7,68$ од/мл) ($P < 0,01$). Кількісні зміни IgA, IgM, IgG і ЦІК у хворих на ХД не залежали від наявності супутньої ЛП.

Комплексне лікування хворих на ХД на тлі ЛП з хронодетермінованим призначенням протистоцидних препаратів похідних орнідазолу забезпечило клінічне одужання 88,3% хворих проти 19,2% – без такої терапії ($P < 0,001$), зокрема підвищення відносних і абсолютних показників CD3 ($P < 0,01$). Показники кількості CD4, CD8, CD16 наблизилися до рівня норми.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U101550).

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ІМУНОБІОЛОГІЧНОЇ ДІЇ (СЕКУКІНУМАБУ) В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ ІЗ СРЕДНЬОТЯЖКИМ ТА ТЯЖКИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ

Гумен Антон Олександрович,
лікар-інтерн дерматовенеролог кафедри дерматології та
венерології з курсом косметології,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Ткачишина Ксенія Сергіївна
аспірант кафедри дерматології та венерології
з курсом косметології,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Степаненко Роман Лонідович
доктор медичних наук,
професор кафедри дерматології та венерології
з курсом косметології,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Актуальність. Драматичними наслідками повномасштабної війни, яку Російська Федерація розпочала у лютому 2022 року проти суверенної України, крім загибелі мирних громадян, є вимушене переселення та міграція значної частини наших співвітчизників, що чинить негативний вплив на їх психосоматичний стан, а також сприяє виникненню нових та посиленню тяжкості перебігу різних хронічних захворювань, у тому числі дерматологічного профілю, зокрема і псоріазу. Псоріаз вважають хронічним аутоімунним гіперпроліферативним захворюванням. Одним з можливих чинників у патогенезі розвитку псоріазу є стресові навантаження на організм, як однієї із ланок, що впливає на запуск аутоімунного ланцюга псоріатичного процесу. В останнє десятиліття у лікуванні псоріазу досить активно застосовується системна імунобіологічна терапія, зокрема антицитокіновими препаратами і

моноклональними антитілами до рецепторів імунокомпетентних клітин (адаліумаб, інфліумаб, етанерцепт, уstekінумаб та інші).

У зв'язку з введенням в Україні з 24 лютого 2022 року воєнного стану та перебоями у ланцюжку поставок, ряд зарубіжних фармацевтичних компаній надали гуманітарну допомогу, зокрема лікарськими засобами для потреб пацієнтів, що постраждали в ході військових дій на території України.

У квітні 2022 року КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» отримала відповідну гуманітарну допомогу у вигляді лікарського препарату імунобіологічної дії секукінумаб (у кількості 540 доз), які були передані у шкірно-венерологічне відділення цієї лікарні, що є клінічною базою кафедри дерматології та венерології з курсом косметології НМУ ім. О.О. Богомольця для безкоштовного лікування хворих на псоріаз у стаціонарних умовах.

Мета роботи. Підвищення ефективності лікування хворих на псоріаз із застосуванням системної імунобіологічної терапії.

Матеріали та методи. У період з квітня по вересень 2022 року нами було комплексно обстежено та проліковано 40 хворих на псоріаз із тяжким та середньтяжким ступенями тяжкості. Серед обстежених хворих були чоловіки та жінки віком від 21 до 64 років із терміном перебігу захворювання понад рік. Тяжкість псоріатичної хвороби та її поширеність оцінювали за індексом PASI. Також проводили лабораторний скринінг, гістологічні та імуногістохімічні дослідження. Вплив псоріазу на якість життя визначали за допомогою дерматологічного індексу якості життя (DLQI). Лікування обстежених хворих на псоріаз проводили шляхом застосування препарату імунобіологічної дії секукінумаб, який вводили 1 раз на тиждень підшкірно у дозі 300 мг протягом 1-го місяця, а потім у дозі 300 мг один раз на місяць протягом 2 місяців. Патогенетичний механізм препарату секукінумаб спрямований на інгібування активності цитокіну інтерлекіна 17А (ІЛ-17А) значимого в патогенезі псоріазу.

Результати та обговорення. У групі хворих на псоріаз, в лікуванні яких застосовувався препарат імунобіологічної дії секукінумаб, спостерігали виразний позитивний ефект вже на 4-му тижні проведення терапії, зокрема спостерігали

суттєве зменшення клінічних проявів псоріазу (інфільтрації, лущення, еритеми), зменшення індексу PASI. На 8-му тижні терапії у всіх обстежених хворих відзначалася повна ремісія шкірного псоріатичного процесу – регрес основної частини висипів із формуванням залишкових плям блідо-рожевого кольору. Також реєструвалася нормалізація лабораторних показників та зменшення гістологічних та імуногістохімічних ознак псоріатичного процесу. Аналіз дерматологічного індексу якості життя (DLQI) в обстежених пацієнтів у динаміці лікування та після його завершення вказував на значне його покращення. Побічні ефекти та ускладнення за період лікування препаратом секукінумаб у всіх обстежених нами хворих були відсутні.

Таким чином, попередні результати проведених нами досліджень щодо лікування хворих на псоріаз з тяжким та середньо-тяжким перебігом препаратом імунобіологічної дії секукінумаб вказують на його достатньо високу терапевтичну ефективність. Продовжується подальший відбір нових хворих на псоріаз для включення їх у групу клінічного спостереження для оцінки ефективності відповідного імунобіологічного препарату. Планується також більш довготривале спостереження за пацієнтами цієї групи (протягом 1 року) з метою визначення терміну тривалості ремісії псоріазу після проведення курсу лікування протягом 3-х місяців препаратом секукінумаб.

Висновки. Накопичений на теперешній час клінічний досвід, в тому числі з урахуванням власних досліджень підтверджує важливу роль ІЛ-17А у патогенезі псоріазу та вказує на доцільність більш широкого застосування у лікуванні цього дерматозу нового терапевтичного підходу, заснованого на інгібуванні активності цього цитокіну. Достатньо висока ефективність та безпека препарату імунобіологічної дії секукінумаб дозволяє досягати швидкої та повної клінічної ремісії псоріазу, у порівнянні з іншими загальноприйнятими методами терапії, а також контролювано вводити клінічний перебіг в ремісію дерматозу та покращити якість життя пацієнтів.

Наведені дані є результатом виконання науково-дослідницької роботи (номер державної реєстрації: 0121U108877).

ДИСБІОЗ КИШКІВНИКА ЯК ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ЧИННИК ОБТЯЖЕНОГО КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ

Денисенко Ольга Іванівна,
завідувач кафедри дерматовенерології
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Бойко Вікторія Валеріївна,
генеральний директор ОКНП «Чернівецький обласний
шкірно-венерологічний диспансер»,
м. Чернівці, Україна

Перепічка Михайло Петрович,
доцент закладу вищої освіти кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Глушок Віталій Степанович,
асистент кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією,
шкірними та венеричними хворобами
Тернопільського національного медичного університету
імені І.Я. Горбачевського,
м. Тернопіль, Україна

Коба Ігор Романович,
лікар-дерматовенеролог ОКНП «Чернівецький
обласний шкірно-венерологічний диспансер»,
м. Чернівці, Україна

Хитик Лариса Михайлівна,
лікар-дерматовенеролог ОКНП «Чернівецький
обласний шкірно-венерологічний диспансер»,
м. Чернівці, Україна

Кравцова Катерина Андріївна,
студентка 4 курсу медичного факультету №1,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Актуальність. Хронічні дерматози, такі як алергічні захворювання шкіри та псоріаз, на сучасному етапі характеризуються тенденцією 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 хронічних дерматозів з метою удосконалення їх лікування та профілактики. Згідно даних сучасних досліджень, хронічні захворювання шкіри, зокрема алергодерматози та псоріаз, характеризуються складним мультифакторним патогенезом, у їх розвитку й перебігу вагоме значення мають зміни імунної й нейроендокринної регуляції, дисбаланс оксидантно-антиоксидантного гомеостазу, обмінні порушення тощо. Водночас вагоме значення у розвитку й перебігу хронічних алергічних дерматозів та псоріазу відводять вогнищам хронічної інфекції, зокрема змінам біоценозу кишківника, який може бути одним із чинників, що обтяжує клінічний перебіг цих хронічних дерматозів.

Метою роботи було вивчити та проаналізувати характер змін видового складу та популяційного рівня мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на хронічні дерматози – алергодерматози та псоріаз.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 68 хворих на хронічні дерматози віком від 19 до 76 років, з них 37 жінок та 31 чоловік. Серед обстежених пацієнтів найбільшу кількість склали хворі на екзему (істинну та мікробні форми дерматозу – паратравматичну, варикозну, нумулярну) – 35 (51,5%) осіб, у 9 (13,2%) хворих встановлено атопічний дерматит (ліхеноїдна форма), у 24 (35,3%) пацієнтів – псоріаз. У більшості – у 58 (85,3%) хворих патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у 10 (14,7%) – був обмеженим. У всіх пацієнтів захворювання шкіри мало хронічний перебіг від 6 місяців до 27 років. Склад мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на хронічні дерматози досліджували мікробіологічним методом згідно стандартних методик.

Результати та обговорення. Внаслідок проведених досліджень встановлено, що лише у 12 (17,6%) хворих на хронічні дерматози (переважно з легким клінічним перебігом й обмеженим ураженням шкіри) реєстрували стан

нормобіоценозу порожнини товстої кишки, а у більшості – в 56 (82,4%) пацієнтів виявлено 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 30 (у 44,1%) пацієнтів виявлено дисбіоз I та II ступенів (відповідно: у 14,7% та 29,4%), а у 26 (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, стан нормоценозу чи дисбіоз I та II ступенів частіше реєстрували у хворих на істинну екзему та атопічний дерматит, а III і IV ступенів – у хворих на мікробні форми екземи, що може бути однією з причин формування у таких пацієнтів мікробної сенсibiliзації. Також прояви дисбіозу II - IV ступенів корелювали із обтяженим клінічним перебігом псоріазу (ексудативна, пустульозна форми дерматозу), які характеризувалися тривалими затяжними рецидивами, резистентними до лікування.

Висновок. У більшості хворих на хронічні дерматози (алергодерматози, псоріаз) встановлено зміни якісних та кількісних показників мікробіоти порожнини товстої кишки з ознаками дисбіозу різного ступеня тяжкості, при цьому більш виразні дисбіотичні прояви кишкової мікробіоти встановлено у хворих на мікробні форми екземи та псоріаз з обтяженим клінічним перебігом (ексудативна, пустульозна форми дерматозу) з частими затяжними рецидивами, що може бути одним із патогенетичних чинників обтяженого клінічного перебігу цих хронічних дерматозів та повинно бути враховано при плануванні діагностичної та терапевтичної тактики щодо таких пацієнтів.

Наведені дані є результатами виконання двох науково-дослідних робіт (номери державної реєстрації: 0115U002763 та 0120U101550).

АНАЛІЗ ГІСТОМОРФОЛОГІЧНИХ ТА ДЕРМАТОСКОПІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РІЗНИХ ФОРМ ПАРАПСОРІАЗУ

Запольський Максим Едуардович,

доцент кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Лебедюк Михайло Миколайович,

завідувач кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Теплюк Юлія Владиславівна

аспірант кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Істерін Микола Сергійович,

лікар-патологоанатом вищої категорії,
гістологічна лабораторія «Будинок морфології»,
м. Одеса, Україна

Тимофєєва Людмила Миколаївна,

асистент кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Діагностика параспоріазу (ПП) базується, в першу чергу, на клінічних особливостях, результатах гістологічних та імуногістохімічних досліджень, а в окремих випадках – на динамічному аналізі ефективності терапії (терапія *ex juvantibus*). Діагноз дрібно- та великобляшкових форм параспоріазу підтверджується наявністю характерних поверхневих, неінфільтративних папуло-сквамозних елементів, повільним прогресуванням, позитивним симптомом Бернгардта, при ліхеноїдних формах захворювання важливим є визначення феномену «облатки».

Діагностичні труднощі пов'язані як із різноманіттям клінічних форм ПП, так і з відсутністю суворо специфічних гістологічних маркерів.

Ми проаналізували результати гістологічних та дерматоскопічних досліджень 12 пацієнтів з різними клінічними формами захворювання (4 – великобляшковий парасоріаз, 4 – дрібнобляшковий парасоріаз, 3 – ліхеноїдний, 1 – віспоподібний) з метою встановлення морфологічних особливостей ПП.

Так, у більшості випадків гістоморфологічна картина ПП представлена варіабельною епідермальною гіперплазією, незначним спонгіозом, осередковим паракератозом, слабкою або помірною, переважно периваскулярною, лімфоцитарною інфільтрацією. При великобляшковому та ліхеноїдному парасоріазі можливі пойкилодермічні зміни з псоріазоформним компонентом, спостерігається дегенерація базального шару епідермісу. У випадках гострого парасоріазу переважають ознаки лімфоцитарного васкуліту, спонгіозу, зон некрозу верхніх шарів дерми та епідермісу.

В той час, як для диференційно-діагностичної морфологічної картини псоріазу характерно епідермальна гіперплазія, подовження епідермальних виростів, розширення судин сосочкового шару дерми, екзоцитоз нейтрофілів;

T-лімфоми – епідермотропізм, лімфоцитарний інфільтрат із змінною цитологічною атипією, мікроабсцеси Потріє.

Дерматоскопічні особливості при ліхеноїдному ПП характеризувалися точковими судинами, воскоподібними та дрібними круглими лусочками вздовж епідермальних борозн. При бляшкових формах ПП спостерігалися поодинокі васкулярні вкраплення, дрібні круглі лусочки, поодинокі дрібні капіляри на фоні помаранчевих зон ураження.

Дерматоскопічні ознаки псоріазу відрізняються наявністю точкових судини, воскоподібними лусочками, а T-лімфоми – лінійністю судин. Необхідно відзначити, що у деяких випадках для проведення додаткової диференціальної діагностики ПП з лімфомою шкіри потрібні молекулярно-генетичні тести з визначенням клональності T-лімфоцитів за генами бета-, гама- та дельта- ланцюгів T-клітинного рецептора.

Висновки. Сучасна діагностика парасоріазу ґрунтується на клінічних особливостях, даних дерматоскопії, гістологічних та гістохімічних

дослідженнях. Основні діагностичні маркери (клінічні, дерматоскопічні, гістологічні) дозволяють на ранніх стадіях диференціювати ПП з такими захворюваннями як псоріаз та лімфома шкіри. У сумнівних випадках діагностичний алгоритм повинен включати тривале динамічне спостереження та використання молекулярно-генетичних тестів з визначенням клональності Т-лімфоцитів за генами бета-, гама- та дельта-ланцюгів Т-клітинного рецептора з метою виключення початкової стадії Т-клітинної лімфоми шкіри.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U113996 від 22.11.2021р.).

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КЛОБЕТАЗОЛУ У ЛІКУВАННІ РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕРМАТОЗІВ

Іванов Сергій Володимирович,

доцент кафедри дерматовенерології з курсом косметології,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Коновалова Тетяна Сергіївна

доцент кафедри дерматовенерології з курсом косметології,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Свирид-Дзядикувич Олександра Сергіївна

асистент кафедри дерматовенерології з курсом косметології,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Манвелова Каріне Артурівна

лікар-інтерн дерматовенеролог кафедри дерматовенерології
з курсом косметології,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Актуальність теми. Топічним глюкокортикостероїдним препаратам належить важлива роль у більшості протоколів лікування стероїдозалежних дерматозів. У роботі проаналізовано власний досвід медичного застосування

топічних глюкокортикостероїдів потужної дії, зокрема клобетазолу пропіонату, у лікуванні пацієнтів тяжкими хронічними запальними дерматозами.

Мета роботи – провести клінічне дослідження з вивченням терапевтичної ефективності та безпечності одного з топічних глюкокортикостероїдів з вмістом клобетазолу пропіонату у вигляді мазі або крему у комплексному лікуванні на деякі тяжкі хронічні запальні дерматози.

Матеріали та методи.

Під нашим спостереженням та лікуванням перебувало 96 хворих віком від 5 до 64 років (45 жінки й 51 чоловіків). Хворих було розподілено по групах відповідно до нозологічних форм: псоріаз – 23 пацієнта, atopічний дерматит – 26, екзема – 29, червоний плескатий лишай – 18 осіб.

Оцінка клінічної ефективності топічних глюкокортикостероїдів із вмістом клобетазолу пропіонату передбачала облік динаміки як суб'єктивних (зниження інтенсивності та зникнення шкірного свербіжу або печіння, покращення сну та загального стану), так і об'єктивних симптомів (зменшення гіперемії, інфільтрації, запалення, набряку, ліхеніфікації, лущення, екскоріацій).

Результати та обговорення.

Представлено власний досвід лікування 96 пацієнтів із різними клінічними формами псоріазу, atopічного дерматиту, екземи та червоного плескатоного лишая. Відмічено, що при псоріазі суб'єктивні симптоми (свербіж, поганий сон, підвищена дратливість), як і гіперемія, запалення та інтенсивність лущення у ділянці папул та псоріатичних бляшок почали зменшуватися вже з 3 - 5-го дня комплексного лікування з застосуванням одного з топічних засобів із вмістом клобетазолу пропіонату.

На 14-й день терапії у 13 (56,5%) хворих зареєстровано перехід хвороби у стадію субклінічної ремісії, у 6 (26,1%) – значне покращення, у 4 (17,4%) – покращення клінічної картини захворювання. Через 28 днів клінічне одужання

досягнуто у 20 (86,9%) хворих. У групі хворих з atopічним дерматитом клінічне поліпшення стану визначалося у вигляді зменшення гіперемії, лущення, свербіжу на 1 – 3-й день лікування топічним засобом з вмістом клобетазолу пропіонату. На 12 - 14-й день ці явища практично повністю зникали у 69,2 % хворих (n = 18), тобто настало клінічне одужання. Значне поліпшення визначене у 23,1 % пацієнтів (n = 6). Повільніше регресували давні вогнища інфільтрації: у 7,7 % хворих (n = 2) до 20 – 24-го дня лікування вони зберігалися в ділянках ліктювих і колінних згинів.

Лікування хворих на червоний плесканий лишай з включенням у комплексну терапію одного з топічних засобів із вмістом клобетазолу пропіонату дозволило досягти зникнення шкірного свербіжу та покращення загального стану на 13-15 день у всіх пацієнтів, елімінація ефлоресценцій у ці терміни відбулася у 14 (77,8%) хворих. На 21 день лікування підтверджено клінічну ремісію у всіх пацієнтів.

Висновки.

Доведено, що топічні засоби з вмістом клобетазолу пропіонату у вигляді мазі або крему володіють потужною протизапальною дією, низькою системною біодоступністю, швидким початком клінічного ефекту, високою терапевтичною ефективністю і характеризуються мінімальними місцевими та системними побічними явищами. Зручність топічного застосування, високий комплаєнс цих засобів у поєднанні з оптимальними співвідношеннями показників ефективність/безпеку, а також достатньо високими результатами лікування вказує на доцільність застосування топічних кортикостероїдних засобів із вмістом клобетазолу пропіонату при стероїдно залежних дерматозах.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U108877).

ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМНИХ РЕТИНОЇДІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ

Іванов Сергій Володимирович,

доцент кафедри дерматовенерології

з курсом косметології,

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

Манвелова Каріне Артурівна

лікар-інтерн дерматовенеролог кафедри

дерматовенерології з курсом косметології,

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

Актуальність теми. Вугрова хвороба (*acne vulgaris*) – хронічне мультифакторне захворювання себаційного комплексу шкіри, яке маніфестує переважно у пубертатному віці та характеризується гіперпродукцією шкірного сала, порушенням процесів фолікулярної кератинізації, колонізацією *Propionibacterium acnes* та запаленням. Тривалий час перелік лікарських засобів та методів лікування акне був невеликим. Системні ретиноїди (синтетичні деривати вітаміну А) за час застосування їх для лікування вугрової хвороби довели потребу в цих призначеннях. Зокрема, ізотретиноїн – надзвичайно ефективна сполука для терапії акне, яка дає змогу впливати на всі етапи патогенезу хвороби. Метаболізм ізотретиноїну вкрай варіабельний, що визначає важливість індивідуального підбору дози на курс лікування для кожного пацієнта, тобто встановлюється міжсуб'єктна варіабельність. Препарат належить до погано розчинних сполук: низька біодоступність у разі внутрішнього вживання натще (до 25 %) зростає після прийому їжі (до 40 %). У ізотретиноїну є низка побічних ефектів, ступінь виразності яких має

дозозалежний характер. Сьогодні в арсеналі лікаря з'явилася нова інноваційна форма ізотретиноїну на основі запатентованої технології LIDOSE.

Мета роботи – вивчити й оцінити ефективність клінічного застосування нової інноваційної форми ізотретиноїну для перорального застосування при вугровій хворобі.

Матеріали та методи. Іноваційна форма препарату ізотретиноїну призначалася пацієнтам із середньотяжким перебігом дерматозу в дозі 0,3 - 0,4 мг/(кг · добу), у разі тяжкого акне – по 0,4 - 0,8 мг/(кг · добу). Тривалість терапії залежала від динаміки елімінації патологічного процесу і становила у пацієнтів із середньотяжким перебігом хвороби 1,5 - 2 міс, з подальшим зниженням дози препарату та кратності його прийому, загальна тривалість лікування – 3 - 4 міс. За тяжких форм акне терапія тривала 2 - 3 міс, з подальшим зниженням дози препарату і кратності його прийому, загальна тривалість курсу – 4 - 6 міс.

Результати та обговорення. Аналіз результатів досліджень вказує на суттєві переваги іноваційної форми ізотретиноїну: висока терапевтична ефективність, зменшення ймовірності виникнення побічних ефектів за рахунок можливості зниження дози ізотретиноїну на 20 % (разової – від 10 до 8 мг та від 20 до 16 мг відповідно, курсової – до 100 мг) зі збереженням ефективності лікування.

Висновки. Комплексна терапія хворих на вугрову хворобу різного ступеня тяжкості з застосуванням іноваційної форми ізотретиноїну дає змогу підвищити ефективність лікування.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U108877).

ДЕЯКІ АСПЕКТИ РОЛІ ОКСИДУ АЗОТУ В ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ СТІВЕНСА – ДЖОНСОНА

Іванюшко – Назарко Наталія Василівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Вольбин Світлана Володимирівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Рудник Тетяна Ігорівна

асистент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Туркевич Соломія Андріївна

асистент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Актуальність. Синдром Стівенса – Джонсона (ССД), що у 50 % випадках є медикаментозно спровокованим захворюванням, дедалі частіше зустрічається в повсякденній практиці лікарів дерматовенерологів. Визначальну роль у патогенезі 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 нітритів (NO_2^-)) у хворих на ССД, які супроводжуються залученням до процесу усіх систем організму та визна чають прогноз хвороби.

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

Матеріали та методи. Нами 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 особи – у важкому ступені перебігу даного захворювання.

Результати та обговорення. При легкому і середньому ступені тяжкості ССД відмічено достовірне збільшення вмісту нітрит 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 збільшення вмісту нітрит-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 ендо- і екзотоксинів, чинників запалення, а саме, активаторів вільнорадикального окислення.

Отже, дослідження системи оксиду азоту свідчать про патогенетичну роль гіпер- і гіпопродукції аніонів NO, що є чинником пошкодження у пацієнтів із ССД і необхідності його корекції.

Висновок. Незважаючи на пошук нових, альтернативних методів лікування до комплексної терапії хворих на ССД доцільно залучати кортикостероїдні препарати з метою нормалізації активності NOS та гіперпродукції NO.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (№ 0120U105735).

МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНІ ДЕРМАТОЗИ

Калюжна Лідія Денисівна

професор кафедри дерматовенерології,
алергології та клінічної імунології,
Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика
м. Київ, Україна

Петренко Анастасія Вадимівна

асистент кафедри дерматовенерології,
алергології та клінічної імунології,
Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л.Шупика
м. Київ, Україна

Малаховська Юлія Романівна

лікар-дерматовенеролог клініки
«Дерматологія професора Калюжнової»,
м. Київ, Україна

Прогрес в медицині, пов'язаний із безперервним удосконаленням ліків, дозволив допомагати хворим із тяжкими недугами і перейти до клінічних протоколів. І саме це призвело до збільшення ускладнень у вигляді медикаментозних токсичних реакцій. Поряд із реакціями з боку внутрішніх органів та систем помітно зросла кількість токсичних реакцій шкіри різного ступеню тяжкості. Саме прояви на шкірі першими примушують звертати увагу на побічні ефекти медикаментів. Клінічні прояви медикаментозно індукованого висипу відзначаються широким діапазоном. В 1-3% хворих, що приймали ліки, спостерігається доброякісна еритема, яка виникає на 6-9 день після прийому медикамента, а у 1/10 000 таких, що вживали медикаменти, – тяжкі форми. Відзначається досить високий рівень шкірних реакцій на ліки, які складають 0,1-1% в цілому серед пацієнтів, навіть при передмаркетингових випробуваннях

більшості препаратів. Встановлено, що домінує в цій низці препаратів амінопеніциліни (5-7%), антибактеріальні сульфаніаміди (3-4%), протисудомні (5-10%). Досить часто причиною медикаментозних реакцій зафіксовані нестероїдні протизапальні засоби та ангіотензин–перетворюючі ензими. Показано, що найбільш популярні лікарські засоби, що призначають дітям в амбулаторних умовах наступні: антибіотики – 74% до загальної кількості хворих, антигістамінні – 74%, імуноterapia – 52%, вітаміни – 42%, ноотропи – 39%, пробіотики – 30%, НПЗЗ – 22%, уросептики – 17%, сорбенти – 13%, муколітики – 12%.

Гетерогеність шкірних висипань досить широка та має свої особливості по швидкості виникнення і, що суттєво, тяжкості клінічної картини. Звичайні медикаментозні реакції складають 90% всіх шкірних медикаментозно-індукованих проявів. З'являються вони між 4 та 14 днем після початку нового лікування та навіть на 1-2-й день зупинки прийому («висип 9-го дня»). Часто саме ця клініка оцінюється як багатформна ексудативна еритема. Іноді спостерігають трансформацію процесу в синдром Стівенса-Джонсона. Уртикарії та ангіоедема можуть виникнути в 50% випадків. Частіше за інші токсичні ураження шкіри в практиці дерматолога зустрічаються саме фіксований токсичний висип, який може з'явитись менш, ніж через 2 дні після застосування ліків. Клінічно визначають: еритематозні бляшки (може бути в центрі міхур); ураження слизової (губи, геніталії). Найчастіше така клінічна картина розвивається після барбітуратів, тетрациклінів, сульфаніамідів. Діагностичними ознаками хронічних шкірних реакцій можуть бути пігментні зміни, індукований медикаментозний пемфігус, медикаментозно індукований бульозний пемфігоїд, медикаментозно індукований червоний вовчак, псевдолімфома, акнеїформний висип.

Під нашим спостереженням було 37 хворих із медикаментозно-індукованою токсичною реакцією. У 29 хворих клінічно спостерігалась фіксована еритема (без суб'єктивних відчуттів, в різній кількості – від одного вогнища до 8). У 6 хворих виникла пурпура, а в двох – анагенова алопеція. При

зверненні до лікаря головним чином припускали алергічний дерматит, морфеа, андрогенетичну алопецію. При прискіпливому розпитуванні виявились наступні медикаменти в анамнезі, які передували висипу або призводили при повторному прийомі до появи нових вогнищ або до їх загострення: антибіотики, нестероїдні протизапальні медикаменти (головним чином такі, які містили парацетамол), неліцензовані препарати для схуднення. Шість хворих із пурпурою на протязі довгого часу (від 2 до 7 місяців) приймали антикоагулянти за призначенням терапевта.

Висновком проведеного аналізу можна вважати наступне: уникати поліпрагмазії, уважно відноситись до анамнезу, виключити встановлений медикамент назавжди із обігу хворого, при обстеженні звертати увагу на біохімічний аналіз крові, провести детоксичну терапію.

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОВІДНОСИН COVID-19 ТА ЗАГАЛЬНОГО АЛЕРГІЧНОГО СИНДРОМУ

Каспрук Наталія Михайлівна

Доцент кафедри клінічної імунології,
алергології та ендокринології,

Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

З урахуванням кількості досліджень світових інституцій імунології та алергології, наукових публікацій за останні роки, у лікарів, що безпосередньо працювали з хворими на COVID-19, немає чіткого розуміння відносно багатьох конкретних питань практичних аспектів взаємовідносин вірусної інфекції та алергічного синдрому імунопатології. Алергія розглядається як одна з клінічних ознак Th2-сценарію імунної відповіді та можливий фактор ризику непрогнозованої еволюції різноманітної імунопатології у пацієнтів, що перенесли COVID-19. Є й роботи, в яких обговорюється загальна протекторна дія Th2-відповіді.

Практичних лікарів цікавлять конкретні питання, за хронологією серед яких були: диференціальна діагностика COVID-19, інших респіраторних захворювань та алергопатології; «взаємовідносини» вірусу з алергопатологією дихальних шляхів; медикаментозна гіперчутливість, що виникала під час лікування; питання безпеки вакцин; алергія на латекс та деззасоби; різноманітні перехрестні реакції. На сьогоднішній день є розуміння того, що COVID-19 став провокатором, що збільшив ймовірність алергічних реакцій у різних категорій пацієнтів, або сприяв їх виникненню *de novo*. Чи міг COVID-19 сприяти поглибленню алергічних проявів? Так, це можливо. За нашим спостереженнями, вірусна інфекція часто розширює загальний спектр алергенів у пацієнтів, які вже мали різноманітні реакції гіперчутливості.

Для вирішення поставленої проблеми була проаналізована наукова інформація шляхом пошуку літератури в MEDLINE, PubMed, національних та міжнародних рекомендаціях (EAACI) та окремі дані власних спостережень.

За даними МОЗ України, лише до 7% лікарів повідомляють про побічну дію ліків. За світовою статистикою, ще до пандемії у пацієнтів на амбулаторному лікуванні кількість ускладнень від фармакотерапії становила до 5%. З останніх повідомлень, приблизно у 7% госпіталізованих на COVID-19 офіційно зареєстровані реакції гіперчутливості до лікарських засобів різної важкості, але розуміємо, що насправді цей відсоток набагато більший. Наприклад, за цими ж даними, лише у 25% випадків пацієнти, при перших ознаках респіраторної інфекції, звертаються до лікаря, а в більшості випадків – до провізора, що створює передумови до неврахування алергологічних ризиків. Найбільший відсоток реакцій гіперчутливості, за нашими даними, за антибіотиками (цефалоспорини, фторхінолони), НПЗЗ, протівірусними препаратами, вітамінами. Приблизно у кожного другого пацієнта-алергіка спостерігаємо псевдоалергію.

Ймовірні реакції гіперчутливості, що асоціюються з вакцинацією – ще одне «болюче питання» сьогодні. За офіційною інформацією, прогнозовано важку алергічну реакцію (анафілаксію) можуть викликати 2 інгредієнти, що

присутні у вакцинах (поліетиленгліколь та полісорбат 80). Але ані приватні, ані державні лабораторії в Україні (та й у світі) подібними комерційними діагностичними тестами не займаються. А от одним з основних факторів ризику розвитку алергії до латексу, є обтяжений алергологічний анамнез.

Висновки.

1. Алергічні захворювання в анамнезі не є факторами ризику важкого перебігу SARS-CoV-2.

2. Для проведення диференціальної діагностики алергопатології на рівні дихальних шляхів або, інколи, шкіри з COVID-19 необхідно враховувати дані епідеміологічного та алергологічного анамнезів, клінічні симптоми та їх динаміку.

3. Люба фармакотерапія потребує зваженої оцінки можливих алергологічних ризиків, зокрема у пацієнтів із обтяженим алергоанамнезом.

4. Пацієнтам із середньоважкими та важкими алергічними реакціями в анамнезі рекомендується консультування алергологом для оцінки індивідуальних ризиків та складання планів передвакцинальної підготовки.

5. Шкірні висипи не включені до переліку симптомів коронавірусної інфекції, але є підстави, окремі випадки дерматозів класифікувати, як алергодерматози.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи «Клінічно-патогенетичне обґрунтування диференційованого лікування хворих з поєднаною патологією внутрішніх органів» (державний реєстраційний номер: 0122U002209).

**ПОЛІМОРФІЗМ *TLR1-1602S* ТА ПОКАЗНИКИ ОКИСНОЇ
МОДИФІКАЦІЇ ПРОТЕЇНІВ ПЛАЗМИ КРОВІ ТА ЛІМФОЦИТІВ
ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНИЙ ПСОРИАЗ**

Кондакова Ганна Костянтинівна.

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

Семко Галина Олександрівна,

старший науковий співробітник лабораторії біохімії,
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»,
м. Харків, Україна

Сокол Оксана Анатоліївна

старший науковий співробітник лабораторії мікробіології,
імунології та молекулярної генетики,
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»,
м. Харків, Україна

Тол-подібні рецептори (TLR) є одними з ключових ланцюгів в активації вродженої та адаптивної імунної відповіді. TLR локалізуються не тільки на поверхні клітин імунної системи, але й на неімунних клітин. Вони загострюють запальні реакції інфекційного та неінфекційного генезу і переводять запалення в хронічну форму. У зв'язку з значною увагою дослідників до молекулярних механізмів розвитку патологічних станів значна кількість наукових робіт присвячена вивченню функціонуванню мембранних структур клітини. Ключову роль у цих процесах відіграють ліпідні рафти, формування яких здійснюється ліпід-ліпідними, ліпід-білковими та білок-білковими взаємодіями. Гіперактивація TLR під дією ендогених лігандів може призвести до розвитку надмірної запальної відповіді, яка супроводжується ушкодженням тканин, і може бути одним з основних механізмів імунопатогенезу різних захворювань.

В останні роки збільшується цікавість до вивчення TLR при псоріазі. Це визначається включенням цих рецепторів у загальні механізми захисту. А також є їх присутність на кератиноцитах. В той же час, майже відсутні дані щодо можливої ролі TLR1 у патогенезі псоріазу. До порушення адекватної регуляції імунних процесів на клітинно-молекулярному рівні можуть призвести такі генетичні ушкодження як мутації, які пов'язані із замінами поодиноких нуклеотидів. Наслідком цих мутацій є інактивації самих TLRs чи сигнальних молекул, чи мутації, що приводять рецептори у постійно активований стан.

Мета дослідження – провести аналіз поліморфізму *TLR1-I602S* та оцінити показники окисної модифікації протеїнів у плазмі крові та лімфоцитах у хворих на вульгарний псоріаз

Матеріали та методи. Клінічні зразки венозної крові були отримані від хворих, які знаходились на лікуванні в ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження схвалено етичним комітетом ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». На проведення досліджень отримано поінформовану згоду пацієнта. Загальна кількість обстежених хворих на вульгарний псоріаз 236 (середній вік – 45,8 років), умовно здорових донорів – 169 осіб (контрольна група).

В дослідженні було проведено визначення поліморфізму гену *TLR1-I602S* за модифікованим методом Johnson С.М. (2010). Для оцінки спонтанної окисної модифікації протеїнів (ОМП) спектрофотометрично на довжині хвилі 370 нм визначали кетондинітрофеніл-гідразони нейтрального характеру (КДНФГ) та в ділянці 430 нм – альдегіддинітрофеніл-гідразони основного характеру (АДНФГ) у сироватці крові та лімфоцитах за методом Дубініной Є.Є. (2000).

Всі розрахунки проводилися з використанням програми Microsoft Excel (Office 365). Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням критерію хі-квадрат та за допомогою критерію U Манна-Уїтні. Результати вважали достовірними за $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. При порівнянні показників розподілу генотипів поліморфізму *TLR1-I602S* у хворих на псоріаз та осіб контрольної групи виявлено статистично значущі відмінності у загальній частоті алелів S і I в групі хворих на псоріаз та в контрольній групі. Так, у групі хворих на псоріаз спостерігається значне збільшення відносної кількості носіїв алелю I, а саме варіанту II ($p < 0,05$).

Одним із надійних індикаторів оксидативного стресу й ушкодження тканин за умови активації процесів вільнорадикального окиснення є ОМП, у результаті якої змінюються структура, фізико-хімічні та біологічні властивості протеїнової молекули. Встановлено, що у сироватці крові частка первинних (АДНФГ) і вторинних (КДНФГ) маркерів дослідних груп практично не відрізнялася від співвідношення в контрольній групі. В лімфоцитах співвідношення первинних (псоріаз – 38,8 %, контрольна група – 42,5%) і вторинних маркерів (псоріаз – 61,1 %, контрольна група – 57,5 %) ОМП вказує на збільшення частки маркерів пізньої деструкції протеїнів плазматичних мембран. Відомо, що алельний варіант I *TLR1-I602S* характеризується підвищеною реакцією запальних клітин на стимуляцію TLR1 як екзогенними, так і ендогенними лігандами. Це свідчить про можливу участь механізму, пов'язаного із стимуляцією TLR1, в патогенезі псоріазу.

Висновки.

1. Найбільш значущим у формуванні схильності до розвитку захворювання на псоріаз слід вважати генотип II поліморфізму *TLR1-I602S*.

2. В лімфоцитах хворих на псоріаз співвідношення первинних і вторинних маркерів ОМП вказує на збільшення частки маркерів пізньої деструкції протеїнів.

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

**ВИЗНАЧЕННЯ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ
ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА
ПРОВЕДЕНОЇ ТЕРАПІЇ**

Кутасевич Яніна Францівна,

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

Олійник Ольга Іванівна,

Аспірант відділу дерматології, інфекційних
та паразитарних захворювань шкіри,
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»,
м. Харків, Україна

Джорасва Світлана Карьягдівна

Завідувачка лабораторно-експериментального відділу,
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»,
м. Харків, Україна

Шевченко Зоя Михайлівна

молодший науковий співробітник лабораторії алергології,
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»
м. Харків, Україна

Псоріаз є хронічним імуноопосередкованим захворюванням шкіри з поширеністю у популяції 2-3%, що характеризується клінічними проявами у вигляді рожевих лускатих папул, що подекуди зливаються в бляшки, які містять щільні інфільтрати Т-клітин, макрофагів та дендритних клітин (ДК). Наявною ознакою псоріазу є гіперпроліферація та неповна диференціація епідермальних кератиноцитів. Хоча патогенез псоріазу остаточно не з'ясований, в останні роки накопичуються дані про те, що ключем до нашого розуміння псоріазу є складна взаємодія структурних клітин, зокрема кератиноцитів та ендотеліальних клітин, з лейкоцитами, що інфільтрують шкіру. Активовані Т-клітини виділяють TNF- α , IFN- γ та інші цитокіни, які у сукупності індукують широкий спектр відповідей. Хемокіни, які продукуються нижче вказаною відповіддю на IFN- γ , TNF- α , також грають роль у рекрутуванні

лейкоцитів в осередки запалення. Окрім того, значний інтерес представляє вивчення комплексу інтерлейкінів (ІЛ 6, ІЛ 8 та ІЛ 10) та їх динаміки при застосуванні різних імуносупресивних методів терапії.

Мета дослідження: дослідження профілю цитокінів у сироватці пацієнтів із псоріазом в залежності від клінічної форми захворювання та проведеної терапії.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 60 хворих на псоріаз, яких було розподілено на 4 групи в залежності від важкості захворювання та призначеної терапії (1 група – 20 осіб, хворі з помірним ступенем важкості, що не отримували імуносупресивну терапію; 2 - 4 групи – хворі з важким псоріазом: 17 осіб – отримували цитостатики (ЦС) – (метотрексат - 4-аміно-10-метилфолієва кислота); 12 осіб – лікувалися ЦС та глюкокортикостероїдними препаратами (ГКС) та 11 осіб – отримували в схемі терапії ГКС препарати). Групу порівняння склали 17 практично здорових осіб репрезентативного віку та статі. Рівні сироваткових цитокінів визначали за допомогою твердофазного сендвіч-ІФА (ВекторБест, Україна). Дослідження проводилися відповідно до протоколів виробника. Концентрацію цитокіну в кожному зразку визначали в двох паралельних пробах шляхом екстраполяції значень поглинання на концентрації цитокінів з використанням стандартної кривої. Значення відмінностей $p \leq 0,05$ вважалося статистично значущим.

Результати досліджень. За результатами проведених досліджень встановлено достовірне підвищення вмісту ІЛ 6, ІЛ 8, ІЛ 10, IFN- γ , TNF- α в сироватках хворих усіх 4 груп у порівнянні з контрольною групою практично здорових осіб, що супроводжувалося достовірним зростанням співвідношення між про- і протизапальними цитокінами. Так рівень ІЛ 6 складав $14,4 \pm 3,5$ пг/мл у першій групі; $19,9 \pm 3,6$ пг/мл у другій; $13,2 \pm 2,0$ пг/мл у третій та $11,9 \pm 1,4$ пг/мл у четвертій проти $4,9 \pm 0,7$ пг/мл у контрольній групі здорових осіб, $p \leq 0,05$). Вміст ІЛ 8 дорівнював $15,4 \pm 3,1$ пг/мл; $18,7 \pm 2,8$ пг/мл; $11,5 \pm 1,0$ пг/мл та $12,0 \pm 0,9$ пг/мл відповідно проти $4,3 \pm 0,6$ пг/мл, $p \leq 0,05$. Концентрація ІЛ 10 дорівнювала $14,4 \pm 1,7$ пг/мл; $14,7 \pm 1,8$ пг/мл; $18,1 \pm 2,8$ пг/мл та $19,0 \pm 1,9$ пг/мл проти $4,1 \pm 0,6$ пг/мл у контролі. Вміст TNF- α дорівнював $19,8 \pm 2,2$ пг/мл; $18,1 \pm 2,1$ пг/мл; $14,9 \pm 1,7$ пг/мл та $13,4 \pm 1,5$ пг/мл проти $7,3 \pm 1,2$ пг/мл у контрольній групі, $p \leq 0,05$. Вміст в сироватках хворих IFN- γ дорівнював $12,4 \pm$

1,4 пг/мл; $16,1 \pm 1,6$ пг/мл; $14,2 \pm 1,2$ пг/мл та $13,3 \pm 1,2$ пг/мл проти $5,8 \pm 0,8$ пг/мл у контрольній групі здорових осіб, $p \leq 0,05$. Отримані результати свідчать про певну роль у патогенезі псоріазу як прозапальних (ІЛ 6, ІЛ 8, IFN- γ , TNF- α), так і протизапального (ІЛ 10) цитокінів, які переважають у псоріатичній Т-клітинній відповіді.

Аналізуючи цитокіновий профіль пацієнтів після проведеної терапії звертає увагу зниження рівня цих цитокінів у сироватках крові пацієнтів у порівнянні з показниками до лікування, але зі значним перевищенням показників групи здорових осіб. Так, наприклад, TNF- α , може стимулювати чи інгібувати власний синтез залежно від типу клітини, оскільки має складну взаємодію з численними типами клітин та медіаторами. Будь-яка малопомітна зміна в мікрооточенні може стимулювати його вивільнення, але падіння цих значень при антипсоріатичному лікуванні вказує на те, що попереднє підвищення викликано захворюванням ($12,4 \pm 1,4$ пг/мл проти $19,8 \pm 2,2$ пг/мл у першій групі; $11,7 \pm 1,1$ пг/мл проти $18,1 \pm 2,1$ пг/мл у другій; $10,1 \pm 0,6$ пг/мл проти $14,9 \pm 1,7$ пг/мл у третій та $9,6 \pm 0,9$ пг/мл проти $13,4 \pm 1,5$ пг/мл у четвертій). Якщо звернути увагу на рівні ІЛ 6, то після проведеного лікування не спостерігалось достовірного зниження рівнів цього цитокіну в сироватках хворих, за виключенням пацієнтів 3 групи (призначення ЦС та ГКС) – $8,7 \pm 0,9$ пг/мл проти $13,2 \pm 2,0$ пг/мл, $p \leq 0,05$, хоча саме ІЛ-6 опосередковує активацію Т-клітин, стимулює проліферацію кератиноцитів на початку гострого запалення та опосередковує відповіді гострої фази.

Висновки. Встановлено, що у пацієнтів з псоріазом у прогресуючій стадії відзначається достовірне підвищення концентрації прозапальних цитокінів: ІЛ-6, ІЛ-8, IFN- γ та TNF- α в сироватці крові при помірній та тяжкій формі захворювання в порівнянні з групою контролю. Отримані результати представляють інтерес щодо вивчення впливу різних видів комплексної імуносупресивної терапії на динаміку рівнів про- та протизапальних цитокінів.

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).

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛЕЙКОЦИТОКЛАСТИЧНОГО ВАСКУЛІТУ ШКІРИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19

Кучерівська Людмила Даріївна,

Лікар- дерматовенеролог,

ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги»,

м. Чернівці, Україна

Холоденко Тетяна Вікторівна,

Завідувач терапевтичним відділенням,

ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги»,

м. Чернівці, Україна

Денисенко Ольга Іванівна,

завідувач кафедри дерматовенерології,

Буковинський державний медичний університет,

м. Чернівці, Україна

Актуальність. Коронавірусна хвороба – COVID-19, спричинена вірусом SARS-CoV-2, є однією з актуальних медичних та соціальних проблем на сучасному етапі. Як засвідчили клінічні спостереження, окрім ураження дихальних шляхів, COVID-19 може призвести до ураження інших органів і систем, а також шкіри, тому коронавірусну хворобу розглядають як міждисциплінарне захворювання. У частини пацієнтів характерні для коронавірусної хвороби зміни шкіри супроводжують основні клінічні прояви COVID-19, або ж виникають у віддалений період часу. Одним із частих проявів COVID-19 є ангіїти, які розвиваються внаслідок ураження стінок чи тромбозу судин, порушення обмінних процесів у шкірі, що потребує відповідної діагностичної та лікувальної тактики щодо таких пацієнтів.

Метою роботи було проаналізувати клінічний випадок розвитку обмеженого лейкоцитокластичного васкуліту шкіри після перенесеної коронавірусної хвороби.

Матеріали та методи. Проведено клінічне та лабораторне обстеження пацієнти Т., 26 років, яка звернулася зі скаргами на висип на шкірі нижніх кінцівок, наявність ран, загальну слабкість, тривале помірне підвищення температури. З анамнезу відомо, що вперше зміни на шкірі нижніх кінцівок виникли через 6 місяців після проведеного кесаревого розтину, після якого відзначала тривале (впродовж 3 місяців) заживлення післяопераційної рани, не зважаючи на проведене системне та зовнішнє лікування. Через півроку на ногах, переважно в підколінних ямках, почали з'являтися синюшно-рожеві плями, які не зважаючи на застосоване лікування, не мали тенденції до регресу. Поступово в ділянці плям почали з'являтися невеликі виразки, які через деякий час самостійно вирішувалися. У січні 2022 року пацієнтка звернулася зі скаргами на підвищення температури, загальну слабкість та висип на шкірі нижніх кінцівок у вигляді виразок, появу яких пов'язує з перенесеною коронавірусною інфекцією. При зверненні пацієнтки з метою уточнення діагнозу було проведено її клінічне та комплексне лабораторне обстеження, у тому числі – патогістологічне дослідження елементів висипки на шкірі.

Результати та обговорення. При об'єктивному обстеженні – заганий стан пацієнтки середньої тяжкості, серцеві тони ритмічні, тахікардія, ЧСС/Рс – 107, АТ – 125/80 мм.рт.ст., SpO₂% – 99%. Над легенями дихання везикулярне, хрипи не вислуховуються.

Під час клінічного обстеження відзначено, що шкірні покриви поза вогнищами ураження блідо-рожеві, чисті, пастозність нижніх кінцівок, ожиріння 1-го ступеня. На шкірі обох гомілок, переважно в підколінних ямках – поліморфна дисемінована висипка у вигляді множинних, обмежених, різних розмірів буро-коричневих плям та рубців (сліди регресу попередніх елементів), на тлі яких відзначається свіжа плямиста висипка синюшно-рожевого забарвлення, розміром від 1,5 до 2 см, яка не зникає при надавлюванні, а також поодинокі петехії та дрібна папульозна висипка без свербіжу чи больових відчуттів. Водночас у підколінних ямках присутні ділянки ураження з проявами

виразкування з тенденцією до збільшення у розмірах. Шкіра навколо висипки дещо підвищеної температури.

Пацієнтка була проконсультована гематологом, який даних за системний геморагічний васкуліт не виявив. Пацієнтці було призначено додаткові методи дослідження, у тому числі:

Рентгенографія ОГК: серце та легені в нормі.

ЕКГ: ритм синусовий, регулярний, помірні порушення процесів реполяризації міокарду передньої стінки лівого шлуночка.

УЗД органів черевної порожнини: печінка – контури рівні, чіткі, край гострий, паренхіма дрібнозерниста; жовчний міхур – стінки не ущільнені; підшлункова залоза – розміри в нормі, структура однорідна, ехогенність підвищена, контури рівні, чіткі; селезінка – розміри в нормі, ехогенність не змінена, нирки: розміри в нормі, співвідношення синус-паренхіма збережене, конкременти до 4 мм.

УЗД щитоподібної залози: патологічних структурних змін на момент обстеження не виявлено.

Результати лабораторних методів дослідження: ЗАК: лейкоцити – 14,55 Г/л (еозинофіли – 1%, паличкоядерні – 5%, сегментоядерні – 74%, лімфоцити – 17%, моноцити – 3%), еритроцити – 4,48Т/л, Нв – 140 г/л, тромбоцити – 267 Г/л, ШОЕ – 32 мм/год; біохімічне дослідження крові: глюкоза – 5,5 ммоль/л, загальний білок – 67,0 г/л, загальний білірубін – 14,0 мкмоль/л (прямий – 4,0 мкмоль/л, непрямий – 10,0 мкмоль/л), тимолова проба – 4,7 Од, АлАТ – 20,3 од/л, АсАТ – 16,2 од/л, сечовина – 4,4 ммоль/л, креатинін – 87,8 мкмоль/л, холестерин – 3,8 ммоль/л; ревмопроби: АСЛО – 300 АЕ, СРБ – 6 мг/л, РФ – 28 МОД/мл; ПРС: негативна, ВІЛ – негативна; коагулограма: протромбіновий індекс – 93,2%, фібриноген В – негативний, гематокрит – 44%, час рекальцифікації – 100; ПЛР до вірусних гепатитів В та С – негативна. Діагностика антифосфоліпідного синдрому: вовчаковий антикоагулянт (скринінговий тест) – 44,0 с, кардіоліпіни IgG – 1,29 Од/мл, кардіоліпіни IgM –

1,32 Од/мл, фосфоліпіди, антитіла IgG – 2,09 Од/мл; фосфоліпіди, антитіла IgM – 2,81 Од/мл. Панель аутоімунна: ANNA, ANCA-антитіла негативні

З метою уточнення діагнозу було проведено патогістологічне дослідження свіжих елементів висипки на шкірі (інцизійна біопсія, матеріал – лоскут шкіри 2,2 x 1 см, товщина гіподерми – 0,4 см), на підставі чого було зроблено висновок: морфологічна картина відповідає лейкоцитокластичному васкуліту з ураженням судин дрібного та середнього калібрів.

На підставі клінічного обстеження та результатів патогістологічного дослідження елементів висипки на шкірі пацієнтці було виставлено діагноз: Васкуліт шкіри лейкоцитокластичний, обмежений.

Пацієнтці було призначено ангіопротекторну, глюкокортикостероїдну, антигістамінну, протизапальну та метаболічну терапію. Лікування пацієнтка переносила добре, виписана зі значним покращенням із позитивною клінічною динамікою з подальшим амбулаторним спостереженням у дерматовенеролога за місцем проживання.

Висновок. Одним із ускладнень перенесеної коронавірусної інфекції може бути обмежений лейкоцитокластичний васкуліт (ангіїт) шкіри, діагностика та диференційна діагностика якого потребує не лише оцінки анамнезу і клінічних проявів на шкірі, але й проведення патогістологічного дослідження елементів шкірної висипки.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації 0120U101550).

АКТИНІЧНИЙ КЕРАТОЗ, ЧАСТОТА НЕОПЛАСТИЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ У ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

Лебедюк Михайло Миколайович,

завідувач кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Запольський Максим Едуардович,

доцент кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Теплюк Юлія Владиславівна,

аспірант кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Тимофєєва Людмила Миколаївна,

асистент кафедри дерматології та венерології,
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Риндіна Ольга Євгенівна,

Викладач КУ Одеський обласний
базовий фаховий медичний коледж,
м. Одеса, Україна

Виявлення актинічного кератозу (АК) у південному регіоні України щороку зростає, як і частота його трансформації в більш інвазійні неопластичні патології (хвороба Боуена, плоскоклітинна карцинома). У зв'язку з цим АК становить серйозну проблему для населення України, зокрема Одеської області, за рахунок високого УФ-індексу (понад 3 місяці на рік). Враховуючи значну частоту злоякісних перетворень, АК розглядається як передраковий стан шкіри.

З метою вивчення факторів ризику і частоти неопластичних трансформацій нами проведено аналіз захворюваності на АК за період 2018-2021 рр. у

південному регіоні Одеської області та місті Одеса (м. Ізмаїл, м.Рені, м. Арциз, м. Овідіопіль). Пацієнтам було запропоновано заповнити письмовий опитувальник, ґрунтуючись на якому, ми змогли провести аналіз між частотою інсоляцій та розвитком АК у чоловіків та жінок в залежності від форм актинічного кератозу. Всього було оглянуто 197 осіб з проявами захворювання. Серед обстежених виділили групу пацієнтів із дерматоскопічними ознаками злоякісного переродження АК у плоскоклітинну карциному (окремо у чоловіків та жінок).

У ході дослідження виявлено різкий стрибок захворюваності на АК у віці від 40 до 50 років як серед чоловіків (у середньому в 1,6 рази), так і жінок (у середньому в 1,4 рази). Підвищення захворюваності також спостерігалось у віці від 70 до 80 років (середній показник підвищення – в 2,1 рази у чоловіків та в 1,9 рази – у жінок).

Впродовж дослідження було проаналізовано частоту інсоляцій протягом трьох літніх місяців у групах спостереження та встановлено, що 51,7% чоловіків та 47,4% жінок отримували інсоляції більше ніж 4-5 разів на місяць, і лише 9,6% і 20,3% відповідно використовували фотозахисні засоби. Таким чином, навіть за наявності досить частого впливу ультрафіолетового випромінювання більшість пацієнтів не використовували фотопротекцію, що свідчить про недостатність просвітницької роботи серед населення.

Було виявлено більшу кількість трансформацій у злоякісну карциному серед чоловіків (співвідношення між чоловіками та жінками 1:1,3), знову ж таки, за рахунок більшої частоти захворюваності на АК у них взагалі.

Значний відрив від інших форм має еритематозна форма АК, переродження якої спостерігалось у 47 чоловіків (24%) та у 39 жінок (20%). Таку різницю можна пояснити надмірною патологічною васкуляризацією, яка швидше переростає у злоякісний неоангіогенез та провокує досить швидку трансформацію в плоскоклітинний рак. Рідше ми спостерігали трансформацію в ПКК серед пацієнтів із гіперкератотичною формою АК – у 29 чоловіків (15%) та 26 жінок (13%). У випадку із атрофічною формою ми спостерігали

неопластичну трансформацію у 16 чоловіків (8%) та у 11 жінок (6%). Практично однакові показники були виявлені у пацієнтів із пігментною формою – у 10 чоловіків (5%) та 7 жінок (3%) та бовеноїдною формою АК – у 8 чоловіків (4%) та 4 жінок (2%). Проведений аналіз відзначив найвищу кореляцію бовеноїдного АК із сонячними опіками в анамнезі (62,5%).

Таким чином, ризики неопластичної трансформації шкіри при актинічному кератозі в південному регіоні України залишаються досить високими, що потребує подальшого вивчення та підвищення обізнаності пацієнтів щодо наявності патологічного передракового стану та своєчасного звернення до лікаря.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U113996 від 22.11.2021 р.)

ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ У ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ ЕКЗЕМИ

Лисенко Катерина Ігорівна

Асистент кафедри дерматовенерології та

хірургічної дерматології,

Харківська медична академія

післядипломної освіти,

м. Харків, Україна

Актуальність. Екзема – хронічне еритематозно-везикульозне захворювання шкіри, що розвивається на тлі особливих змін її реактивності. Екзема не має єдиної етіології та представляє собою типову шкірну реакцію, яка може бути спричинена впливом на шкіру різноманітних зовнішніх факторів, але що розвивається лише за наявності своєрідних змін реактивності шкіри. Патогенез екземи не є нині ретельно встановленим. Інфекційний характер процесу при мікробній екземі, часті бактеріальні

ускладнення при істинній екземі свідчать про розлади вродженого імунітету. Вивчення фагоцитарної ланки імунітету виявило у пацієнтів з хронічною екземою, особливо мікробною, пригнічення активності нейтрофілів периферичної крові порівняно із здоровими особами.

Мета дослідження – вивчити вплив на перебіг дерматозу (за динамікою EASI – Eczema Area Severity Index) та функціональну активність поліморфноядерних нейтрофілів у пацієнтів з хронічною екземою комплексної терапії з імуномодулятором природного походження, що містить глюкозамінілмурамілпентапептид.

Методи досліджень.

Під спостереженням перебувало 36 пацієнтів віком 38 - 53 років, з них істинною екземою страждали 17 хворих, мікробною – 19 пацієнтів. Дерматоз мав хронічний рецидивуючий перебіг, переважно середній ступінь тяжкості за EASI. Хворі були поділені на дві групи: 1-у групу склали 17 осіб, які на тлі традиційної терапії застосовували імуномодулятор по 1 таблетці для розсмоктування двічі на добу протягом 10-20 днів (залежно від ступеня тяжкості дерматозу); 2-у групу спостереження склали 19 хворих, які отримували тільки традиційне лікування (гіпосенсибілізуючі та антигістамінні засоби, гепатопротектори). Фагоцитарну активність поліморфноядерних нейтрофілів до і після терапії оцінювали за фагоцитарним індексом (ФІ) – кількістю клітин, здатних до взаємодії з мікроорганізмами, фагоцитарним числом (ФЧ) – середньою кількістю мікробних тіл, що припадає на один активний нейтрофіл та індексом завершеності фагоцитозу (ІЗФ), який вираховували за співвідношенням значення ФЧ на різних термінах інкубації (через 30 та 120 хв).

Результати.

Аналізуючи результати лікування пацієнтів із хронічною екземою, ми встановили, що у хворих, які одержували «базисну терапію», так і у тих, до складу терапії яких залучений імуномодулятор, спостерігалось покращення перебігу шкірного процесу та посилення функціональної активності

фагоцитів. При цьому EASI знижувався більше, ніж на 50% у хворих 1-ї групи та майже на 20% у пацієнтів 2-ї групи спостереження. У досліджуваних групах достовірно збільшився ФІ (з $49,73 \pm 2,09$ % до $64,31 \pm 2,27$ %). У той же час, у групі, що отримувала імунотропний засіб, ФЧ та ІЗФ достовірно підвищилися (відповідно з $2,39 \pm 0,18$ до $3,65 \pm 0,27$ ум.од. і $0,76 \pm 0,04$ до $0,99 \pm 0,09$ ум.од), а у хворих, що лікувалися традиційними засобами, змінилися незначно.

Висновки.

Включення в комплексне лікування хворих на хронічну екзему імунотропного препарату, що містить глюкозамінілмураміл-пентапептид, сприяє більш значному зниженню EASI та посиленню функціональної (поглинальної і перетравлюючої) активності головних клітин вродженої імунної системи – фагоцитів порівняно з традиційною терапією.

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).

ТОПІЧНА ТЕРАПІЯ ОНІХОДИСТРОФІЙ

Литинська Тетяна Олександрівна

професор кафедри дерматології та венерології з курсом косметології,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м Київ, Україна

Наумова Людмила Олександрівна

асистент кафедри дерматології та венерології з курсом косметології,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м Київ, Україна

Манвелова Каріне Артурівна

лікар-інтерн дерматовенеролог кафедри дерматології
та венерології з курсом косметології,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м Київ, Україна

Актуальність теми. На сьогоднішній день спостерігається збільшення кількості хворих, що звертаються до дерматолога зі скаргами на патологічну зміну нігтів, зокрема порушення їх структури, кольору, форми тощо. Згідно з даними Європейського товариства з вивчення проблем патології нігтів, грибкові ураження складають 40-45%, в інших випадках – це неінфекційні захворювання нігтьового апарату (оніходистрофії). Останні спостерігаються більш ніж при 40 захворюваннях різних органів та систем, в першу чергу при хронічних дерматозах (ХД).

Лікування оніходистрофії (ОД) при хронічних шкірних захворюваннях представляє значні труднощі. Навіть при ефективній терапії основного захворювання і досягненні клінічної ремісії шкірного патологічного процесу, відновлення нігтьової пластинки не відбувається. Отже лікування ХД, що перебігає з клінічними ознаками ураження нігтів, має бути комплексним і орієнтованим, в тому числі, на відновлення стану нігтів.

Мета роботи – підвищити ефективність лікування хворих на хронічні дерматози з супутньою оніходистрофією, шляхом включення до комплексної

терапії комбінованого розчину для нігтів, до складу якого входять пропіленгліколь, сечовина та молочна кислота.

Матеріали та методи. На кафедрі дерматології та венерології з курсом косметології НМУ імені О.О. Богомольця було обстежено і проліковано 54 хворих на ХД із супутньою оніходистрофією. Серед обстежених, хворих на псоріаз було – 32 (59,3%), екзему – 11 (20,4%), червоний плесканий лишай – 5 (9,2%), коловидне облісіння – 6 (11,1%) пацієнтів. Вік хворих коливався в межах від 21 до 73 років, чоловіків було – 31 (57,4%), жінок – 23 (42,6%), термін захворювання складав від 3 до 44 років.

Усім хворим було виконано комплексне клініко-лабораторне обстеження, а також, з метою виключення грибкової інфекції пацієнтам було проведено мікологічне обстеження, яке передбачало мікроскопічне та культуральне дослідження (засів матеріалу на живильне середовище Сабуро).

Ефективність комплексної терапії визначали на підставі динаміки клінічних проявів захворювання, в тому числі ступеню та строків відновлення стану нігтів (нормалізація кольору, конфігурації, товщини і консистенції тощо).

Результати та обговорення. У всіх хворих були виявлені різні клінічні форми оніходистрофії: спостерігалися зміни нігтьового ложа (піднігтьовий гіперкератоз, оніхолізіс, симптом «масляної плями», поздовжні геморагії) та ураження нігтьового матриксу (точкові вдавлення (симптом «наперстка»), лейконіхії, розшарування нігтя, поперечні борозни (лінії Бо), оніхомадезіс, оніхорексис, поздовжні гребені тощо).

Всі пацієнти перед проведенням лікування були розподілені на дві рівноцінні клінічні групи. Хворі основної (42 пацієнти) та порівняльної (12 пацієнтів) груп отримували базову терапію відповідно нозологічної форми дерматозу (дезінтоксикаційна терапія, антигістамінні, седативні препарати, вітаміни тощо). Крім того, хворим основної групи був призначений комбінований розчин для нігтів, до складу якого входять пропіленгліколь, сечовина та молочна кислота, який наносили на уражені нігтьові пластинки та під кінчики уражених нігтів 1 раз на добу ввечері, перед сном. Тривалість

лікування складала 3-6 місяців та залежала від ступеню ураження нігтьових пластинок. Терапевтична ефективність лікування оцінювалася на основі найближчих та віддалених його результатів. При цьому враховували обсяг усунення клінічних проявів дерматозу, зокрема повноту ремісії шкірного патологічного процесу, а також ступінь відновлення структури, форми, цілісності, товщини і кольору нігтьових пластинок.

У результаті комплексного лікування у хворих на псоріаз, екзему та ЧПЛ основної і порівняльної груп була досягнута клінічна ремісія шкірного патологічного процесу, у хворих на коловидне облісіння припинилося довільне випадіння волосся та відновився ріст пушкового волосся. При цьому, у хворих основної групи спостерігалось раннє, вже з 2 - 4-го тижня використання комбінованого розчину для нігтів, покращення зовнішнього вигляду уражених деформованих нігтів. На 8-му тижні лікування у хворих із гіперкератозом відмічалось потоншення нігтьової пластинки, видалення надлишкової кератинізованої тканини нігтя, покращення гідратації нігтьової пластини, вирівнювання зовнішнього шару нігтя, тенденція до відновлення цілісності поверхні; у пацієнтів з оніхорексисом – зменшення глибини та довжини поздовжнього розщеплення нігтьової пластинки; відновлення кольору, блиску у хворих з лейконіхією. Відповідних зрушень у хворих порівняльної групи не спостерігалось. При цьому, результати лікування нігтьового апарату були оцінені як «значне покращення» у – 4 (9,5%), «покращення» – у 23 (54,8%); «незначне покращення» – у 13 (31%), «без покращення» – у 2 (4,7%) пацієнтів.

Висновки. Лікування хворих на хронічні дерматози з дистрофічними ураженнями нігтьових пластинок має бути комплексним і орієнтованим, в тому числі, на відновлення стану нігтів. Включення до комплексної терапії хворих на хронічні дерматози з супутньою оніходистрофією комбінованого розчину для нігтів, до складу якого входять пропіленгліколь, сечовина та молочна кислота забезпечує підвищення ефективності лікування, зокрема сприяє відновленню структури, форми, цілісності, товщини та кольору нігтьових пластинок.

Наведені дані є результатом виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U108877).

ДІАГНОСТИКА МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ ПОРУШЕНЬ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ЛОКАЛЬНОЇ ТЕМПЕРАТУРИ ШКІРНИХ ПОКРИВІВ

Нечитайло Юрій Миколайович,
завідувач кафедри педіатрії, неонатології та
перинатальної медицини,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Нечитайло Олена Юріївна,
доцент кафедри анестезіології та реаніматології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Вимірювання загальної температури тіла є одним з найпоширенішим діагностичних заходів. Останнім часом в медицині все ширше використовується аналіз локальної температури окремих частин тіла, як комплексний показник стану мікроциркуляції та інтенсивності метаболічних процесів. Висока чутливість, низька вартість, швидкість і простота виконання та повна безпечність локальної термометрії роблять цей метод доступним та корисним у діагностиці і моніторингу ефективності лікування цілого ряду патологічних процесів. Із сучасних методів дослідження локальної температури найчастіше використовують інфрачервону термометрію, яка реєструє теплове випромінювання шкірних покривів. Не зважаючи на стабільну температуру ядра людського тіла, різні ділянки шкіри фізіологічно мають різну температуру, із найбільшим зниженням на дистальних відрізках. Патологічне зниження локальної температури найчастіше пов'язано з порушеннями мікроциркуляції, метаболічними та дегенеративними змінами у тканинах, розладами соматичної іннервації. Зміни температури випереджають інші клінічні прояви, що дуже важливо для ранньої діагностики і своєчасного початку лікування.

Метою дослідження було оцінити ефективність застосування локальної інфрачервоної термометрії у дітей та дорослих при станах з порушенням

мікроциркуляції. Було обстежено 73 дитини шкільного віку та 64 дорослих. У дослідну групу дітей були включені особи з артеріальною гіпертензією (33 дітей) та 40 дітей групи порівняння, серед дорослих дослідну групу представили 24 пацієнта із цукровим діабетом та 40 осіб контрольної групи. Дослідження проводилося із застосуванням інфрачервоного пірметра в термонеutralних умовах середовища – $23,9 \pm 0,37^{\circ}\text{C}$ ($21,4 - 25,0^{\circ}\text{C}$). Вимірювання температури на різних ділянках тіла проводилося з однакової відстані тричі з проміжком у 2-3 хвилини і розраховувався середній показник. Абсолютні локальні показники переводилися у відносні шляхом ділення на показник базальної температури над проекцією сонної артерії при повороті голови в бік вимірювання над точкою пульсації артерії. Поряд з тим у пацієнтів проводилася біомікроскопія капілярів нігтьового ложа та оцінювався стан мікроциркуляції за комплексом показників.

За результатами дослідження було встановлено у дітей з дослідної групи більш високий градієнт термовипромінювання шкіри на дистальних фалангах пальців рук, який корелював із ступенем порушень мікроциркуляції ($r = 0,27$, $p < 0,05$) та тривалістю артеріальної гіпертензії. У дорослих із цукровим діабетом максимальне зниження температури було встановлено на нижніх кінцівках, яке також корелювало із ступенем ангіопатій ($r = 0,56$, $p < 0,05$) та з порушенням мікроциркуляції. У них також реєструвалася асиметрія розподілу температури, як між лівою та правою нижніми кінцівками, так і в межах ангіосом однієї стопи.

Виходячи з отриманих результатів можна вважати застосування локальної інфрачервоної термометрії при різних видах патології з порушенням мікроциркуляції ефективним діагностичним тестом, як у дорослих, так і у дітей.

Наведені дані є результатом виконання науково-дослідної роботи «Особливості морфофункціонального стану системи кровообігу у дітей. Скринінгові методи його оцінки. Фактори ризику формування серцево-судинної патології» (номер державної реєстрації: 0112U003544).

ЛІПІДНИЙ СПЕКТР ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ПІЗНІ ФОРМИ СИФІЛІСУ

Нікітенко Інна Миколаївна

старший науковий співробітник відділу інфекцій,

що передаються статевим шляхом,

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

м. Харків, Україна

Левицька Олена В'ячеславівна

молодший науковий співробітник лабораторії біохімії,

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

м. Харків, Україна

Цимбал Вікторія Миколаївна

молодший науковий співробітник лабораторії біохімії,

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

м. Харків, Україна

Єрещенко Олена Олександрівна

лікар-лаборант з клінічної біохімії клініко-діагностичної лабораторії,

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

м. Харків, Україна

Е сучасній літературі обговорюється, що збудник сифілісу має тропність до судинного ендотелію та активує ендотеліальний моношар, що може призвести до розвитку ранніх атеросклеротичних змін у судинній стінці. Натепер одним з можливих пояснень першопричин запалення судинної стінки вважається наявність в організмі хронічної персистуючої інфекції та старт системної імунної відповіді, яка ініціюється чи самими мікроорганізмами, чи опосередкується включенням аутоімунних реакцій за кошт механізмів антигенної мімікрії. Можливо, що інфекції, які викликають ураження епітеліальних клітин, в тому числі й ендотелію, можуть викликати злущування ендотелію із оголюванням ділянок позаклітинної речовини. При цьому

ліпопротеїди низької та дуже низької щільності зв'язуються з окремими компонентами класу ліпопротеїдів.

Мета даної роботи – дослідити ліпідний спектр плазми крові хворих на пізні форми сифілісу

Матеріали і методи. Клінічні зразки венозної крові були отримані від хворих, які знаходилися на лікуванні в ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». Протокол дослідження схвалено етичним комітетом ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». На проведення досліджень отримано поінформовану згоду пацієнта. Було обстежено 30 хворих на пізній сифіліс, групу порівняння склали 20 умовно здорових донорів. Обстежені групи були подібні за статтю й віком.

У плазмі крові за допомогою діагностичних наборів визначали рівень загального холестерину, тригліцеридів та основних фракцій ліпопротеїдів – ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) та ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Рівень ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) обчислювали за формулою – вміст тригліцеридів/2,2. Розраховували коефіцієнт атерогеності: співвідношення між вмістом загального холестерину та ЛПВЩ .

При проведенні статистичної обробки результатів були отримані: середнє значення; похибка середнього значення, мінімальне та максимальне значення як показник розмаху виборки. Результати вважали достовірними за $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Виявлено, що у хворих на пізній сифіліс спостерігається збільшення рівня загального холестерину в плазмі крові в 1,14 та тригліцеридів – в 1,25 раз відповідно, а також відбуваються порушення в транспортній системі холестерину: спостерігається збільшення вмісту ЛПДНЩ ($p < 0,05$) та відсутність змін рівня ЛПНЩ та ЛПВЩ. Коефіцієнт атерогенності у хворих в середньому склав 3,64 відн.од., а в групі умовно здорових донорів – 2,76 відн.од.

Виявлені зсуви в ліпідному спектрі плазми крові хворих можуть сприяти формуванню атеросклеротичних змін, які погіршують кровопостачання усіх важливих органів та сприяють передумовам для порушень мікроциркуляції та мікротромбоутворенню у хворих на пізній сифіліс.

Висновок. Аналіз отриманих результатів ліпідного спектру крові хворих на пізній сифіліс вказує на гіперліпідемічну спрямованість – відмічається достовірне підвищення загального холестерину, тригліцеридів та ЛПДНЩ.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи «Розробити критерії діагностики, методи профілактики та терапії сифілісу у хворих з нейропсихічними розладами та порушеннями зорового, слухового аналізаторів» (№ держреєстрації: 0120U103338).

ВИВЧЕННЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТЕРОЇДНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АКАНТОЛІТИЧНИЙ ПЕМФІГУС

Олійник Ірина Олександрівна

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

Абдалла Алія Ель-Саед Ель-Седик

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

Актуальність. Однією із найважчих дерматологічних патологій є акантолітичний пемфігус (АП). Це досить рідкісна нозологія зустрічається в осіб зрілого віку, в першу чергу вражає слизові оболонки та шкірні покриви. Останнім часом спостерігається розвиток стероїдрезистентності (СР) при лікуванні АП, що обтяжує перебіг та може призвести до летальних наслідків. Визначення механізмів розвитку СР при АП, в тому числі, їх молекулярно-генетичних ознак, сприятиме призначенню адекватної терапії в найкоротші строки та запобігатиме тяжким ускладненням.

Мета роботи – вивчити молекулярно-генетичні особливості поліморфізму гену MDR1 (множинної лікарської резистентності) у хворих на АП у взаємозв'язку із особливостями перебігу захворювання.

Методи дослідження. У дослідженні брали участь 33 хворих на АП віком від 29 до 73 років, що отримували терапію системними глюкокортико-стероїдами (СГКС) та цитостатиками у відділенні дерматології ДУ «ІДВ НАМН України». Ознаками СР були: відсутність позитивної динаміки дерматозу при застосуванні високих доз СГКС, тривалість дерматозу, частота рецидивів та торпідність перебігу загострення. Досліджували поліморфний маркер С3435Т гену MDR1 за допомогою ПЛР діагностики. Перевагою цього методу є малоінвазивність та простота виконання.

Результати. За результатами лікування, які ґрунтувалися на клінічних ознаках, хворі були поділені на 2 групи: стероїдчутливі (СЧ) – 10 осіб (30,3%) та стероїдрезистентні (СР) – 23 особи (69,7%). При визначенні поліморфізму маркера С3435Т гену MDR1 встановлено наступні варіації: СС зустрічались у 21,2%; СТ – у 51,5%; ТТ – у 27,3% хворих. Пацієнти, які відкликалися на терапію, що проводилась СГКС та мали тривалу ремісію, показник алельних варіацій маркера С3435Т мав наступний вигляд: СС – 70% (7 із 10); СТ – 30% (3 із 10) випадків. У той час коли група СР хворих, що не мала бажану відповідь на СГКС терапію на ранніх строках, спостерігалися часті рецидиви та торпідний перебіг, терапія яких складалась із СГКС та цитостатика, показник алельних варіацій маркера С3435Т мав вигляд: СТ – 60,9% (14 із 23); ТТ – 39,1% (9 із 23) випадків. Отримані результати засвідчують позитивну кореляцію клінічних ознак стероїдрезистентних та стероїдчутливих станів у сполученні із варіацією алелей маркетра С3435Т гену множинної лікарської резистентності.

Висновки. ПЛР діагностика поліморфізму гену MDR1 є малоінвазивним методом, який дозволяє виявити групи ризику щодо відсутності чутливості до СГКС. Виявлені алельні варіації поліморфного маркера С3435Т гену MDR1 у взаємозв'язку з клінічними проявами та перебігу АП свідчать про те, що

переважали пацієнти, які мали СР з алельною варіацією маркера СТ – 60,9% та ТТ – 39,1% у той час, як у групи пацієнтів із СЧ алельна варіація маркера СС переважала у 70% випадків. Отже, прогнозування відсутньої чутливості робить можливим своєчасне призначення додаткових, зокрема цитостатичних, препаратів що підвищують ефективність терапії.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0119U102335).

ВПЛИВ ІНВАЗІЇ ЛЯМБЛІЯМИ НА ПЕРЕБІГ КРОПИВ'ЯНКИ

Петрук Аліна Миколаївна,

аспірант кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією,
шкірними та венеричними хворобами,
Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль, Україна

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

Протягом останніх двох десятиліть досягнутий значний прогрес у визначенні причин різних типів і підтипів кропив'янки. Гостру кропив'янку найчастіше спричиняють лікарські засоби, інфекційні агенти (віруси, бактерії, паразити), зокрема лямблії.

Лямбліоз – паразитарне захворювання з фекально-оральним механізмом передачі, джерелом якого є лямблії (*Giardia lamblia* або *Giardia duodenalis*).

За даними експертів ВООЗ, десята частина населення світу інвазована лямбліями. В Україні щорічно реєструють 30-40 тис. випадків цієї недуги.

Мета роботи – встановити вплив інвазії лямблій на перебіг кропив'янки.

Методи досліджень. Під спостереженням знаходилося 47 пацієнти із кропив'янкою, які протягом 2019-2022 рр. лікувались амбулаторно та стаціонарно в КНП «Старокостянтинівська ЦРЛ» і КУТОР «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер». Вік пацієнтів склав від 18 до 71 року. Чоловіків було 18 (38,3 %), жінок – 29 (61,7 %).

Пацієнтів поділили на дві групи, з них 27 (група 1) – хворі на кропив'янку без лямбліозу та 20 (група 2) – пацієнти з кропив'янкою і лямбліозом.

Діагноз кропив'янки встановлювали на підставі типових клінічних проявів і формулювали згідно з класифікацією МКХ-10 і протоколу надання медичної допомоги хворим на алергічну кропив'янку та набряк Квінке, затвердженим МОЗ України від 03.07.06 р. за № 432.

Оцінку основних ознак і симптомів кропив'янки (пухирі та свербіж) проводили в балах, відповідно Шкали оцінки активності кропив'янки (Urticaria activity score – UAS7), де 0 балів – відсутність уртикарних елементів і свербіж; 1 бал – свербіж незначно виражений (наявний, але не дошкульний і не завдає клопоту), висип незначно виражений (менше 20 пухирів/24 год.); 2 бали – помірно виражений свербіж (завдає клопоту, але не перешкоджає нормальній щоденній активності або сну), висип помірно виражений (наявність 21-50 пухирів/24 год.); 3 бали – інтенсивний (виражений свербіж, який завдає багато незручностей та перешкоджає нормальній щоденній активності та сну), висип значно виражений (>50 пухирів/24год).

Лямбліоз розглядали як супутнє захворювання, згідно клінічної класифікації В. А. Хамцова (1996) та Протоколу надання медичної допомоги хворим на лямбліоз, затвердженим МОЗ України від 03.07.06 р. за № 434.

Лямблїї (лише цисти) виявляли в мазку 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 лямблїй у сироватках крові пацієнтів із кропив'янкою визначали методом імуноферментного аналізу (ІФА), використавши набори «Лямблїя-IgM-ІФА-Бест». Отримані результати опрацьовували в сервісній програмі «РеалБест діагностика».

Результати. Проаналізовано вираженість основних клінічних симптомів кропив'янки (висипу та свербіж). Встановлено, що пацієнтів із свербіжем та/або висипом в 0 балів не було у хворих жодної групи. Інтенсивність висипу в хворих на Кр, яку оцінювали в 1 бал (менше 20 пухирів/24 год.), 2 бали (наявність 21-50 пухирів/24 год.) і 3 бали (>50 пухирів/24год.) була однаковою в респондентів обох груп груп.

Виразність свербіж в 1 бал (наявний, але не дошкульний і не завдає клопоту) була більшою у хворих на Кр групи 1 (хворі з кропив'янкою без лямбліозу) порівняно з обстеженими групи 2 (пацієнти з кропив'янкою і лямбліозом): 37,0 проти 10,0 %, $p < 0,05$, тоді як свербіж у 3 бали (інтенсивний, який завдає багато незручностей та перешкоджає нормальній щоденній активності та сну) достовірно переважав у пацієнтів із Кр, поєднаною із лямбліозом: 40,0 % проти 7,4 %, відповідно. Кількість пацієнтів із інтенсивністю свербіж в 2 бали (свербіж помірно виражений, який завдає клопоту, але не перешкоджає нормальній щоденній активності або сну) не відрізнялася в обстежених пацієнтів обох груп. Також встановлено, що в групі 1 достовірно переважали особи із висипкою в 3 бали, щодо осіб із свербіжем в 3 бали: 14,8 % проти 7,4 %, $p < 0,05$, тоді як у групі 2 – особи із свербіжем порівняно із висипкою з аналогічною кількістю балів: 40,0 % проти 15,0 %, $p < 0,05$.

Висновки. Встановлено обтяжливий вплив інвазії лямблій на клінічний перебіг кропив'янки, який проявлявся в домінуванні інтенсивного свербіж, який завдає багато незручностей та перешкоджає нормальній щоденній активності та сну (3 бали) у хворих із кропив'янкою із лямбліозом щодо групи пацієнтів із кропив'янкою без лямбліозу: 40,0 % проти 7,4 %, $p < 0,05$ та переважанні у хворих групи 2 кількості осіб із інтенсивністю свербіж в 3 бали над висипом з аналогічною кількістю балів: 40,0 % проти 15,0 %, $p < 0,05$.

Наведені дані є результатами виконання комплексних науково-дослідних робіт кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами Тернопільського національного медичного університету 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» (№ державної реєстрації 0118U000357) та «Моно- і змішані інфекції, що передаються кліщами, вдосконалення лікувально-діагностичних технологій і заходів біобезпеки» (№ державної реєстрації 0120U104348), які фінансуються за кошти МОЗ України.

ПРОБЛЕМИ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗІВ, ОБУМОВЛЕНИХ MOBILUNCUS SPP. ТА LEPTOTHRIX SPP.

Раздайбєдін Сергій Миколайович

доцент кафедри дерматології та венерології

з курсом косметології,

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

Актуальність теми. Бактеріальні вагінози – це дисбаланс піхвової екосистеми з характерним симптомокомплексом. При бактеріальному вагінозі у піхві наявні переважно не лактобацили, а асоціації облигатних анаеробних бактерій. Зниження концентрації лактобацил призводить до зменшення кількості молочної кислоти, зниження кислотності піхвового вмісту та зростання анаеробів. Основними симптомами бактеріального вагінозу є сливкоподібні виділення сіро-білого кольору з неприємним запахом. Ознаки запалення (набряк, гіперемія) не характерні для бактеріального вагінозу. Можливі суб'єктивні відчуття у вигляді сверблячки та печіння.

Мета роботи. Удосконалення діагностики та тактики лікування бактеріальних вагінозів, обумовлених *Mobiluncus spp.* та *Leptothrix spp.*

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 137 жінок віком від 18 до 34 років із діагнозом бактеріальний вагіноз. Тривалість захворювання становила від шести місяців до семи років. Усі хворі підлягали комплексному загальноклінічному і спеціальному лабораторному обстеженню, у тому числі бактеріоскопічному та бактеріологічному дослідженню вагінальних виділень.

Результати та обговорення. Усі хворі раніше отримували антибактеріальну терапію щодо передбачуваного вагініту. У 83 (61%) хворих жінок відзначалося порушення менструального циклу на кшталт олігоменореї або аменореї. У всіх хворих жінок відзначалося збільшення рН вагінального вмісту понад 4,5 (в середньому – 5-6), позитивний амінний тест із вагінальними виділеннями. При мікроскопічному дослідженні вагінальних виділень у всіх обстежених 137 хворих на бактеріальний вагіноз жінок відзначали наявність великої кількості вагінальних епітеліоцитів, значне зниження або відсутність лактобактерій, відсутність або рідкісну присутність полінуклеарних лейкоцитів. У 74 хворих виявлено *Leptothrix* spp., у 63 хворих – *Mobiluncus* spp.

Лептотрихії – тонкі нитки діаметром 0,2-0,4 мкм, які не гілкуються і не брунькуються. Характерною особливістю будови лептотрихій є чергування темних і світлих ділянок (“точка-тире” або “шлагбаум”). Мобілунокс – тонкі вигнуті, слабозабарвлені палички із загостреними кінцями. Фарбуються або тонкі “кінці” бактерії, а середня частина залишається практично прозорою, або навпаки – забарвлена середня частина “ділить” мікроорганізм надвоє.

Висновки. Рекомендована схема лікування хворих на бактеріальний вагіноз, обумовлений *Mobiluncus* spp. та *Leptothrix* spp.: інтравагінальне використання 2% крему кліндаміцину протягом 6 днів із одночасним прийомом перорального орнідазолу по одній таблетці 500 мг двічі на день протягом 5 днів.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U108877).

ГАНГРЕНА FOURNIER – ПОГЛЯД НА ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ

Сидорчук Руслан Ігорович

професор кафедри загальної хірургії,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Хомко Олег Йосипович

доцент кафедри догляду за хворими та
вищої медсестринської освіти,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Сидорчук Лариса Петрівна

Завідувач кафедри сімейної медицини,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Кнут Руслан Петрович

доцент кафедри загальної хірургії,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Ткачук Олексій Володимирович

доцент кафедри анестезіології та реаніматології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Кіфяк Петро Васильович

асистент кафедри анестезіології та реаніматології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Вступ. Гангрена Fournier – гостра некротизуюча інфекція, що уражає жирову підшкірну клітковину зовнішніх статевих органів та перианальної ділянки чоловіків та характеризується гострим некрозом статевого члена та калитки. Окрім цього для виникнення даного захворювання сприятливими

факторами являються цукровий діабет, ожиріння, рак прямої кишки, стан після хіміотерапії, наркоманія, тривале вживання глюкокортикоїдів. Визначальну роль в розвитку та лікуванні даного захворювання відіграють анатомо-морфологічні особливості пацієнтів та пізні звертання за медичною допомогою і як правило важка супутня патологія.

Матеріали та методи. Нами проліковано 34 хворих з гангrenoю Фурньє. Усі пацієнти були чоловіками віком від 26 до 70 років. У 3 хворих віком від 32 до 38 років ретроспективно причиною захворювання було запалення бульбоуретральних залоз, процес починався з появи болючого утворення в ділянці кореня статевого члена, після чого процес швидко поширювався на калитку у вигляді вираженого набряку, больового синдрому та появи гіперемії шкіри. У 5 хворих захворювання виникло без явних на то причин та важкої супутньої патології, яка могла б бути тлом для його розвитку. У 4 хворих, які страждали ін'єкційною наркоманією, причиною стали ін'єкції наркотичних засобів. Решта пацієнтів були з важкою супутньою патологією: із них 5 – на рак прямої кишки, 1 – хворів на системний червоний вовчак, 16 – на цукровий діабет, 6 з яких страждали ожирінням з індексом маси тіла більше 32 кг/м².

Усім хворим при госпіталізації виконували загальноклінічні дослідження, рентген легень, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Операційне лікування виконували в перші дві години з моменту вступу в стаціонар, після короткочасної передопераційної підготовки, яка проводилася в умовах відділення інтенсивної терапії та реанімації. Під час втручання обов'язково брався біоматеріал ранового вмісту на бактеріологічне дослідження. Операцію закінчували масивним промиванням ранової поверхні перекисем водню та широким дрениванням рани. Після проведеного операційного втручання усі хворі для подальшого лікування переводилися в Український медичний центр інтенсивної терапії сепсису.

Результати дослідження. Усі хворі поступали в важкому стані. Характерною клінічною ознакою була загальмованість, або збудження, некритичне ставлення до свого стану, при цьому больовий синдром був слабо

виражений. Увагу на себе звертав виражений набряк калитки, гіперемія шкіри з ділянками некрозу, а в 8 хворих останній займав всю поверхню калитки з поширенням на статевий член. При фізикальному обстеженні явища флуктуації були відсутні. Для усіх хворих характерними були виражені явища інтоксикації: тахікардія до 140/хв., блідість шкірних покривів, гіпертермія 39,0-40,0°C. У біохімічному аналізі крові звертали на себе увагу підвищені показники білірубіну до 38 ммоль/л за рахунок непрямого, сечовини – до 20,0 ммоль/л, креатиніну – до 0,214 ммоль/л. У загальному аналізі крові відмічався різкий паличко ядерний зсув вліво до 24% з появою в деяких випадках анізоцитозу, токсичної зернистості та юних форм з лейкоцитозом до 20×10^9 /л. У загальному аналізі сечі відмічалася поява білка, в окремих хворих – гіалінових циліндрів та лейкоцитурія. У всіх хворих цукровим діабетом спостерігалася декомпенсація по кетоацидотичному типу з показниками глікемії до 30 ммоль/л, що потребувало негайної корекції інсулінотерапії – всі хворі були переведені на простий інсулін.

Після проведення короткочасної передопераційної підготовки в умовах відділення інтенсивної терапії та реанімації під ендотрахеальним наркозом виконувалося операційне лікування – хірургічна обробка гнійника. Головним критерієм операції було широке розкриття гнійно-некротичного вогнища з максимально можливим висіченням некротично змінених тканин, широким дренажуванням гнійника. Водночас під час операції виконувався бак. посів. М'які тканини були сірого забарвлення, рановий вміст брудно-коричневого кольору, рана поверхня як правило погано кровоточила, судини в рані були трамбовані, мав місце скловидний набряк тканин, що свідчило про наявність анаеробної мікрофлори. Кров, яка виділялася, була в невеликій кількості темно вишневого забарвлення. Ранову поверхню масивно промивали перекисем водню, рихло тампонували з октінісептом. У подальшому хворим проводилися етапні некретомії під загальним знечуленням, при потребі з до розкриттям гнійних заплівів. Ранові дефекти в подальшому закривали шляхом накладання вторинних та швів та аутодермопластики по Тіршу. У двох хворих, в яких

причиною виникнення гангрені Фурньє був рак прямої кишки, в зв'язку з поширенням процесу на яєчки виконана кастрація, один з хворих помер. Окрім цього померло ще двоє хворих, в анамнезі яких був цукровий діабет. В одного хворого, який був наркозалежний, виконана ампутація статевого члена. Відсоток летальності становить 20,6% (7 хворих).

У результаті бактеріологічного дослідження були виділені пептококи, пептострептококи, бактероїди, зокрема *Bacteroides fragilis* (72,3%), а також *E. Coli*, *Proteus spp*, *Enterobacter ssp*. Антибактеріальна терапія з моменту вступу хворого в стаціонар призначалася імперативно. Препаратами вибору були авелокс в поєднанні з орзолом. Після отримання результатів бак дослідження та антибіограми, антибактеріальна терапія призначалася згідно даних результатів.

Висновки. Головним критерієм адекватності хірургічної обробки гнійно-некротичного вогнища є широке розкриття патологічного процесу з максимально можливим висічення некротичних тканин з урахуванням важливих анатомо-морфологічних утворень. Дана категорія хворих вимагає максималізму лікування в умовах інтенсивної терапії. Успіх лікування полягає в термінах госпіталізації від початку захворювання. Цукровий діабет та ожиріння, ліпідний дистрес синдром обтяжує стан хворих і створює матеріальні труднощі щодо лікування та терміну перебування хворих на лікарняному ліжку.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0116U002936) «Клініко-експериментальне обґрунтування профілактики та індивідуалізованого етапного лікування гнійно-септичних ускладнень гострої абдомінальної хірургічної патології».

МОЖЛИВОСТІ ЛАЗЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ДЕЯКИХ ДЕРМАТОЕСТЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ

Сизон Оріся Орестівна

Завідувач кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Дашко Маріанна Олегівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Возняк Ірина Ярославівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Актуальність. У кожного з нас є невеликі, часом помітні тільки нам, але такі невинні недосконалості шкіри (судинна зірочка, сліди постакне, гіперпігментації, рубці). Невдоволення зовнішністю часто стає причиною комплексів, психологічних проблем і низької самооцінки. Сьогодні одне з перших місць в сучасній медицині та косметології в боротьбі з будь-якими дефектами шкіри займають лазерні методики, спектр яких достатньо широкий. Вони 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 можливості, ефективність та доцільність застосування лазерних технологій для вирішення деяких дермато-естетичних проблем пацієнтів.

Матеріали і методи. Проаналізовано та представлено результати терапії із використанням апарату Nordlys (вузькоспектровий IPL (PR 530 і VL 555), FRAX 1550), принцип якого заснований на теорії селективного фототермолізу

Результати та обговорення. Під нашим спостереженням перебувало 118 пацієнтів (42 чоловіки і 76 жінок віком від 18 до 65 років) з різноманітними дермато-естетичними проблемами, а саме: 7 (14,41%) хворих з куперозом, 29 (24,58%) – з розацеа, 26 (22,03%) – з акне, 21 (17,80%) – постакне, 15 (12,71%) – з поверхневими пігментаціями і 10 (8,47%) – глибокими пігментаціями.

Для лікування куперозу і розацеа використовували вузькоспектрові 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 унеможливорює будь-які ушкодження ніжної шкіри обличчя. Було проліковано 17 хворих з куперозом і 29 з розацеа різних стадій. Ефект лазеротерапії судинних захворювань 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 хвороботворних мікроорганізмів, знижувати 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, матовий та рівний колір обличчя, вирівнювання рельєфу.

Для корекції гіперпігментації використовували мультифункціональну платформу Nordlys (із вузькоспектровим IPL (PR 530 і VL 555)). Нами проаналізовано результат лазерного лікування 15 пацієнтів з поверхневою пігментацією (веснянки, хлоазми, вторинна гіперпігментація) та 10 – з глибокою (посттравматична та виражені хлоазми). Для досягнення стійкого терапевтичного ефекту для поверхневих пігментацій рекомендовано 2-3 процедури тривалістю 5-30 хвилин, хоча видимий ефект наступав відразу після першої. У хворих з глибокими пігментаціями паралельно застосовували біоревіталізацію, PRP-терапію, депігментуючі мезокотелі для досягнення задовільного ефекту.

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 – $8,43 \pm 0,65$, у хворих з розацеа відповідно: $16,96 \pm 0,75$; $9,82 \pm 0,97$, у пацієнтів з акне і постакне 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 покращилися показники ДІЯЖ: у хворих з куперозом та розацеа – на 48,75 % та 72,71 %, акне та постакне – 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.

Висновки. Таким чином, лазеротерапія в комплексному лікуванні хворих з дермато-естетичними проблемами дозволяє зменшити клінічні прояви дерматозів, усунути деякі чинники розвитку та призводить до вірогідного ($p < 0,05$) покращення показників ЯЖ, а також дозволяє покращити емоційний та психічний стан, позитивно вплинути на працездатність, значно покращити медико-соціальні показники і може бути рекомендована абсолютній більшості пацієнтів завдяки безпечності і мінімальній кількості побічних ефектів.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи №0120U105735.

РОЛЬ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ТА МЕТАБОЛІЧНИХ ЗМІН У ПАТОГЕНЕЗІ АКНЕ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У ЖІНОК

Сизон Оріся Орестівна

Завідувач кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Дашко Маріанна Олегівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Іванюшко-Назарко Наталя Василівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Актуальність. Високий рівень захворюваності на вугрову хворобу (акне) серед осіб підліткового, юнацького і молодого віку вказує на важливе медичне та медико-соціальне значення проблеми. За статистичними даними, біля 70-

95% осіб в різних країнах світу хоча б раз у житті хворіли акне. Переважно вугрову хворобу діагностують у 60-80% осіб підліткового та юнацького віку, але також простежується тенденція зростання рівня захворюваності і серед зрілих осіб. 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 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 роль деяких метаболічних та нейроендокринних порушень в патогенезі акне з різним клінічним перебігом у жінок на фоні хронічного стресу.

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

Результати та обговорення. 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 поділені на дві групи: першу групу становили

жінки з I та II ступенем важкості акне, а другу – пацієнтки з III - IV ступенями важкості акне.

У жінок з I-II ступенем важкості спостерігалось підвищення рівня кортизолу на 14,63%, ($p < 0,05$) (до $522,5 \pm 14,52$ нмоль/л), а в пацієнтів з III-IV ступенем важкості – його пониження на 16,02%, ($p < 0,05$) (до $382,8 \pm 18,33$ нмоль/л) порівняно з показником осіб контрольної групи ($455,8 \pm 25,54$ нмоль/л). Пролактин в сироватці крові був підвищеним на 7,26% в жінок з легким та середнім перебігом акне ($338,3 \pm 7,92$ мМЕ/л) порівняно з показником осіб контрольної групи ($315,4 \pm 19,34$ мМЕ/л, $p > 0,05$) та підвищеним на 33,86%, ($p < 0,001$) порівняно з показником пацієнтів з важким та вкрай важким перебігом ($422,2 \pm 7,38$ мМЕ/л). При обчисленні індекса НОМА в пацієнтів з акне також виявлено зміни показника, в порівнянні з показниками осіб контрольної групи ($2,44 \pm 0,52$): підвищення на 13,11%, ($p > 0,05$) у хворих з I-II ступенем важкості ($2,76 \pm 0,40$), та підвищення на 56,15%, ($p < 0,05$) – у хворих з III-IV ступенем важкості ($3,81 \pm 0,59$).

Між показниками рівнів кортизолу та пролактину у хворих з акне I-II ступенем важкості спостерігали прямий сильний додатній кореляційний зв'язок (+0,8), що, на нашу думку, вказує на взаємозалежність змін визначених нами нейроендокринних показників та дії стресу. Натомість, хронічний тривалий стрес (група 2) призводить до зворотного кореляційного зв'язку між вказаними показниками середньої сили і вказує на розвиток процесу адаптації.

Індекс НОМА перебував у прямому середньої сили кореляційному зв'язку (+0,6) із змінами рівня кортизолу і пролактину, що свідчить про розвиток ознак метаболічного синдрому у жінок з акне і може вважатися додатковим критерієм його розвитку у таких хворих.

Висновки. У жінок з акне виявлено зміни деяких нейроендокринних, метаболічних показників (сироваткового кортизолу та пролактину, індексу інсулінорезистентності), які є маркерами хронічного стресу, показників жирності шкіри щік та чола, порушення мікробіоценозу шкіри та наявність значної реактивної і особистісної тривожності. Виявлено наявність

кореляційного сильного і середнього взаємозв'язку між характером змін вищеперечислених показників і клінічним перебігом захворювання. Це обґрунтовує необхідність пошуку нових комплексних методів лікування пацієнтів з акне з урахуванням нейроендокринних, метаболічних змін та наслідків хронічного стресу.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи №0120U105735.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ В ПОЄДНАННІ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ

Сорокман Таміла Василівна

професор кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Актуальність. Останні наукові дослідження свідчать, що від 5 % до 30 % пацієнтів, які звертаються по допомогу до дерматологів та алергологів та ще 30 % – до лікарів-гастроентерологів, це хворі з алергодерматозами. Харчова гіперреактивність організму часто сприяє більш тяжкому перебігу алергоспрямованих захворювань інших органів та систем, оскільки може виступати тригерним фактором. Особливо останнім часом звертається увага на розвиток atopічного дерматиту за присутності H. pylori та захворювань шлунково-кишкового тракту, що може бути пов'язано з IgE-наявними клітинами в слизовій оболонці шлунка та ДПК.

Мета: дослідити клінічні особливості перебігу atopічного дерматиту в поєднанні з патологією шлунково-кишкового тракту.

Матеріал та методи. Обстежено 55 дітей, хворих на H. pylori-асоційовані захворювання шлунково-кишкового тракту в поєднанні з atopічним

дерматитом віком від 7 до 12 років. Клінічні показники тяжкості перебігу поєднаної патології проводили для атопічного дерматиту за шкалою Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD) з урахуванням площини ураження шкірних покривів, вираженості суб'єктивних та об'єктивних симптомів, для патології шлунково-кишкового тракту – за бальною оцінкою вираженості провідних синдромів.

Результати. Серед обстежених дітей переважали хлопчики (54,2 % хлопчиків проти 45,8 % дівчаток, $\chi^2=9,68$, $p<0,01$). За хворобами шлунково-кишкового тракту діти розподілилися наступним чином: 10,8 % осіб із хронічним гастритом, 51,3 % особи із хронічним гастродуоденітом, 23,8 % осіб із хронічним ерозивним гастродуоденітом та 14,1 % обстежених із пептичною виразкою. Встановлено, що частіше в кожній нозологічній групі трапляється CagA (+) штаму *H. pylori*. Частіше траплялася полівалентна харчова алергія, як причина проявів атопічного дерматиту. Нами встановлено прямий кореляційний зв'язок між віком дитини і частотою полівалентної харчової алергії ($r=0,564$, $p<0,05$). Також зареєстровано сенсibiliзацію до побутових алергенів ($p<0,05$): до домашнього пилу, епідермальних та пилкових алергенів, пір'я подушки. Серед дітей у 29,6 % виявлено локалізовану форму атопічного дерматиту, у 48,2 % – розповсюджену та у 22,2 % хворих – дифузну. Вірогідно частіше, щодо інших форм переважали еритематозно-сквамозні зміни шкіри (52,8 % та 57,1 % відповідно). Індекс SCORAD виявив широке коливання показника. У дітей із CagA(+) він становив $58,03\pm 12,13$ ум.од., що вірогідно вище, ніж у дітей із CagA(-) – $39,34\pm 11,29$ ум.од., $p<0,05$.

Клінічна картина характеризувалася наявністю провідних клінічних симптомів захворювання шлунково-кишкового тракту: больовий (89,3 %), диспепсичний (72,6 %) та астеновегетативний (70,5 %). У дітей із поєднаною патологією, асоційованою з цитотоксичним штамом CagA *H. pylori* спостерігається експресія всіх трьох основних синдромів із помірно вираженим болем та ознаками диспепсії в поєднанні з проявами хронічної інтоксикації та астенизації.

Висновок. Виділено клінічні особливості перебігу патології шлунково-кишкового тракту та atopічного дерматиту: больовий та диспепсичний синдром на тлі хронічної інтоксикації та астенизації на фоні розповсюдженої та дифузної форм atopічного дерматиту з еритематозно-сквамозними змінами шкіри та високим індексом SCORAD.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи «Рання діагностика, лікування і профілактика поєднаної патології шлунково-кишкового тракту та щитоподібної залози у дітей» (номер державної реєстрації: 0116U002937).

ДОСЛІДЖЕННЯ АСПЕКТІВ ПАТОГЕНЕЗУ РОЗАЦЕА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РІЗНИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ДЕРМАТОЗУ

Сторожук Марина Вікторівна,

асистент кафедри дерматовенерології,

Буковинський державний медичний університет,

м. Чернівці, Україна

Денисенко Ольга Іванівна,

завідувач кафедри дерматовенерології,

Буковинський державний медичний університет,

м. Чернівці, Україна

Актуальність. Розацеа – поширене запальне хронічне захворювання шкіри, на яке страждає близько 3 % населення світу, у тому числі й в Україні, а у структурі дерматологічної захворюваності розацеа складає від 2 % до 8 %. Дерматоз найчастіше виникає у жінок активного працездатного віку (30 - 50 років), висипка локалізується переважно на шкірі центральної частини обличчя (щоки, ніс, лоб, підборіддя), дерматоз має схильність до затяжного хронічного перебігу та формування у пацієнтів резистентності до засобів стандартної

терапії, що в цілому спричиняє негативний вплив на психоемоційний стан хворих, знижує їх працездатність та соціальну активність. Все це обґрунтовує медико-соціальне значення проблеми розацеа та визначає актуальність наукових досліджень, спрямованих на визначення патогенетичних чинників дерматозу з метою удосконалення комплексного лікування таких хворих.

Мета роботи – дослідити у хворих на розацеа вміст у сироватці крові медіаторів запалення – окремих цитокінів про- і протизапального спрямування, а також показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу залежно від характеру клінічного перебігу дерматозу.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебували 112 хворих на розацеа, з них 73 жінки та 39 чоловіків віком від 26 до 67 років. Найбільшу частку (81,3%) склали пацієнти активного працездатного віку: 31-40 років (27,7%), 51-60 (25,9%) і 41-50 років (16,1%), а також особи пенсійного віку (18,7%), рідше розацеа діагностували серед осіб 26-30 років (11,6%). Серед обстежених пацієнтів переважали мешканці міст (77,7% проти 22,3% – жителів сіл). У 36 (32,1%) пацієнтів діагностовано еритематозно-телеангіектатичну форму розацеа, в 76 (67,9%) осіб – папуло-пустульозну форму дерматозу. Згідно даних анамнезу, у 58,1% хворих дерматоз тривав більше року, з них у 32,2% – довше трьох років з частими (3-4 рази на рік) рецидивами. Групу контролю склали 35 практично здорових осіб (донорів) подібного віку та статі.

У пацієнтів із розацеа та осіб контрольної групи визначали вміст у сироватці крові медіаторів запалення – окремих цитокінів: інтерлейкінів - 4, 8, 10, 17А, 18 (ІЛ-4, ІЛ-8, ІЛ-10, ІЛ-17А, ІЛ-18) методом імуноферментного аналізу. Для оцінки стану прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу визначали: вміст в еритроцитах і плазмі крові малонового альдегіду (МА) – одного з кінцевих продуктів вільнорадикального окиснення ліпідів; вміст у сироватці крові фракцій продуктів окиснювальної модифікації білків (ОМБ) за рівнем альдегідо- й кетоніювальних нейтрального (ОМБ Е₃₇₀) та основного (ОМБ Е₄₃₀) характеру; вміст у сироватці крові середньомолекулярних пептидів (молекул середньої маси – МСМ) – маркерів ендогенної інтоксикації, за двома

їх фракціями – токсичного (МСМ E₂₅₄) та катаболічного (МСМ E₂₈₀) пулу ендотоксинів, а також показники антиоксидантної системи крові: сироватковий вміст церулоплазмину (ЦП), активність каталази (КА) та рівень відновленого глутатіону (ВГ) у гемолізаті крові згідно із відомими методиками. Статистичну обробку результатів досліджень проведено на персональному комп'ютері із застосуванням пакетів ліцензійних програм.

Результати. При дослідженні у хворих на розацеа вмісту у сироватці крові медіаторів запалення – окремих цитокінів про- і протизапального спрямування встановлено значно підвищений порівняно з контрольною групою вміст інтерлейкіну-17А (в 4,11 раза, $p < 0,001$), інтерлейкіну-8 (в 2,14 раза, $p = 0,012$) та інтерлейкіну-18 (в 1,63 раза, $p = 0,002$) на тлі тенденції ($p > 0,05$) до зниження концентрації інтерлейкіну-4 (на 22,1%, $p = 0,076$) без істотних змін рівня інтерлейкіну-10. Встановлено залежність змін досліджуваних цитокінів від тривалості дерматозу, проте більш істотні їх відмінності визначено у хворих на різні клінічні форми розацеа: у пацієнтів із еритематозно-телеангіектатичною формою – лише зростання рівня інтерлейкіну-18 (в 1,63 раза, $p = 0,006$) без вірогідних змін інших досліджуваних цитокінів, а у хворих на папулопустульозну форму – істотне зростання сироваткового вмісту інтерлейкіну-8 (в 2,36 раза; $p = 0,005$), інтерлейкіну-17А (в 4,97 раза, $p < 0,001$) та інтерлейкіну-18 (в 1,59 раза, $p = 0,006$) на тлі зниження інтерлейкіну-4 (на 31,9%; $p = 0,006$), що обґрунтовує доцільність диференційованого призначення в комплексній терапії дерматозу засобів протизапальної дії.

Встановлено, що у хворих на розацеа є достовірні ($p < 0,01$) зміни показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу, які свідчать про зростання інтенсивності процесів вільнорадикального окиснення як ліпідних структур (збільшення рівня малонового альдегіду в плазмі крові та еритроцитах відповідно: на 53,3% та 23,9%), так і білкових молекул (збільшення у сироватці крові вмісту фракцій окиснювальної модифікації білків – ОМБ E₃₇₀ і ОМБ E₄₃₀ відповідно: в 1,75 та 2,23 раза) та фракцій МСМ E₂₅₄ і МСМ E₂₈₀ – маркерів ендогенної інтоксикації (в 1,56 та 1,71 раза) на тлі зниження в еритроцитах

вмісту антиоксидантного фактору – глутатіону відновленого (на 20,9%), при цьому за наявності більш істотних змін досліджуваних показників у пацієнтів із папуло-пустульозною формою розацеа порівняно із еритематозно-телеангіектатичною формою дерматозу, що обґрунтовує доцільність диференційованого призначення в комплексній терапії таких хворих антиоксидантних засобів.

У хворих на розацеа встановлено прямі чи зворотні кореляційні залежності між показниками прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу та досліджуваними цитокінами – зростання рівня малонового альдегіду, фракцій продуктів окиснювальної модифікації білків та середньомолекулярних пептидів корелює зі зростанням рівня інтерлейкінів - 8, 17А, 18 та зниженням рівня інтерлейкінів - 4, 10, а зміни рівня церулоплазміну і глутатіону відновленого мають прямі кореляційні зв'язки із вмістом інтерлейкінів - 4, 10 та зворотні – із рівнем інтерлейкінів - 17А і 18, що доводить наявність взаємозв'язку між станом прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу та рівнем медіаторів запалення у таких пацієнтів і вказує на доцільність поєднаного призначення у комплексній терапії хворих на розацеа засобів протизапальної та антиоксидантної дії.

Висновок. У пацієнтів із розацеа встановлено достовірне зростання у сироватці крові вмісту прозапальних цитокінів (інтерлейкінів – 8, 17А та 18), а також підвищення активності процесів вільнорадикального окиснення ліпідних і білкових структур із формуванням оксидативного стресу й стану ендогенної інтоксикації, при цьому встановлено взаємозв'язок між показниками оксидативного стресу і рівнем прозапальних цитокінів та доведено залежність їх змін із клінічним перебігом дерматозу, що обґрунтовує диференційоване призначення таким пацієнтам засобів протизапальної та антиоксидантної дії..

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0115U002763).

ЗНАЧЕННЯ СПЕЦИФІЧНИХ АУТОІМУННИХ ПОРУШЕНЬ У ПАТОГЕНЕЗІ ПСОРИАЗУ, АНАЛІЗ ТА ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Ткачишина Ксенія Сергіївна

аспірант кафедри дерматології та венерології

з курсом косметології,

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

Гумен Антон Олександрович

лікар-інтерн дерматовенеролог кафедри дерматології та

венерології з курсом косметології,

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

Актуальність теми. Псоріаз є розповсюдженим запальним захворюванням шкіри з високою поширеністю в більшості промислово розвинених країнах світу. За даними Міжнародної федерації асоціацій псоріазу IFRA понад 125 млн людей у світі хворіють на псоріаз. На сучасному етапі псоріаз розглядається як комплексне імуноопосередковане захворювання Т-лімфоцитів та дендритних клітин, яке призводить до гіперпроліферації кератиноцитів. Встановлена в епідермісі і дермі хворих на псоріаз експресія клітин, позитивних на толл-подібні рецептори (ТТР), вказує, що важливою ланкою у патогенезі цього дерматозу є антигенна стимуляція імунокомпетентних клітин, яка призводить до розвитку запального процесу у поверхневих шарах шкіри. В той самий час, відсутність у шкірі ідентифікованого інфекційного агента, або екзогенного антигену, що провокує розвиток захворювання та клінічна ефективність імуномодулюючих засобів, спрямованих проти Т-клітин, говорять про аутоімунний патогенез цього

дерматозу. Протягом останнього десятиліття успіхи в дослідженнях псоріазу призвели до кращого розуміння імунних механізмів його патогенезу і підштовхнули до розробки ефективних таргетних терапевтичних засобів для лікування цього дерматозу, зокрема моноклональних антитіл.

Мета роботи – аналіз особливостей специфічних аутоімунних порушень в організмі у хворих на псоріаз, визначення їх значення в патогенезі цього дерматозу та оцінка перспективності імунобіологічної терапії дерматозу.

Методи досліджень. На підставі поглибленого аналізу результатів сучасних спеціальних досліджень підтверджено провідне значення в патогенезі псоріазу наявності специфічних аутоантигенів та аутоантитіл в організмі хворих на цей дерматоз.

Результати. Починаючи з 2014 року було відкрито чотири аутоантигени, які беруть участь у патогенезі псоріатичного процесу, стимулюючи патогенні CD8⁺ Т-клітинні реакції, а саме пептидні антигени: кателіцидин LL-37, меланоцитарний ADAMTS-подібний протеїн 5 (A Disintegrin and Metalloproteinase with Thrombospondin - ADAMTSL5), кератин-17 та ліпід-антигени, що генеруються фосфоліпазою A2 групи IVD (PLA2G4D). Відомо, що в ураженій псоріатичній шкірі підвищена кількість ADAMTSL5 та LL-37 локалізується поруч із CD3⁺ Т-клітинами в дермальних агрегатах, CD11c⁺ мієлоїдними дендритними клітинами у поверхневій дермі та CD163⁺ макрофагами в глибокій дермі. Таким чином, кілька імунних клітин можуть антигенпрезентувати ADAMTSL та LL-37 до аутореактивних клітин Th17. Цікаво, що ADAMTSL5 і LL-37 є молекулами, що регулюються IL-17, що підтверджується зниженням їх рівнів в ураженій шкірі у пацієнтів, хворих на псоріаз, які отримували лікування бродалумабом та іксекізумабом. Окрім того, експресія також показала значне статистично значиме ($p < 0,05$) зниження згаданих двох аутоантигенів в уражених псоріазом ділянках шкіри у пацієнтів, які отримували етанерцепт (Fuentes-Duculan et al., 2017). Однак, незважаючи на вже згадані важливі та обширні дослідження, які припускають реактивність до пептидних антигенів, деякі підгрупи хворих на псоріаз не мають LL-37 або

ADAMTSL5-специфічних Т-клітин, що підвищує можливість ролі непептидних антигенів.

Роль фосфоліпази А2 (ФЛА2) у патогенезі псоріазу було запропонована ще в 1975 році Hammarstrom et al., коли в епідермісі псоріатичних бляшок спостерігалось збільшення кількості продуктів її реакції. Зокрема, експресія цитозольної ФЛА2, а саме PLA2G4D, спостерігається в псоріатичній висипці, але відсутня у здоровій нормальній шкірі (Chiba et al., 2004). Вона гідролізує фосфоліпіди мембрани в положенні sn-2, виробляючи жирні кислоти, такі як арахідонова кислота та лізофосфоліпіди. Останні вважаються неоліпідними антигенами шкіри, які будучи представлені на CD1a+ клітинах Лангерганса, розпізнаються CD1a-реактивними Т-клітинами, які у відповідь продукують велику кількість IL-22 і IL-17A. Відповідно, наявна перспективність терапевтичних підходів до інгібування цитокінів, отриманих від Т-клітин і вроджених клітин, таких як IL-17, що, в свою чергу: призведе до інгібування аутоангенів, утворених PLA2G4D, або CD1a. Подальше поглиблене дослідження специфічних аутоімунних порушень в організмі хворих на псоріаз має важливе значення для удосконалення терапевтичних підходів до лікування псоріазу.

Висновки. Аутоімунні порушення в поєднанні з генетичними та низкою інших чинників є одним із вагомих патомеханізмів, на тлі яких може розвиватися псоріаз. Аналіз результатів сучасних спеціальних досліджень щодо детального вивчення згаданих порушень мають перспективне терапевтичне значення, оскільки окрім підтримки підходів до інгібування цитокінів, отриманих від Т-клітин та дендритних клітин, вони підтримують розробку підходів до інгібування безпосередньо аутоантигенів.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U108877).

НОВІ МЕТОДИ В ЛІКУВАННІ ВТОРИННИХ ГІПЕРПІГМЕНТОВАНИХ ПЛЯМ В ДЕРМАТОЛОГІЇ

Туркевич Соломія Андріївна

асистент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Іванюшко – Назарко Наталія Василівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Вольбин Світлана Володимирівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Рудник Тетяна Ігорівна

асистент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Актуальність. 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 різними формами алопеції, постакне, акне, ангіоневрозами шкіри, гострими та хронічними виразками різної етіології (діабетичні, венозні, травматичні та ін.), вторинними гіперпігментованими плямами та різними косметичними дефектами шкіри.

Матеріали та методи. 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 внутрішньодермально. Ін'єкції плазми проводили до 5 разів з інтервалом 10-14 днів. За потреби, крім того, проводили традиційну терапію.

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

Висновки. 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.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТОПІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ВІТИЛІГО

Федорук Вікторія Олександрівна,

Лікар-інтерн спеціальності «дерматовенерологія»,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Денисенко Ольга Іванівна,

завідувач кафедри дерматовенерології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Юшко Юрій Миколайович,

лікар-дерматовенеролог,
КНП «Міська поліклініка № 5»,
м. Чернівці, Україна

Актуальність. Вітиліго – поширений дерматоз з групи дисхромій, який проявляється розвитком депігментованих плям на шкірі. Частота розвитку вітиліго в популяції коливається в середньому від 0,5% до 3%. Депігментовані плями вітиліго не супроводжуються суб'єктивними відчуттями, проте за їх локалізації на відкритих ділянках шкіри (обличчя, кінцівки) – дерматоз створює серйозні косметологічні проблеми, зумовлює порушення психоемоційного стану пацієнтів, знижує їх працездатність, якість життя та соціальну активність.

Етіопатогенез вітиліго донині вивчений недостатньо. Згідно сучасних даних, вітиліго – це поліфакторний дерматоз, у виникненні й перебігу якого вагоме значення мають: нейроендокринні розлади, обмінні порушення, а також автоімунні механізми розвитку порушень функції меланоцитів, що обґрунтовує застосування таким пацієнтам топічних інгібіторів кальциневрину з імуносупресивною дією.

Метою роботи було визначити клінічну ефективність застосування у комплексній терапії вітиліго топічного інгібітора кальциневрину у пацієнтів дитячого та дорослого віку.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебували 19 пацієнтів із вітиліго, з них 8 дітей та 11 дорослих осіб. У 14 осіб діагностовано поширену форму вітиліго, у тому числі вульгарну форму – у 7 осіб, акрофаціальну – у 4, змішану – у 3 осіб, а в 5 осіб діагностовано локалізовану форму вітиліго, у тому числі фокальне вітиліго – в 3 осіб та сегментарне вітиліго – в 2 осіб. При виконанні роботи застосовували клінічні, інструментальні (люмінесцентна діагностика) та статистичні методи дослідження, зокрема непараметричний дисперсійний аналіз Фрідмана з визначенням χ -квадрату (χ^2), різницю вважали достовірною, якщо значення χ^2 перевищувало критичне.

Результати. У процесі лікування пацієнти були розподілені на дві групи, подібні за віком: порівняльну – 9 осіб, які отримали стандартну терапію дерматозу, та основну – 10 осіб, яким призначали топічний інгібітор кальциневрину – мазь із вмістом 0,03% такролімусу (дітям) та 0,1% (дорослим) 2 рази в день впродовж 6-12 місяців.

Згідно клінічних спостережень, перші ознаки репігментації ділянок вітиліго у вигляді периферичної чи фолікулярної форм репігментації спостерігали уже на 2 - 3-му місяці лікування пацієнтів основної групи дитячого віку (у порівняльній групі – на 3 - 4 місяці) та на 4 - 5-му місяці – у дорослих пацієнтів (у групі порівняння – на 6 – 7-му місяці).

Підсумковий аналіз результатів лікування пацієнтів із вітиліго через 12 місяців від початку їх терапії виявив повну чи часткову репігментацію на відкритих ділянках шкіри у 8 пацієнтів основної групи (що становить 80,0%) та у 3 осіб порівняльної групи (33,3%), що вказує на вірогідно кращі результати лікування пацієнтів основної групи ($\chi^2 = 4,23$ за критичного значення $\chi^2 = 3,48$).

Висновок. Отже, застосування у комплексній терапії вітиліго топічного інгібітора кальциневрину – мазі із вмістом такролімусу з імуносупресивною дією сприяє досягненню повної чи часткової репігментації вогнищ вітиліго на відкритих ділянках шкіри, при цьому більш швидкий клінічний ефект настає у пацієнтів дитячого віку порівняно з дорослими пацієнтами.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U101550).

СТАН КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ПРИ СИНДРОМІ СТОПИ ДІАБЕТИКА

Хомко Олег Йосипович

доцент кафедри догляду за хворими та
вищої медсестринської освіти,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Сидорчук Руслан Ігорович

професор кафедри загальної хірургії,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Сидорчук Лариса Петрівна

завідувач кафедри сімейної медицини,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Кнут Руслан Петрович

доцент кафедри загальної хірургії,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Ткачук Олексій Володимирович

доцент кафедри анестезіології та реаніматології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Кіфяк Петро Васильович

асистент кафедри анестезіології та реаніматології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Актуальність. Синдром стопи діабетика або синдром діабетичної стопи (СДС) є значною проблемою сучасної хірургії, як у медичному, так і в соціально-економічному аспектах. У США і країнах Західної Європи до 10% всіх випадків госпіталізації у хірургічні стаціонари припадає на частку хворих з СДС, а щорічний економічний збиток від них оцінюється в 9-10 млрд. доларів.

Як правило, у таких хворих спостерігається обтяження загального стану хворих у тому числі за рахунок порушень гемоциркуляції, дії інших факторів, що пригнічують регенеративні та репаративні процеси, сприяють розвитку інфекції та її транслокації, у тому числі з кишечника. Разом з цим, окремі аспекти патогенезу СДС, зокрема питання імунної відповіді у таких хворих залишаються недостатньо вивченими та потребують уточнення.

Матеріал та методи дослідження.

Клінічний матеріал склали 27 хворих на СДС та 14 практично здорових осіб (контроль) відповідного віку та статі ($P=0,19-0,95$). При виконанні даного дослідження керувалися загальноприйнятими світовими та вітчизняними нормами біоетики. Визначення кількості загального пулу Т- і В-лімфоцитів, а також субпопуляцій Т-лімфоцитів (Т-хелперів / індукторів, Т-супресорів / цитолітичних лімфоцитів, проводили за методом непрямой імуофлюоресценції з використанням панелі моноклональних антитіл CD3, CD4, CD8, CD22. Нормальність розподілу отриманих вихідних даних перевірялась за тестом Колмогорова-Смирнова. Обробка отриманих баз даних проводилася методами варіаційної статистики за критеріями Student та R. Fisher.

Результати та їх обговорення.

Клітинні імунні реакції імунітету здійснюються за рахунок популяцій Т-лімфоцитів і забезпечують безпосереднє зниження змінених власних клітин хворого: пухлинних, мутантних, чужорідних, інфікованих різноманітними внутрішньоклітинними інфекційними збудниками. У хворих на СДС формується тенденція до зростання на 28,70% абсолютної кількості загального пулу Т-лімфоцитів, але знижується відносна їх кількість на 16,50%. Зростання абсолютної кількості загального пулу Т-лімфоцитів обумовлена збільшенням абсолютної кількості Т-хелперів / індукторів на 13,70%, Т-супресорів / цитолітичних лімфоцитів на 15,58%. Зниження відносної кількості TCD3+ лімфоцитів зумовлено зниженням відносної кількості TCD4+ на 9,25% при зростанні TCD8+ на 23,91%. Зміни відносної кількості Т-лімфоцитів та їх імуnoreгуляторних субпопуляцій можуть спричинити зниження процесів

розпізнання та погіршення автономної саморегуляції системного імунітету. Але це легкі (перший ступінь імунних порушень) зміни у Т-системі імунітету, які не вимагають використання імунотропних препаратів для корекції змін. Такі зміни вимагають тільки постійний моніторинг динаміки клітинної ланки системного імунітету.

Таким чином, у хворих на гнійно-некротичні процеси м'яких тканин при СДС формується перший ступінь імунних порушень (у 62,5% хворих) та другий ступінь імунних порушень (37,5%) клітинної ланки системного імунітету. Такі досить невиразні зміни клітинної імунної відповіді пов'язані, ймовірно з тим, що збудниками гнійно-некротичних процесів м'яких тканин при СДС є умовно патогенні бактерії, локалізовані у позаклітинних просторах, проти яких формується, в основному, гуморальна імунна відповідь на відміну від імунної відповіді стосовно внутрішньоклітинних збудників, що забезпечується клітинною ланкою імунітету.

Висновок.

У хворих на СДС формуються відносно незначні (I-II ступеня) порушення клітинної ланки імунітету, які у більшості (62,5%) хворих не потребують спеціальної корекції.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0116U002936) на тему: «Клініко-експериментальне обґрунтування профілактики та індивідуалізованого етапного лікування гнійно-септичних ускладнень гострої абдомінальної хірургічної патології».

РОЛЬ ПАНЧ-БІОПСІЇ ШКІРИ В ПОСТАНОВЦІ ЗАКЛЮЧНОГО ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ДІАГНОЗУ

Чаплик-Чижо Ірина Остапівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Бабак Ірина Дмитрівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Дашко Маріанна Олегівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Туркевич Соломія Андріївна

асистент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Актуальність. Практично встановлення діагнозу *ad oculus* в дерматовенерології користуються з давніх-давен і до теперішнього часу. Проте 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, але й 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.

Матеріали і методи. Нами 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 – у 3 (5,55%), колагенози – у 5 (9,26%), передраки та раки шкіри – у 12 (22,22%).

Результати та обговорення. 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 – у 4 (7,41%), генодерматози – у 3 (5,56%), колагенози – у 4 (7,41%), передраки та раки шкіри – у 9 (16,67%) осіб. У 11 пацієнтів (20,37%) діагноз заключний не відповідав попередньому і дозволив призначити пацієнтам ефективну патогенетичну терапію.

Висновки. Панч-біопсія шкіри доцільним діагностичним методом при складних дерматологічних випадках так, як у 83,33% дозволила встановити точний діагноз. 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) ПШФ та більш специфічні методи діагностики. Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи №0120U105735.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ГЛІКЕМІЧНОГО ПРОФІЛЮ ТА РОЗЛАДІВ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ОНІХОМІКОЗОМ СТОП

Чаплик-Чижо І.О.

доцент кафедри дерматології, венерології
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Сизон Орися Орестівна

Завідувач кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Дашко Маріанна Олегівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Возняк Ірина Ярославівна

доцент кафедри дерматології, венерології,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Актуальність. За даними деяких авторів, 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 у 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.

Матеріали і методи. 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 рахували 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 вимірювали натще на автоматичному біохімічному аналізаторі. Глюкозований гемоглобін (HbA1c) визначали імунотурбодинамічним методом. Мікроциркуляторні розлади визначали на основі лазерної доплерівської флоуметрії.

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

Висновки. Отримані результати 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.