

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
ДЕРМАТОЛОГИИ,  
ВЕНЕРОЛОГИИ  
И ВИЧ/СПИД ИНФЕКЦИИ**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ**

Посвящен  
90-летию со дня рождения профессора Б. А. Задорожного

Под редакцией проф. А. М. Данука

Харьков  
2018

УДК 616.5+616.97+687.55+614.2

Редакционная коллегия: чл.-корр. НАМН Украины, проф. В.Н.Лесовой, проф. Б.Г.Глухенький, проф. А.М.Дашук (глав. редактор), проф. Ю.В.Антрашук, проф. Л.А.Белотная, проф. А.Д.Дюдан, проф. Л.Д.Калужная, проф. О.Н.Ковалева, проф. В.Г.Кравченко, проф. Я.Ф.Кутасевич, проф. А.И.Лытук, проф. В.В.Мясоедов, доц. Н.А.Пустовая (секретарь), проф. В.П.Степаненко, проф. В.П.Федотов

Адрес редакционной коллегии: Украина, 61002, Харьков, ул.Революции, 15 кафедра дерматологии, венерологии и СПИДа, тел. (057)700-41-33, e-mail [kafedraderm@ua.fm](mailto:kafedraderm@ua.fm)

В сборнике кафедры дерматологии, венерологии и СПИДа Харьковского национального медицинского университета освещена история создания и становления кафедры. Отмечен вклад профессоров И.Ф.Зеленева, Л.А.Соболева, И.С.Попова, Б.А.Задорожного и др. в развитии дерматовенерологии. Рассмотрены вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения ряда кожных заболеваний.

Для научных работников, специалистов

Актуальны питання дерматології, венерології, і ВІЛ-СПІД інфекції: Збірник наукових праць. - X, видавництво «С.А.М.», 2013. - 402с

У збірнику наукових праць кафедри дерматовенерології Харківського національного медичного університету висвітлено історію утворення і становлення кафедри. Відзначено внесок професорів І.Ф.Зеленева, Л.А.Соболева, І.С.Попова, Б.А.Задорожного та ін. у розвиток дерматовенерології. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірно-венерических хвороб.

Для науковців, спеціалістів

Відповідальність за зміст, вибір і виклад фактів у статтях несут автори.

ISBN 978-617-7044-23-8

ББК 55.83

© Харківський національний медичний університет, 2013

ЗАДОРΟЖНИЙ БОРИС АКИМОВИЧ  
(1923-1993)  
К 90-ЛЕТНЮ СО ДНЯ РОЖДЕННЯ

*Ректор Харьковского национального медицинского университета, чл.-корр. НАМН Украины, профессор В.Н.Лесовой, заведующий кафедрой дерматологии, венерологии и СПИД, профессор А.М.Дашук, доцент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения З.П.Петрова*

Борис Акимович Задорожный родился 11 июня 1923 г. в г. Ахтырке Богодуховского округа Харьковской губернии (ныне Сумской области) в семье служащих. Среднюю школу он окончил в Ахтырке в июне 1941 г. и был призван в армию. Был курсантом Харьковского авиационного училища в Рогани, затем Канской авиашколы в Красноярском крае, после чего был переведен в Новосибирское пехотное училище. Воевал на Донском и Сталинградском фронтах, был помощником командира взвода стрелкового полка. В 1942 г. старший сержант Задорожный в районе станции Котельниково получил тяжелое ранение, 6 месяцев лечился в эвакогоспитале в Саратове, после чего был признан ограниченно годным к несению воинской службы. С мая по декабрь 1943 г. он был инструктором всеобуча Ровенского РВК Саратовской области, затем по октябрь 1945 г. служил в запасном стрелковом полку комсогом батальона в Саратовской области.

После демобилизации в ноябре 1945 г. Б.А.Задорожный поступил в Харьковский медицинский институт, окончил его в 1951 г. и был зачислен клиническим ординатором на кафедру кожно-венерических болезней ХМИ. В 1952-1956 гг. работал ассистентом этой же кафедры, где подготовил и в 1955 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему "Экспериментальные и клинические наблюдения при лечении пиодермий саназинном". В 1957 г. ему присвоено звание доцента. В 1956-1957 гг. он работал в должности заместителя директора по научной работе ХМИ.

С февраля 1957 г. по август 1959 г. Б.А.Задорожный был директором Украинского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии в Харькове.

В августе 1959 г. Б.А.Задорожный был назначен ректором Харьковского медицинского института, который возглавлял до ноября 1975 г.

Одновременно с 1966 г. заведовал кафедрой кожных и венерических болезней ХМИ, которой руководил до конца жизни (1993 г.). В декабре 1966 г. защитил докторскую диссертацию "Материалы к изучению β-лучевых поражений кожи". Научными консультантами этой работы были чл.-корр. АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, проф. В.А. Рахманов и

## ASSESSMENT OF THE STATE OF ADAPTATION OF PATIENTS WITH DEMODICOSIS

*Bodnya K.I., Lavrinenko M.V.*

*Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv*

The article describes modern ideas on the etiology of demodecosis. To evaluate the adaptation condition of the examined patients we determined radioimmunologically the level of cortisol and insulin in the blood plasma. The criteria for evaluation of adaptation compensatory capacities of the organism at demodecosis have been given.

УДК 616.995.41 : 07 : 577.171

## РІВЕНЬ СТАТЕВИХ СТЕРОІДНИХ ТА ГОНАДОТРОПНИХ ГОРМОНІВ В КРОВІ ПРИ ДЕМОДЕКОЗІ

*Бодня К.І., Ревенко Ж.А.*

*Медицина академія післядипломної освіти, м. Харків*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

*Ключові слова:* демодекоз, вміст статевих і гонадотропних гормонів, функціональний стан печінки

Проблема удосконалення лікування і профілактики паразитарних хвороб та їх наслідків сьогодні зберігає свою актуальність. Це зумовлено надзвичайним поширенням паразитозів у світі і тими порушеннями, які вони спричиняють в організмі інвазованої людини, особливо серед осіб молодого працездатного віку [8].

У зв'язку з цим найактуальнішим завданням дослідження проблеми паразитарних інвазій є вивчення взаємозв'язків паразита і дефінітивного хазяїна. Одним із підходів у цьому напрямку може бути вивчення порушень процесів адаптації при впливі паразитів на організм хазяїна [7].

Адаптація до різних ушкоджуючих чинників здійснюється на всіх рівнях організму, але, головним чином, механізм її реалізується за рахунок змін у центральній нервовій системі та у гіпофізарно-гипофізарно-наднирковій системі [3, 10].

Перенапруження систем регуляції може привести до виснаження захисних сил організму, зниження його функціональних можливостей. Тривалий вплив будь-якої паразитарної інвазії, як стрес-чинника, може

привести до активізації нервової та гормональної регуляції при збережених адаптивних можливостях організму і може стати патогенетичною основою різних функціональних порушень і уражень при зниженні адаптивних можливостей [8].

Отже, вивчення питання про роль гормонально-метаболических регуляторних систем при паразитозах представляє науковий інтерес із погляду формування хазяїно-паразитарних відношень, поглиблення знань патогенезу паразитарних інвазій (наприклад демодекозу), органічної патології і захисно-пристосувальних реакцій, а також для обґрунтування коригуючої терапії і підвищення ефективності лікування.

Вивчення демодекозу в осіб молодого віку, як і раніше залишається в центрі уваги дерматологів, що обумовлено великою соціально-психологічною значимістю захворювання. Поширеність демодекозу в осіб молодого віку становить близько 90% у хлопчиків і близько 80% у дівчат у віці до 21 року [20, 21]. Так частоти цього захворювання у дівчаток зростає в 14-16 років, а у хлопчиків в 16-17 років [14]. Розвиток демодекозу призводить до суттєвої психологічної травми, що порушує соціальну адаптацію підлітків. За результатами спеціальних психологічних досліджень, проведених Т. Kramer в 1998 році [19], у 38% підлітків у віці 13-16 років виявляють психологічні розлади, пов'язані з демодекозом.

До числа ланок патогенезу демодекозу відносять підвищення продукції і зміну складу шкірного сала, що пояснюють особливостями метаболізму і функції сальних залоз, контрольованих андрогенами [11, 16]. Такі зміни в період статевого дозрівання часто обумовлені підвищенням чутливості андрогенових рецепторів сальних залоз до чоловічих статевих гормонів при нормальному фізіологічному складі і рівні андрогенів крові [1, 2, 9, 11, 12, 15]. Однак у частини хворих, демодекоз виникає і персистує на тлі патологічних станів, зумовлених центральною гіперандрогенемією [5, 18]. Численні дослідники підкреслюють, що тяжкий перебіг демодекозу можуть підтримувати фонові захворювання, персистенція демодекозу після закінчення пубертатного періоду можлива під дією додаткових тригерних факторів [6, 7, 13, 15, 17], які важливо виявляти при обстеженні. В тій же час в літературних джерелах алгоритми обстеження підлітків з демодекозом висвітлюються недостатньо.

У зв'язку з цим в останні роки інтерес до проблеми демодекозу різко зріс і виникла необхідність у більш глибокому вивченні даної патології, тобто розробці нових методів діагностики, лікування та профілактики демодекозу. Це, в свою чергу, зумовлює актуальність досліджень із вивчення стану компенсаторно-пристосувальних реакцій при демодекозі.

Мета дослідження визначити вміст базального рівня статевих гормонів (естрадіолу, тестостерону, прогестерону) та гормонів гіпофізу (ФСГ, ЛГ, пролактину) в крові хворих на демодекоз.

При виконанні роботи використовувалися загальноприйняті клінічні і лабораторні методи обстеження хворих, паразитологічні, а також гормональні, інструментальні, статистичні методи.

Для виконання поставлених завдань було обстежено 109 осіб (63 чоловіків і 46 жінок) у віці від 20 до 60 років і 20 практично здорових осіб подібного віку та статі, які перебували на лікуванні на кафедрі медичної паразитології та тропічних хвороб у 2008-2011 рр., а також пройшли комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження.

Робота заснована на вивченні гормонального гомеостазу хворих на демодекоз. Для оцінки гормонального статусу досліджувався базальний рівень гіпофізарних гормонів (ФСГ, ЛГ, пролактин) і гормонів периферичних ендокринних залоз (тестостерон, естрадіол, прогестерон).

Статистична обробка результатів досліджень проведена на ЕОМ IBM PC AT із застосуванням відповідних програм для кореляційного аналізу. У ряді випадків використаний метод статистичного аналізу із застосуванням критерію  $\chi^2$  (таблиці спряженості 2 x 2). Виходячи з того, що середні значення багатьох досліджуваних показників знаходилися в межах кордонів прийнятої норми, був застосований більш інформативний в подібних випадках спосіб – аналіз частоти зустрічальності порушень показників. За порушення брали відхилення показника від середніх значень в нормі, рівне 2 (серельно-квадратичного відхилення).

Тривалість захворювання на демодекоз на день обстеження, згідно з даними отриманими від хворих, коливалася від декількох місяців до 2-5 років.

Обстеження хворих на демодекоз проводилося шляхом докладного огляду і ретельного огляду. Це дозволило виявити, на перший погляд, навіть малозначні симптоми, які відразу не привертають уваги, і хворі не надавали їм значення.

У клінічних спостереженнях за хворими на демодекоз відзначається, що зовні токсичність демодозидів виявляється виникненням на шкірі еритематозних плям, осередкової чи дифузійної інфільтрації, дрібнофолікулярного або грубопластинчатого лущення, утворенням фолікулярних папул рожевого чи червоного кольору різної величини, папуло-везикул, папуло-пустул, а також самостійних макропустул.

При цьому були такі скарги хворих, які супроводжувалися суб'єктивними відчуттями сверблячкості, печінням, стягуванням шкіри, зменшенням еластичності і м'якості, вбуравлюванням в шкіру або повзанням під нею паразитів і т.д.

У більшості пацієнтів (78 осіб) захворювання дебютувало в дитячому та підлітковому віці у 71,55% пацієнтів. При первинному зверненні пацієнти скаржилися на висипання в області обличчя в 99,1% (108 осіб). На обличчі і шийі 30,3% (33 чол.), на обличчі і грудях 4,5% (5 чол.), на обличчі, грудях і шийі 11,6% (13 осіб), тільки на обличчі 53,5% (58 осіб).

Скарги на підвищене саловидіння пред'являли 100% пацієнтів.

У 77 (90,5%) хворих висипання спочатку локалізувалися на обличчі у вигляді комедональної висипки, а потім у 76 осіб з'явилися запальні акне-елементи.

До початку обстеження на кафедрі 53 пацієнти лікувалися у дерматологів, отримували тривалим курсом акаринцидні препарати контактної дії, вітамініотерапію з незначним, короткочасним ефектом. Деякі пацієнти за рекомендацією дерматологів тривалий час (протягом року і більше) використовували спиртові речентури прописи з левомицетином. Шість пацієнтам з тяжкою формою акне неадекватно призначалися системні антибіотики з короткочасним поліпшенням стану шкіри. 72 особи застосовували противугреві косметичні засоби без або з недостатнім ефектом, а 68 жінок користувалися декоративною тонуючою комедогенною косметикою для маскування акне-елементів.

Ступінь тяжкості висипань оцінювався також за загальноприйнятою класифікацією акне: легка форма – комедональні і поверхневі папульозни з невеликою кількістю пустульозних акне-елементів (0,25-1,5 бали за шкалою Allen, Smith), форма середнього ступеня тяжкості – ряні папулопустульозни висипання і комедони (2-5,5 бала за шкалою Allen, Smith), тяжка форма – поряд з комедонами численні глибокі папулопустули, вузлуваті і вузлуватокистозні елементи (6-8 бали за шкалою Allen, Smith).

З внаслідку захворювання пацієнтів з'ясували, що 80 осіб (73,2%) відзначали погіршення стану шкіри в осінньо-зимовий період, з них 43 пацієнти (53,75%) звернули увагу на зменшення акне-елементів влітку, особливо після відвідування півдня. Дев'ять пацієнтів (11,25%) повідомляли про те, що висипань стає більше в літній період, після неохолоді, а інші 20 осіб (18,34%) не змогли пов'язати загострення захворювання з часом року.

Посилення себорей і поява нових акне-елементів у менструюючих жінок в лютеїновій фазі спостерігалось у 26 пацієнток (56,52%), у 8 осіб (16,9%) не відзначали жодних змін стану шкіри в залежності від фази циклу, а у 12 (26,58%) пацієнток посилення висипань на шкірі в лютеїнову фазу було епізодичним.

У нашому дослідженні переважали пацієнти з помірним ступенем акне (2-5,5 балів за шкалою Allen and Smith), які становили 50%.

Тяжкі форми акне були виявлені у 20% пацієнтів чоловічої статі і частіше були представлені у віковій групі старше 20 років. Висипання характеризувалися наявністю поширених на обличчі і шиї глибоких запальних елементів, індуративних і конглобатних акне. У жінок важка форма акне була у 17,2% від загального числа пацієнток, однієї у них ця форма акне частіше спостерігалася у віці після 40 років.

При дослідженні морфологічного складу периферичної крові було встановлено, що середні показники основних елементів крові знаходяться в межах норми.

Виходячи з поставлених у роботі завдань, при клініко-лабораторному обстеженні більше було приділено уваги вивченню функціонального стану печінки. Аналіз результатів досліджень біохімічних показників крові, що є важливими додатковими критеріями патології печінки, вказував на різну спрямованість їх змін. У результаті дослідження було встановлено, що середні значення біохімічних показників крові коливалися в межах норми. Разом з тим, аналіз частоти зустрічальності по відношенню до норми дозволяє встановити, що рівень загального білірубину, лужної фосфатази, АЛАТ, загального білка,  $\beta$ - і  $\gamma$ -глобулінів, тимолова проба частіше були підвищені, а рівень альбуминів знижений. Результати дослідження АсАТ, албуміну сечі і крові не відрізнялися від норми у всіх хворих.

Виявлені зміни біохімічних показників крові у хворих на демодекоз свідчать про порушення в них функції печінки – підвищення амінотрансфераз – індикаторів пошкодження печінкових клітин безсумнівно свідчить про дисфункцію печінки.

У зв'язку із думкою про важливість ролі печінки в обміні гормонів, про існування функціонального взаємозв'язку між гіпофізом і печінкою, а також враховуючи дані про розвиток гіпоталамо-гіпофізарної дисфункції при хронічних захворюваннях печінки, хворі були поділені на 2 групи: до 1-ї групи були віднесені хворі з нормальною функцією печінки, а до 2-ї – хворі з порушенням функції печінки.

В результаті проведених нами досліджень встановлено відмінності у вмісті досліджуваних гормонів в крові і їх співвідношень, що свідчать про зміну функції гіпофізарно-гонадної системи та порушенні характерних для здорової людини гормональних взаємовідносин, що мають різний перебіг в залежності від статі і стану печінки. У чоловіків відбувається підвищення концентрації естрадіолу і прогестерону і зниження тестостерону на тлі помірного підвищення гонадотропних гормонів.

У жінок підвищується вміст тестостерону, прогестерону і відносно знижується естрадіол на тлі відносно незначного підвищення ПІ і зниження ФЛТ.

У здорових жінок рівень пролактину був вище, ніж у чоловіків, що узгоджується з даними літератури.

У хворих на демодекоз вміст пролактину в крові коливався в широких межах (від 100 до 1400 мкг/л). Середній рівень гормону у чоловіків 1-ї групи був достовірно вище ( $P < 0,05$ ), ніж у чоловіків з порушенням функції печінки. При цьому у чоловіків 1-ї групи вміст пролактину частіше був підвищеним або знаходився в межах норми, в той час як у хворих 2-ї групи рівень пролактину був нижче прийнятої норми.

У хворих з нормальною функцією печінки збереглися вікові відмінності у вмісті пролактину. У хворих старше 40 років рівень гормону ( $311,43 \pm 31,51$  мкг/л) достовірно був вищим, ніж до 40 років ( $218,13 \pm 23,31$  мкг/л). У

між іншими факторами, що впливають на розвиток акне, є порушення функцій ендокринної системи і після 40 років (198-78) – 24,45% жінок ввійшли в межі норми.

У жінок середній рівень пролактину достовірно не відгрінявся від норми, але у хворих з порушенням функції печінки мав тенденцію до підвищення.

При демодекозній зміні спостережень гонадотропіну і статевих стероїдних гормонів і встановлення кореляційних зв'язків між ними свідчать про порушення оптимальних взаємозв'язків властивих фізіологічній тканин, і зміни регуляторних процесів, які при демодекозі розвиваються раніше, ніж морфологічні.

Встановлену різницю в вмісті гормонів гіпофізарно-гонадальної системи та їх взаємозв'язки у хворих на демодекоз в залежності від стану печінки, можна пояснити тим, що печінка належить особливій ролі в метаболізмі та перетворенні статевих стероїдних гормонів.

З цього випливає, що різні ступінь і характер зміни гормональних відносин обумовлюють і різноманітність клінічних проявів при демодекозі.

Виявлені закономірності зміни і характер динаміки гормональних зв'язків не є специфічними, але розширюють знання про патогенез демодекозу і розвиток різноманітної органної патології при ньому, а також створюють певні передумови для спрямованої корекції компенсаторно-приспосовувальних можливостей організму хворого і відкривають перспективи для вдосконалення патогенетичної терапії демодекозу і його наслідків.

#### Література:

1. Ахтямов С.Н. Вулгарные акне: вопросы этиологии и патогенеза / С.Н. Ахтямов, Г.Г. Сафарова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 1998. – № 5 – С. 54-58.
2. Богданова Е.А. Гирсутизм у девочек и молодых женщин / Е.А. Богданова, А.В. Телуци // М., 2002. – С. 1-21.
3. Корнева Е. А. Гормоны и иммунная система / Е. А. Корнева, Э. К. Шухнец / АН СССР, Ин-т физиологии им. И. П. Павлова. – Л.: Наука, 1988. – 250 с.
4. Леутская З. К. Некоторые аспекты иммунитета при гельминтозах: (Роль витаминов и гормонов в иммунол. процессе) / З. К. Леутская; под ред. Г. С. Лейкиной; АН СССР, Лаб. гельминтологии. – М.: Наука, 1990. – 205, [3] с.
5. Масюкова С.А. Акне: проблема и решение / С.А. Масюкова, С.Н. Ахтямов // Consilium-Medicum, 2002. – Т. 4. – С. 5.
6. Потекаев Н.Н. Розацеа / Н. Н. Потекаев – М.: ЗАО Издательство БИНОМ, СПб: Невский Диалект, 2000. – 144 с.
7. Потекаев Н. Н. Современные представления об этиологии, клинике и терапии розацеа / Н. Н. Потекаев // Косметика & Медицина. – 2001. – № 6. – С. 15-21.

8. Сергеев В. П. Паразитарные болезни человека, их профилактика и лечение / В. П. Сергеев, М. Н. Лебедева, А. А. Фролова, Н. А. Романенко // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1997. – № 2. – С. 8-11.
9. Суворова К. Н. Юношеские акне - клиника, патогенез, лечение / К. Н. Суворова // Рос. журн. кож. и венер. болезней. – 1999. – № 3. – С. 14-18.
10. Blalock J. Complete regulatory loop between the immune and neuroendocrine system / J. Blalock, E. Smith // Fed. Proc. 1985. Vol. 44. No 1. – P. 108-111.
11. Brinkmann A.O. et al. The human androgen receptor: structure-function relationship in normal and pathological situations / A.O. Brinkmann et al. // J. Steroid Biochem. Mol. Biol. 1992-41. 3-8. P. 361-8.
12. Chen W. The 5 alpha-reductase system and its inhibitors. Recent development and its perspective in treating androgen-dependent skin disorders / W. Chen, C.C. Zouboulis et al. // J. Dermatology, 1996. – 193(3). P.177-84.
13. Cibula D. The role of androgens in determining acne severity in adult women / D. Cibula, M. Hill // Br. J. Dermatol, 2000. – Aug; 143 (2) P. 399-404.
14. Cunliffe W.J. Clinical efficacy and safety comparison of adapalene gel and tretinoin gel in the treatment of acne vulgaris / Europe and US multicenter trials / W.J. Cunliffe, R. Caputo et al. // J. Am. Acad. Dermatol., 1997; 36 : P. 126-134.
15. Leyden J.J. New understandings of the pathogenesis of acne / J.J. Leyden // J. Amer. Acad. Dermatol., 1995. – Vol. 32. P. 815-25.
16. Leyden J.J. Oral isotretinoin. How can we treat difficult acne patients? / J.J. Leyden // Dermatology, 1997. – 195(1-29-33), P. 38-40.
17. Keyon F.E. Psychosomatic aspects of acne / F.E. Keyon // Br. J. Dermatol., 1966. – 78: 344.
18. Kligman A.M. Classification of acne / A.M. Kligman, G. Plevig // Cutis. 1976 – 17:520.
19. Kramer T. Psychiatric disorders in primary care / T. Kramer, M.E. Garralda // Br. J. Psychiatry. 1998. – 173 : P. 508-13.
20. Pearl A. The impact of acne: a study of adolescents attitudes? Perception and knowledge / A. Pearl, B. Arrol, J. Lello et al. // NZ Med. J., 1998. 1111, P. 269-71.
21. Rademarker M. Acne in schoolchildren: no longer a concern for dermatologist / M. Rademarker, J.J. Garioch, N.B. Simpson // Br. Med. J., 1989. 298 : P. 1217-19.

#### УРОВЕНЬ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДНЫХ И ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ В КРОВИ ПРИ ДЕМОДЕКОЗЕ

*Бодня Е.И., Ревенко Ж.А.*

*Медицинская академия последипломного образования, г. Харьков  
Харьковский государственный медицинский университет, г. Черновцы*  
В работе выявлены закономерности изменений и характер динамики половых-гормональных показателей, которые не будучи специфическими,



расширяет знания о патогенезе демодкоза, а также создает перспективные предпосылки для направленной коррекции компенсаторно-приспособительных возможностей организма человека и открывает перспективы для совершенствования методов лечения демодкоза и его осложнений.

### THE LEVEL OF SEX STEROID AND GONADOTROPIC HORMONES IN THE BLOOD DURING DEMODICOSIS

*Bolotina I. A., Tikhonov M. K.*

*Medical Academy of Pharmaceutical Education, Kiev, U.S.S.R.*

*Ukrainian State Medical University, Kiev, U.S.S.R.*

The regularities of changes in the nature and dynamics of clinical - hormonal parameters are revealed in this research that are not being specific they expand knowledge of the pathogenesis of demodicosis and create certain conditions for the directed correction of compensatory and adaptive capabilities of the host and open up prospect for improvement - pathogenetic treatment of demodicosis and its complications.

УДК 616.56-008.8-085

### СУЧАСНІ ЗАСОБИ І МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРІДРОЗУ

*Болотина І. А., Тихонов М. К.*

*Харківська медична академія фармацевтичного освіти ім. Харків*

*Харківська міська дитяча лікарня ім. Ф. М. Харків*

*Ключові слова:* стероїди, конструювання та зручність методи лікування, ефективність.

Однією з найбільш поширених форм розладів потовиділення та соціально-значимою проблемою є гіперідроз (посилене потливість). Згідно статистичних даних, на гіперідроз страждає від 1 до 5% населення, серед них значну частину складають особи молодого віку [5, 12]. Фізіологічний гіперідроз як захисна функція організму від перегрівання може виникати в спекотну погоду, при фізичному навантаженні або літчанши, постійно теплому одязу та чуток з синтетичних матеріалів, перебуванні в душних приміщеннях з посиленою вологістю повітря, неправильному літському режимі.