

**Тези стендових доповідей
Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

«Наукова та практична дерматовенерологія в умовах воєнного стану в Україні»

(8—9 листопада 2023 р., м. Київ)

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій БПР на 2023 р. Співorganizатори конференції: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (кафедра дерматології та венерології з курсом косметології) та ВГО «Українська асоціація лікарів-дерматовенерологів і косметологів».

Клініко-диференційна діагностика оперізувального герпесу в сучасних умовах

Р.Ф. Айзятұлов

Донецький національний медичний університет, Кропивницький

Оперізувальний герпес (herpes zoster, zona, оперізувальний лишай) є вірусним захворюванням, що виявляється висипом на шкірі та слизових оболонках, а також сильним болем різної інтенсивності. Оперізувальний герпес може спричинити тяжкі ускладнення (мієліт, менінгоенцефаліт, геміплегія, вірусна пневмонія, гепатит тощо), що призводить до інвалідизації пацієнтів. У ВІЛ-інфікованих та людей з імунодефіцитним станом значно збільшується тривалість періоду висипу, що супроводжується значними больовими відчуттями.

Мета роботи — вдосконалити клініко-диференційну діагностику оперізувального герпесу на підставі результатів власних клінічних спостережень і проведених досліджень; проаналізувати сучасні джерела літератури та виявити особливості клінічних виявів дерматозу; визначити клініко-діагностичні алгоритми оперізувального герпесу.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували хворі на оперізувальний герпес, яких обстежували з використанням загальних та спеціальних методів досліджень. Виявляли скарги та збирали анамнез захворювання, проводили загальний та місцевий огляд вогнищ ураження, використовували лабораторні методи (ІФА-діагностика, експрес-дослідження).

Результати та обговорення. Збудником оперізувального герпесу є нейротропний вірус *Varicella zoster*, який також спричиняє виникнення вітряної віспи у дітей. У людей, які перехворіли на вітряну віспу, вірус *Varicella zoster* переходить у латентний стан у нервових вузлах. У подальшому в осіб з ослабленим імунітетом і у людей похилого віку він може активізуватися та спричинити оперізувальний герпес приблизно в 20 % випадків. У дітей під час контакту з хворим на оперізувальний герпес може виникнути типова вітряна віспа. Інфікування можливе від хворого на оперізувальний герпес або вітряну віспу. Шляхи передачі вірусу *Varicella zoster* — контактний, повітряно-крапельний, трансплацентарний. Сприятливими чинниками для активації вірусу визнано переохолодження, вірусні респіраторні інфекції, період вагітності, нервово-психічні розлади, онкологічні захворювання, травми, трансплантацію органів, алкоголізм та ін.

Згідно з результатами наших клінічних спостережень та сучасними даними літератури останніми роками спостерігають атипові клінічні вияви оперізувального герпесу.

Виділяють абортівні форми оперізувального герпесу. Абортивний оперізувальний герпес (*herpes zoster abortivus*) виявляється еритемою і набряклістю шкіри, вузликами, печінням, болем. Пухирний оперізувальний герпес (*herpes zoster bullosus*) супроводжується виникненням пухирців із серозним вмістом, що мають розмір голубиноного яйця. Геморагічний оперізувальний герпес (*herpes zoster haemorrhagicus*) характеризується наявністю везикул з геморагічним вмістом і кров'янистими кірками. Гангренозний, некротичний оперізувальний герпес (*herpes zoster gangraenosus, necroticans*) виявляється пухирцями, на поверхні яких формується чорний струп, виразками, сильним болем, має тяжкий хронічний перебіг. Генералізований, дисемінований оперізувальний герпес (*herpes zoster generalisatus seu disseminatus*) відрізняється множинними елементами висипу із пупкоподібним вдавленням у центрі без суб'єктивних відчуттів (вигляд елементів вітряної віспи) та порушенням загального стану (гарячка, нездужання). Помилки в діагностиці частіше виникають у початковий період хвороби. Пацієнти скаржаться на клінічні симптоми лихоманки, інтенсивний біль, тому лікарі помилково встановлюють діагноз стенокардії, плевриту, гострого апендициту.

Типові ознаки оперізувального герпесу: одностороннє ураження по ходу нервових стовбурів (частіше міжреберних); гілок трійчастого нерва; локалізація на обличчі, шкірі чола, голови, очей, потилиці, шиї, плечей, грудей, тулуба, живота, стегон та сідниць. Плями рожеві, набряклі, болючі; еритематозні папули; пухирці з прозорим вмістом; збільшені місцеві лімфатичні вузли; сильний біль; жовто-коричневі кірки. Після зникнення висипу залишається біль (постгерпетична невралгія). Для оперізувального герпесу характерним є гострий початок. Провісники захворювання: нездужання, підвищення температури тіла, свербіж, поколювання, невралгічний біль у ділянці майбутнього висипу. Клінічні симптоми: загальне нездужання, підвищення температури тіла, сильний невралгічний біль ниючого або інтенсивного характеру. Більшість пацієнтів самостійно шукають способи знеболення, не замислюючись про його небезпеку і тяжкі наслідки для організму.

Диференційна діагностика. *Гостра ідіопатична екзема.* Симетричне розташування осередків ураження. Перебіг хронічний з рецидивами. Гіперемія та набряк шкіри, дрібні пухирці, ексудативні папули, пустули, точкові ерозії з прозорим ексудатом на поверхні, мокнучі ерозії, мацерація шкіри, кірки. Характерним є чергування уражених та здорових ділянок шкіри («архіпелаг островів»). Суб'єктивно — свербіж шкіри. *Імпетиго стафілококове.* Висип локалізується на обличчі, шиї, дистальних відділах кінцівок і тулуба. В усті волосяного фолікула розташована пустула діаметром від 3 до 20 мм, пронизана в центрі незміненою волосинкою. По периферії пустули розташований гострозапальний червоний віночок. Через 4–5 днів пустула зсихається з утворенням кірки або розкривається і залишає по собі ерозію, вкриту пухкою брудно-сірою кіркою, після відпадання якої залишається пляма коричневого кольору.

Висновки. Останніми роками частіше спостерігають атипові прояви та асимптомний перебіг оперізувального герпесу, що призводить до частих діагностичних помилок. Для встановлення правильного діагнозу необхідно ретельно враховувати клінічні прояви та використовувати лабораторні методи дослідження. Удосконалення клініко-диференційної діагностики оперізувального герпесу дає змогу своєчасно призначати комплексну терапію, яка має бути спрямована на якнайшвидше одужання, зменшення вираженості больових відчуттів, запобігання ускладненням, зниження ризику розвитку ускладнень і постгерпетичної невралгії.

Особливості мікробної флори у хворих на псоріаз

Г.Є. Асцатуров, О.О. Сизон, М.О. Дашко, І.Я. Возняк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Характерні зміни стану макроорганізму проявляються порушеннями мікробної флори всіх топографічних зон шкіри. Слід зазначити, що дослідження мікробного пейзажу шкіри у хворих на псоріаз мають епізодичний і неструктурований характер. Так, стверджують, що ознаки порушення мікробіоценозу шкіри у таких хворих характеризуються зміною кількісного та якісного спектра мікроорганізмів, зокрема появою у вогнищах *Staphylococcus haemolyticus*, вірогідним збільшенням кількості *Corynebacterium spp.*, *Micrococcus spp.*, *Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus capitis*, *Staphylococcus aureus* на тлі пригнічення або значного посилення колонізації *Staphylococcus epidermidis*.

Мета роботи — визначити кількісний склад мікрофлори та ступінь ущільнення шкіри хворих на псоріаз залежно від клінічного перебігу (клінічна форма, стадія) та тривалості захворювання.

Матеріали та методи. Вивчення мікрофлори шкіри з вогнищ проведено у 37 хворих на псоріаз, які перебували під нашим наглядом. До контрольної групи включено 28 практично здорових осіб. Матеріал відбирали з використанням методу тиражування з подальшою мікробіологічною ідентифікацією мікроорганізмів.

Результати та обговорення. Встановлено, що у хворих на псоріаз, які перебували під нашим спостереженням, шкірний мікробний ландшафт уражень формувався переважно з родів *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, *Bacillus* та *Micrococcus*. Найбільш чітко мікробне обсіменіння вогнищ спостерігали у хворих із псоріатичною еритродермією, дещо менш виражене — у пацієнтів із поширеною формою дерматиту та наявністю артропатії, а найменша кількість мікроорганізмів виявлена у пацієнтів зі звичайним псоріазом без ускладнень. Прогресуюча стадія псоріазу характеризується підвищеним рівнем мікробного забруднення. У хворих на псоріаз існує

дуже висока залежність ступеня контамінації *S. aureus*, *S. epidermidis* і *S. saprophyticus* від тривалості перебігу дерматиту, зростання якого спричиняло посилення мікробної контамінації. Так, найвищий рівень мікробної контамінації спостерігали у хворих з еритродермією, прогресуючою стадією патологічного прогресу та тривалістю захворювання понад 20 років.

Висновки. Аналізуючи отримані результати, ми виявили тенденцію до того, що *Staphylococcus aureus* і *Staphylococcus epidermidis* є домінантними компонентами шкірного мікробного ландшафту уражень у хворих на псоріаз. Це дає підстави розглядати їх як тригерні фактори патологічного процесу.

Вірус простого герпесу як тригерний фактор загострення псоріазу

Г.Є. Асцатуров, О.О. Сизон, М.О. Дашко, І.О. Чаплик-Чижо

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вірус простого герпесу (ВПГ) може бути не тільки нозологічним захворюванням, а й вторинною інфекцією, яка може впливати на тяжкість перебігу інших дерматозів. Своєчасна діагностика та правильна терапія прогресування псоріазу допомагає суміжним фахівцям запобігти виникненню подібних захворювань.

Мета роботи — комплексне обстеження хворих на псоріаз, особливо з тяжким та атипичним клінічним перебігом, з метою виявлення герпетичної інфекції та підвищення ефективності лікування.

Матеріали та методи. У період з 2018 до 2022 р. в нашій клінічній лабораторії спостерігали 14 пацієнтів із підтвердженим діагнозом псоріазу, яким проводили загальний, біохімічний та імунологічний аналізи крові.

Результати та обговорення. Дані клініко-анамнестичного обстеження хворих на псоріаз: форма псоріазу: обмежена — у 5 хворих, поширена — у 9 (площа ураження 35–68 %); стадія псоріазу: прогресуюча — у 39,7 % осіб, стаціонарні — у 60,3 %; тривалість захворювання: від 7 міс до 32 років; спадковість: у 26 % людей; провокуючі фактори: стресові ситуації — у 29,7 %, зловживання алкоголем — у 5,9 %, мікробні та вірусні фактори — у 18,4 %, травми — у 8,4 %; 11,6 % осіб не вказали причини захворювання; перебіг захворювання: у 76 % осіб виявлено схильність до частих загострень, у 24 % — відсутність стійкої ремісії протягом тривалого часу. Зміни в імунологічному аналізі крові та виявлення ВПГ у 76 % хворих на псоріаз спонукали до призначення їм протівірусних препаратів. Тривалість лікування визначали індивідуально для кожного пацієнта. У динаміці лікування хворих на псоріаз змінюються окремі імунні показники: знижуються показники гуморального імунітету; збільшується кількість Т-хелперів; знижується відсоток Т-супресорних клітин; у зразку крові збільшується кількість недиференційованих О-клітин; підвищується синтез IgM; значно підвищується рівень імунних комплексів крові.

Висновки. Виявлені зміни показників як гуморального, так і клітинного імунітету у хворих на псоріаз є непрямим доказом негативного впливу провокуючих факторів і супутньої патології на інтенсивність імунної відповіді в їхньому організмі, що своєю чергою призводить до формування імунодефіциту.

Кроки до перемоги над ВІЛ/СНІДом: актуальні питання сьогодення

С.В. Іванов, В.І. Степаненко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

За останніх 2,5 року проблема СНІДу та COVID-19 на тлі повномасштабної військової агресії росії проти України разом з економічною та гуманітарною кризою поставили глобальну протидію ВІЛ-інфекції під велику загрозу. На 75-й сесії ВООЗ прийнято нову «Глобальну стратегію щодо ВІЛ, вірусного гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ), на період 2022–2030 рр. (GHSS)» та погоджено план її реалізації на наступних 8 років.

Мета роботи — обґрунтувати шляхи реалізації моніторингу, сучасної діагностики та принципи лікування і профілактики ВІЛ-інфекції як основи стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, а також визначити об'єми та алгоритми співпраці фахівців різних ланок з надання лікарських послуг пацієнтам із хворобами шкіри та ПСПШ.

Матеріали та методи. Проаналізовано документи міжнародної політики в галузі охорони здоров'я та громадського здоров'я; останні зміни документів державної політики в галузі охорони здоров'я України; міжнародні стратегії і підходи до подолання епідемії ВІЛ; динаміку захворюваності на шкірні та венеричні хвороби в Україні; прогнозування моніторингу національних та глобальних епідемій ВІЛ-інфекції.

Результати та обговорення. Внаслідок широкомасштабного вторгнення росії на територію України у 2022 р. почався відлік наступного етапу розвитку епідемічного процесу, який характеризується зменшенням доступу

до більшості профілактичних та медичних послуг, пов'язаних із ВІЛ, насамперед для населення південно-східних регіонів України.

У 2022 р. в Україні було офіційно зареєстровано 12 212 вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції, 3010 випадків СНІДу та 1293 смертей, зумовлених СНІДом. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. населення коливається від найнижчих показників у Луганській (0,5) та Закарпатській (6,0) областях до найвищого — в Одеській (153,9). Поширеність ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення (за даними диспансерного обліку) коливається від 84,2 у Тернопільській області до 1164,3 — в Одеській.

Як і раніше, спостерігається тенденція до зростання частоти застосування швидких тестів (ШТ) для обстеження населення на ВІЛ-інфекцію. У 2022 р. 42 % усіх обстежень на ВІЛ були виконані за допомогою ШТ (або 92 %, за виключенням донорів, вагітних та новонароджених). Кількість тестувань серед осіб із симптомами або хворих на ІПСШ зменшилась у 2022 р. на 10 % порівняно з попереднім роком і становила 14 тис., серед яких у 93 (0,7 %) осіб було діагностовано ВІЛ-інфекцію.

У закладах охорони здоров'я було обстежено 326 тис. осіб, що на 25 % менше, ніж у 2021 р. Серед них виявлено 3903 (1,2 %) людини з ВІЛ-інфекцією, з яких 31 дитина. Кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед людей із вперше у житті діагностованою ВІЛ-інфекцією на тлі скорочення обсягів скринінгу зменшилась порівняно з 2021 р. на 20 % (12 212 проти 15 658). Майже у 60 % осіб, у яких вперше в житті було діагностовано ВІЛ-інфекцію, рівень імуносупресії CD4 був < 350 кл/мкл. Своєчасність діагностики ВІЛ-інфекції залишилась актуальною проблемою для України і у 2023 р. За оперативними даними впродовж 6 міс 2023 р. виявлено та офіційно зареєстровано 5834 випадки ВІЛ-інфекції (14,2 на 100 тис. населення) з найвищими показниками захворюваності у Дніпропетровській (46,6), Одеській (38,1), Миколаївській (21,9) та Київській (21,2) областях.

У 2022 р. за даними серомоніторингу офіційно було зареєстровано 3010 випадків СНІДу (на 27 % менше, ніж у 2021 р.), що становило 7,3 на 100 тис. населення. Загальний показник смертності від СНІДу в Україні знизився у 2022 р. до 3,1 на 100 тис. населення (3968 випадків смерті). Серед померлих 83 % осіб отримували антиретровірусну терапію. Питома вага статевого шляху передачі (переважно за рахунок гетеросексуальних контактів) і надалі перевищує парентеральний при введенні наркотиків і становить 68,3 % (у 2021 р. — 64,9 %). Станом на 01.07.2023 р. у закладах охорони здоров'я під медичним наглядом перебували 158 308 людей, які живуть із ВІЛ, що становить 386,1 на 100 тис. населення. За даними офіційної реєстрації найвищий рівень поширеності ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення зареєстрований в Одеській (1131,3), Дніпропетровській (963,0), Миколаївській (748,8), Київській (481,2), Чернігівській (433,1), Херсонській (429,8) областях та у м. Києві (642,1). Порівняно з аналогічним періодом 2022 р. диспансерна група в Україні збільшилась на 2 %. Найвищий приріст відбувся у Рівненській (+18 %) та Київській (+11 %) областях. Починаючи з 1996 р. в Україні зафіксовано концентровану стадію епідемії ВІЛ-інфекції за критеріями ВООЗ/ЮНЕЙДС. Враховуючи дані різних джерел щодо епідемічного процесу, порогові значення показників поширеності ВІЛ серед вагітних (≥ 1 %), результатів епіднагляду та міграційні процеси серед ВІЛ-інфікованих внаслідок війни, можна припустити, що в більшості регіонів України зберігається концентрована стадія епідемії. Слід враховувати відсутність актуальних даних про чисельність населення у регіонах України, що обмежує інтерпретацію інтенсивних показників здоров'я. Відбулись суттєві зміни у демографічних показниках країни внаслідок масового переміщення загального населення, зокрема ВІЛ-інфікованих, з південно-східних регіонів у більш безпечні місця проживання у центральних та західних регіонах країни, а також масова міграція населення країни за кордон (7 968 510 осіб станом на 10.01.2023 р. за даними UNHCR Regional Bureau for Europe).

Висновки. Подолання ВІЛ-інфекції як загрози суспільному здоров'ю є одним із головних завдань української системи охорони здоров'я. Україна натеper є однією з країн, де продовжує збільшуватись кількість випадків зараження ВІЛ та зберігається висока летальність внаслідок СНІДу. Це вказує на необхідність перегляду низки нормативних і методологічних документів на принципах доказової медицини та рекомендацій ВООЗ, адаптації їх до нинішніх надзвичайних ситуацій, розробки оперативних підходів і клінічних маршрутів, які забезпечуватимуть отримання ВІЛ-позитивними пацієнтами, вагітними та дітьми, народженими ВІЛ-позитивними жінками, своєчасних комплексних медичних послуг. Приведення національних стандартів у відповідність до кращих світових практик у сфері протидії ВІЛ-інфекції сприятиме підвищенню ефективності боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні.

Роль фонових чинників у розвитку токсико-алергійних дерматозів

Н.В. Іванюшко-Назарко, С.В. Вольбин, С.А. Туркевич, Т.І. Рудник, М.О. Дашко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Останніми роками дерматологи все частіше звертають увагу на проблему взаємозв'язку захворювань шкіри із вживанням лікарських препаратів.

Мета роботи — вивчити вплив різних фонових станів, які в подальшому провокували чи спричиняли виникнення шкірних проявів впливу токсико-алергійних дерматозів (ТАД).

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 64 хворих із ТАД, які проявлялися багатомформною ексудативною еритемою, синдромом Стівенса—Джонсона та токсичним епідермальним некролізом.

Результати та обговорення. У частини (44–62,8 %) хворих до розвитку ТАД було виявлено фонові стани. До таких ми віднесли харчову ідіосинкразію у 5 хворих, алергійні контактні дерматити — у 4, екзему, професійну алергізацію ксенобіотиками — у 6, у 40 — сенсibilізацію лікарськими речовинами, які вони приймали протягом тривалого часу з приводу супутньої патології (хронічний холецистит, хронічний гепатит, хронічний гастродуоденіт, хронічний аднексит, артеріальна гіпертензія, енцефаліт, васкуліт тощо). Звертає на себе увагу висока частота захворювань травного тракту і гепатобіліарної системи у 45 (64,2 %) хворих. Серед професій, що могли спровокувати розвиток ТАД, були перукар, провізор, маляр, фотограф, медична сестра, художник. В усіх цих випадках захворюванню передувало тривалий професійний контакт із ксенобіотиками (фотосенсibilізаторами, фарбами, харчовими барвниками, лікарськими препаратами), які відомі як алергени.

Шлях потрапляння лікарських речовин до організму був пероральний у 17 (27,4 %) хворих, внутрішньом'язовий — у 20 (32,6 %), інтраназальний — в 11 (17,7 %). У 14 (22,6 %) випадках лікарські засоби надходили до організму двома і більше шляхами (перорально і внутрішньом'язово).

Обтяжену особисту спадковість (харчова ідіосинкразія, кропив'янка, атопічний дерматит, екзема, мікози стоп) виявлено у 25 (35,7 %) хворих; сімейну (наявність бронхіальної астми, атопічного дерматиту, полінозу, кропив'янки у родичів) — у 16 (22,8 %).

Висновки. Лікувальна тактика хворих на токсико-алергійні дерматози має ґрунтуватись на урахуванні чинників, що призводять до розвитку цих станів.

Склероатрофічний ліхен

Т.О. Литинська, С.М. Раздайбедін

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Склероатрофічний ліхен — це хронічне запальне ураження шкіри та слизових оболонок, один з варіантів обмеженої склеродермії, найчастіше локалізується в аногенітальній ділянці та виявляється атрофією і рубцевою деформацією тканин. Це виснажливе захворювання супроводжується свербіжем, болям, дизурією та порушенням сечовипускання, диспареунією та значною сексуальною дисфункцією у жінок і чоловіків. Однією з характерних рис склероатрофічного ліхену є ураження аногенітальної зони.

На сьогодні спостерігають збільшення кількості хворих на склероатрофічний ліхен. Якщо раніше цю патологію виявляли переважно у жінок у постменопаузальний період, то на даний час її діагностують також у жінок репродуктивного віку та у дітей. Високий ризик злоякісності захворювання (50 %) робить цю проблему особливо значущою та спонукає до подальшого детального вивчення механізмів етіопатогенезу цього варіанта обмеженої склеродермії, а також до розробки адаптованих методів лікування.

Проблема склероатрофічного ліхену статевих органів нині не вирішена через відсутність стандартів лікування. Для профілактики атрофічних процесів багат шарового плоского епітелію геніталій та з метою запобігання рецидивуванню захворювання проводять тривалу місцеву терапію глюкокортикостероїдами. Однак за тривалого застосування потужні місцеві кортикостероїди спричиняють атрофію епітелію і посилюють вираженість цього захворювання.

Мета роботи — підвищити ефективність терапії хворих на склероатрофічний ліхен завдяки включенню в комплексну терапію топічного інгібітора кальциневрину.

Матеріали та методи. У період з 2019 до 2023 р. під нашим спостереженням перебували 24 хворих (10 чоловіків та 14 жінок) зі склероатрофічним ліхеном аногенітальної ділянки. Серед чоловіків віком від 34 до 62 років ураження локалізувалося на головці статевого члена у 4 (40 %), в ділянці вуздечки статевого члена — у 2 (20 %), крайньої плоти — у 4 (40 %). Серед жінок віком від 34 до 45 років ураження вульви було у 7 (50 %), клітора — у 3 (21,4 %), шкіри промежини — у 2 (14,3 %), періанальної ділянки — у 2 (14,3 %). Усіх хворих було обстежено з метою виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом. У 8 жінок та у 2 чоловіків виявлено вірус папіломи людини (ВПЛ) високого канцерогенного ризику, у 2 жінок та 1 чоловіка — одночасно ВПЛ 1-го та 2-го типів.

Результати та обговорення. Під час збору анамнезу було з'ясовано, що всі хворі вже як мінімум один раз зверталися по медичну допомогу. Після ретельного обстеження у чоловіків виявляли баланіт/баланопостит, у жінок — вульвіт/вульвовагініт. Лікування включало призначення антибіотиків, системних та місцевих антимікотичних засобів, а також проведення місцевої терапії із включенням глюкокортикостероїдів (бетаметазону дипропіонат + гентаміцину сульфат + клотримазол).

Після встановлення діагнозу склероатрофічного ліхену всім хворим було проведено курс лікування: бензилпеніцилін по 500 000 ОД в/м 4 рази на добу протягом 10 днів, пентоксифілін по 100 мг 3 рази на день протягом 1 міс, лідаза 64 ОД в/м в 1 мл 0,9 % розчину натрію хлориду через день (10 ін'єкцій). На уражені ділянки один раз на день наносили топічний інгібітор кальциневрину (крем пімекролімус 1 %) протягом 3 міс.

Через 1,5–2 міс від початку лікування значний позитивний ефект відзначено у 66,7 % (9 жінок та 7 чоловіків), поліпшення стану — у 33,3 % (5 жінок та 3 чоловіків) пацієнтів. Після закінчення курсу терапії значний позитивний результат досягнуто у 87,5 % (9 чоловіків та 12 жінок) обстежених. Поліпшення стану констатовано у 12,5 % (1 чоловік та 2 жінки), яким продовжили місцеве лікування кремом пімекролімус 1 % ще на 1 міс до

досягнення значного позитивного результату. Під час подальшого спостереження протягом двох років у 4 (16,7 %) осіб відзначено загострення захворювання в період від 6 до 8 міс після закінчення лікування. Загострення було куповано призначенням двомісячного курсу місцевого застосування крему пімекролімус 1 %.

Висновки. Склероатрофічний ліхен є важливою медико-соціальною проблемою сучасної дерматології, що обумовлено збільшенням числа хворих з цією патологією, остаточно невизначеними причинами виникнення та механізмами розвитку дерматозу, рецидивним характером клінічного перебігу, а також рефрактерністю до існуючих методів лікування.

Включення топічного інгібітора кальциневрину до комплексного лікування хворих на склероатрофічний ліхен сприяє підвищенню ефективності лікування та зниженню частоти рецидивів захворювання.

Сучасні підходи до терапії хворих на вітиліго

Т.О. Литинська, С.М. Раздайбедін

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Актуальність та медико-соціальне значення вітиліго обумовлені перманентним зростанням рівня захворюваності, його тривалим рецидивним перебігом, суттєвими психоемоційними порушеннями у хворих та відсутністю ефективних методів лікування.

Натепер через невизначеність етіології та патогенезу лікування хворих на вітиліго характеризується значною різноманітністю та різноспрямованістю, проте нерідко є малоефективним чи ефективним на короткий час.

Останнім часом у низці робіт було доведено ефективність фототерапії у лікуванні пацієнтів із деякими хронічними дерматозами. Особливе місце серед різних методів світлолікування посідає вузькосмугова фототерапія з довжиною хвилі 311 нм (Narrowband/NB UVB-therapy), яка характеризується обмеженою глибиною проникнення в шкіру (епідерміс і сосочковий шар дерми) та впливом переважно на клітини Лангерганса і Т-лімфоцити.

Мета роботи – вивчити ефективність та безпеку вузькосмугової фототерапії (UVB-спектр) з довжиною хвилі 311 нм у поєднанні з топічними інгібіторами кальциневрину в лікуванні хворих на вітиліго.

Матеріали та методи. На кафедрі дерматології та венерології з курсом косметології НМУ імені О.О. Богомольця було обстежено і проліковано 31 хворого віком від 17 до 48 років з різними клінічними формами вітиліго. Жінок було 17 (54,8 %), чоловіків – 14 (45,2 %), термін захворювання становив від 6 міс до 25 років. У 15 (48,4 %) пацієнтів дебют захворювання відбувся у дитячому чи підлітковому віці. Вітиліго серед родичів виявлено в 11 (35,5 %) пацієнтів. На думку 9 (29 %) обстежених, провокуючим фактором захворювання став стрес.

Пацієнтам було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження, яке включало: загальноклінічні аналізи, біохімічне дослідження крові, консультації суміжних фахівців.

Ефективність терапії оцінювали на підставі результатів лікування пацієнтів, яких розділили на дві клінічні групи. Хворим основної групи (21 пацієнт) було призначено комбіноване лікування з використанням NB UVB-therapy з довжиною хвилі 311 нм у поєднанні з топічними інгібіторами кальциневрину, що чинять протизапальний ефект та мають імуномодулювальні властивості. Опромінення осередків ураження проводили 2–3 рази на тиждень починаючи з дози 0,05 Дж/см². Під час кожного наступного сеансу дозу опромінення повільно збільшували. Пацієнти групи порівняння отримували традиційну терапію (топічні глюкокортикостероїди).

Для фототерапії використовували фототерапевтичний апарат Dermalight 3000 (компанія Dr. K. Hönle Medizintechnik GmbH, Німеччина).

Результати та обговорення. Обстежено і проліковано 31 хворого з різними клінічними формами вітиліго. У всіх з них діагностовано несегментарну форму захворювання (вогнищеву або фокальну, акроцефальну, генералізовану). Генералізовану форму зареєстровано найчастіше – у 22 (71 %) пацієнтів. Колір вогнищ варіював від молочно-білого до кольору слонов'ячої кістки. Скарг на суб'єктивні відчуття у вогнищах ураження у хворих не було.

Результати лікування 21 хворого основної групи: повну репігментацію спостерігали у 6 (28,6 %), часткову – в 11 (52,4 %), помірну – у 4 (19,1 %). У 2 (9,5 %) осіб через кілька годин після процедури виникла незначна еритема, яка зникла після застосування емолієнтів та не вимагала переривання лікування. Всі пацієнти перенесли лікування без ускладнень, побічних реакцій та небажаних ефектів не зареєстровано.

У групі порівняння помірну репігментацію спостерігали у 4 (40 %), відсутність ефекту відзначено у 6 (60 %) обстежених.

Отже, наше дослідження підтверджує ефективність та безпеку застосування комбінації вузькосмугової фототерапії з довжиною хвилі 311 нм та топічних інгібіторів кальциневрину в лікуванні хворих на вітиліго.

Висновки. Вітиліго є важливою медико-соціальною проблемою сучасної дерматології, що обумовлено значною поширеністю цього дерматозу, остаточно невизначеними причинами виникнення та механізмами його розвитку, рецидивним характером клінічного перебігу, а також рефрактерністю до існуючих методів лікування. Вузькосмугова фототерапія з довжиною хвилі 311 нм у поєднанні з топічними інгібіторами кальциневрину є ефективним та безпечним методом лікування хворих на вітиліго.

Метаболічний потенціал лейкоцитарної та тромбоцитарної субпопуляцій клітин периферичної крові та його корекція у пацієнтів із вугровою хворобою

С.Г. Свирид, П.В. Бардов, О.П. Шевченко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Значна поширеність і розгалуженість патогенетичних механізмів, поліморфізм клінічних виявів, хронічний рецидивний перебіг, відсутність уніфікованого терапевтичного підходу обумовлюють актуальність подальшого вивчення вугрової хвороби. Визнано недостатню увагу до визначення стану неспецифічної резистентності у таких пацієнтів, зокрема метаболічної активності клітин периферичної крові, котрі її реалізують. Наявні поодинокі дослідження, присвячені визначенню лише екстенсивних показників фагоцитозу. Так, оцінено функціональні можливості нейтрофілів за допомогою вивчення фагоцитарних числа та індексу, спонтанного та індукованого НСТ-тестування. Але інтерпретація отриманих результатів носить узагальнюючий і досить суперечливий характер, що створює певну обмеженість стосовно критеріїв вибору засобів коригувального впливу. Попри загально визнану доцільність проведення PRP-терапії при вугровій хворобі, залишаються нез'ясованими особливості її гендерно-вікової ефективності та недостатньо вивчено можливості комбінованого застосування з іншими засобами.

Мета роботи — підвищити ефективність лікування пацієнтів із вугровою хворобою з урахуванням особливостей метаболічної активності лейкоцитів і тромбоцитів периферичної крові завдяки проведенню патогенетичної терапії.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 66 пацієнтів із вугровою хворобою (39 жінок і 27 чоловіків) віком від 18 до 40 років. Тривалість захворювання коливалась від 6 міс до 14 років. У 42 (63,6 %) пацієнтів діагностовано легкий ступінь тяжкості дерматозу, у 24 (36,4 %) — середній. У більшості хворих патологічний процес охоплював дві або три топографічні ділянки, тобто мав тенденцію до поширення. Відсутність хворих із більш тяжкими формами дерматозу обумовлена можливістю не призначати системні ретиноїди особам, які перебували під спостереженням.

Цитохімічні дослідження проведені у 66 хворих (у 42 — з легким і у 24 — із середнім ступенем тяжкості дерматозу). До групи контролю включено 20 здорових осіб. Визначали вміст фосфоліпідів і глікогену в нейтрофілах, моноцитах і тромбоцитах периферичної крові шляхом підрахунку середнього цитохімічного коефіцієнта (СЦК). Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проводили з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Excel та STATISTICA 6.0 StatSoft Ync. Результати оцінювали у вигляді середніх значень показників (M) і стандартної похибки (m). Для оцінки вірогідності різниці значень показників використовували t -критерій Стьюдента. Різницю вважали вірогідною за $p < 0,05$. Для оцінки характеру зв'язків між показниками обчислювали коефіцієнт кореляції (r).

Отже, у пацієнтів, які перебували під спостереженням, були різні клінічні прояви вугрової хвороби. Вибрана для дослідження група хворих відповідала загальноприйнятним вимогам, поставлений меті та задачам. Розподіл пацієнтів за статтю, віком, клінічним перебігом дерматозу здійснено з урахуванням популяційних особливостей вугрової хвороби.

Результати та обговорення. У пацієнтів з вугровою хворобою вірогідно знижений рівень фосфоліпідів у нейтрофілах периферичної крові, істотніше за середнього ступеня тяжкості патологічного процесу — СЦК $1,70 \pm 0,10$ (в осіб групи контролю — $2,34 \pm 0,07$; $p < 0,05$). Також у цих клітинах був пригнічений вміст глікогену — СЦК $1,72 \pm 0,12$ (в осіб групи контролю — $2,31 \pm 0,08$; $p < 0,05$). Отримані дані свідчать про порушення структурної цілісності та пригнічення енергетичного потенціалу гранулоцитів.

Вміст фосфоліпідів у моноцитах периферичної крові також вірогідно знижувався, істотніше за середнього ступеня тяжкості вугрової хвороби — СЦК $0,83 \pm 0,04$ (в осіб групи контролю — $1,19 \pm 0,06$; $p < 0,05$). Однак вектор змін рівня глікогену в цих клітинах мав протилежну спрямованість. Вміст метаболіту, навпаки, вірогідно зростав — СЦК $1,14 \pm 0,05$ (в осіб групи контролю — $0,70 \pm 0,03$; $p < 0,05$) за середнього ступеня тяжкості дерматозу.

Проведений аналіз змін метаболічної активності лейкоцитарних субпопуляцій довів високий рівень асоційованості порушень структурної цілісності нейтрофілів і моноцитів периферичної крові, сягаючи $r_1 = +0,85$ за легкого ступеня тяжкості вугрової хвороби та $r_2 = +0,84$ — за середнього. Процес супроводжується дисбалансом енергетичного потенціалу цих клітин. Інтенсивна втрата глікогену нейтрофілами частково компенсується зростанням вмісту біополімера в моноцитах. Такий перерозподіл відображає певну лабільність метаболічної активності лейкоцитарних субпопуляцій.

Водночас слід відзначити збереження структурної цілісності та енергетичної спроможності тромбоцитів. Відмічено лише перерозподіл кількості гемоелементів з різною насиченістю фосфоліпідами та глікогеном, що свідчить про інтактність метаболічної активності тромбоцитів периферичної крові при вугровій хворобі.

Отримані результати спонукали нас до ад'ювантного застосування автоплазми, збагаченої тромбоцитами, котра має широкий спектр модульовального впливу. З метою уточнення ступеня та спрямованості її коригу-

вальної дії на механізми розвитку і клінічний перебіг вугрової хвороби проаналізовано доцільність призначення цього засобу. Була виділена група порівняння, в яку включено 26 пацієнтів (15 — з легким і 11 — із середнім ступенем тяжкості дерматозу), яким проводили лише базову стандартизовану терапію. У пацієнтів з легким ступенем тяжкості дерматозу вона полягала у топічному застосуванні 0,1 % адапалену у формі водного гелю («Дерива») один раз на день (увечері) протягом 5–7 тиж. Системну терапію не призначали. Місцеве лікування хворих із середнім ступенем тяжкості дерматозу полягало у застосуванні 0,1 % адапалену та 10 мг кліндаміцину фосфату у формі водного гелю («Дерива С») один раз на день (увечері) протягом 1 міс. Потім переходили на одноразове на добу змащування 0,1 % адапаленом («Дерива») впродовж 4–6 тиж. Як системний засіб цим пацієнтам призначали доксицикліну моногідрат («Юнідокс Солотаб») по 100 мг двічі на день протягом 14–20 днів з паралельним прийомом пробіотиків і антикандидозних засобів. Встановлено, що у цих хворих рівні фосфоліпідів і глікогену в нейтрофілах та моноцитах вірогідно не змінювались, залишаючись поза межами референтних значень. Метаболічна активність тромбоцитів була інтактною.

Отже, стандартизована терапія пацієнтів із вугровою хворобою не має цілеспрямованого коригувального впливу на метаболічну активність клітин периферичної крові.

Клінічну ефективність проведеної терапії оцінювали за найближчими (після закінчення лікування) і віддаленими (спостереження протягом до 2 років) результатами. Перші верифікували за такими критеріями: «погіршення» (поява нових численних комедонів, папул, як поверхневих, так і глибоких пустул, вузлів), «без змін» (відсутність істотної динаміки клінічної картини порівняно зі станом перед початком терапії), «поліпшення» (неповний регрес клінічних проявів, можлива поява нових поодиноких комедонів, папул і поверхневих пустул), «клінічна ремісія» (відсутність нових елементів висипу та повний регрес за винятком вторинних гіперпігментованих плям і рубців, наявних до початку лікування ефлоресценцій).

У групі порівняння «погіршення» не було ідентифіковано в жодному випадку. Стан «без змін» за легкого ступеня тяжкості вугрової хвороби був у 3 (20,0 %), «поліпшення» — у 8 (53,3 %), а «клінічна ремісія» — у 4 (26,7 %) хворих. За середнього ступеня зазначені результати отримано відповідно у 4 (36,3 %), 5 (45,6 %) та 2 (18,1 %) пацієнтів. Звертають на себе увагу і не досить оптимістичні результати віддаленого спостереження. Зокрема, загострення або рецидиви патологічного процесу зафіксовано у 13 (86,7 %) хворих із легким і у 10 (90,9 %) — із середнім ступенем тяжкості дерматозу. Крім того, ці несприятливі явища виникали у переважної більшості хворих протягом першого року після лікування, що свідчить про його нестабільну спроможність.

Тому, враховуючи такі досить невтішні результати терапії пацієнтів групи порівняння, хворим основної групи ми призначали одночасно зі стандартизованими засобами автоплазму, збагачену тромбоцитами. Цю базову групу утворили 40 пацієнтів із вугровою хворобою (27 — з легким і 13 — із середнім ступенем тяжкості дерматозу). Для отримання автоплазми, збагаченої тромбоцитами, 20 мл венозної крові центрифугували за 3200 об./хв протягом 5 хв. У процесі обертання кров розподілялась на дві основні фракції: еритроцитарно-лейкоцитарний згусток і плазму, яка містила тромбоцити. Потім шприцем забирали супернатант-тромбоцитарну автологічну плазму, котра перебувала у верхній частині пробірки над розподільчим гелем. Її вводили перифокально внутрішньошкірно з розрахунку 0,1 мл на 1 см² поверхні шкіри. Кількість ін'єкцій і процедур залежала від клінічного перебігу вугрової хвороби. За легкого ступеня тяжкості дерматозу проводили від 16 до 34 інтракутанних уведень за один сеанс, за середнього — від 36 до 54. Кількість процедур коливалась відповідно від 5 до 7 та від 6 до 9. Сеанси проводили кожних 7–9 днів.

Встановлено, що PRP-терапія справляє істотний коригувальний вплив на метаболічну активність лейкоцитів периферичної крові. Зокрема, за легкого ступеня вугрової хвороби СЦК фосфоліпідів у нейтрофілах вірогідно зростав, сягаючи фізіологічних коливань — $2,25 \pm 0,09$ (до лікування — $1,84 \pm 0,06$; $p < 0,05$; в осіб групи контролю — $2,34 \pm 0,07$; $p > 0,05$). За середнього ступеня показник, незважаючи на статистично достовірну корекцію, залишався, однак, поза референтним діапазоном — СЦК $1,98 \pm 0,05$ (до лікування — $1,70 \pm 0,10$; $p < 0,05$; в осіб групи контролю — $2,34 \pm 0,07$; $p < 0,05$). СЦК глікогену в нейтрофілах, незалежно від клінічного перебігу дерматозу, зростав до амплітуди фізіологічних коливань, сягаючи за легкого ступеня $2,37 \pm 0,07$ (до лікування — $2,05 \pm 0,05$; $p < 0,05$; в осіб групи контролю — $2,31 \pm 0,08$; $p > 0,05$), а за середнього — $2,20 \pm 0,10$ (до лікування — $1,72 \pm 0,12$; $p < 0,05$; за тих самих контрольних значень $p > 0,05$). Доведено також вагомий модульовальний вплив PRP-терапії на метаболічну активність моноцитів. Так, вміст фосфоліпідів у цих клітинах за легкого ступеня вірогідно зростав, сягаючи значень СЦК в осіб групи контролю $1,21 \pm 0,06$ (до лікування — $0,94 \pm 0,07$; $p < 0,05$; в осіб групи контролю — $1,19 \pm 0,06$; $p > 0,05$). Дещо уповільнювався цей процес за середнього ступеня, оскільки, незважаючи на вірогідну тенденцію до зростання рівня метаболіту, він залишався поза діапазоном фізіологічних коливань — СЦК $0,99 \pm 0,05$ (до лікування — $0,83 \pm 0,04$; $p < 0,05$; в осіб групи контролю — $1,19 \pm 0,06$; $p < 0,05$). СЦК глікогену, незалежно від клінічного перебігу дерматозу, вірогідно знижувався до контрольних значень. За легкого ступеня СЦК сягав $0,69 \pm 0,04$ (до лікування — $0,97 \pm 0,06$; $p < 0,05$; в осіб групи контролю — $0,70 \pm 0,03$; $p > 0,05$), а за середнього — $0,73 \pm 0,09$ (до лікування — $1,14 \pm 0,05$; $p < 0,05$; за тих самих контрольних значень; $p > 0,05$). СЦК фосфоліпідів і СЦК глікогену в тромбоцитах вірогідно не змінювались ($p > 0,05$), залишаючись у межах референтних значень ($p > 0,05$). Аналіз клінічної ефективності довів досягнення у хворих основної групи значно кращих, ніж в осіб групи контролю, як найближчих, так і віддалених результатів. Зокрема, стани «погіршення» та «без змін» не були зафіксовані в жодному випадку спостереження, а «поліпшення» та «клінічна ремісія» констатовані відповідно у 5 (18,5 %) і у 22 (81,5 %) пацієнтів із легким ступенем тяжкості дерматозу та у 2 (15,4 %) і в 11 (84,6 %) — із середнім. Загострення або рецидиви вугрової хвороби зареєстровані у 12 (44,4 %) осіб з легким і у 7 (53,8 %) — із серед-

нім ступенем. Слід також відмітити, що у переважній більшості цих пацієнтів зазначені несприятливі явища виникали не раніше, ніж через рік після закінчення лікування, а їхня вираженість була значно меншою за аналогічні прояви в осіб групи контролю. Це служить обґрунтуванням доцільності застосування автоплазми, збагаченої тромбоцитами, як засобу протирецидивної терапії, який слід призначати через 11–12 міс після закінчення базової санації.

Отже, диференційоване використання автоплазми, збагаченої тромбоцитами, значно підвищує ефективність стандартизованого лікування пацієнтів із вугровою хворобою завдяки різновекторному впливу на метаболічну активність клітин периферичної крові, інтенсивність запального процесу та клінічний перебіг дерматозу.

Висновки. У пацієнтів із вугровою хворобою спостерігаються різновекторні зміни метаболічної активності нейтрофілів і моноцитів периферичної крові, які проявляються зниженням рівня фосфоліпідів в обох клітинних субпопуляціях, що асоціюється з глікогеновим дисбалансом. Метаболічна активність тромбоцитарного пулу периферичної крові при вугровій хворобі залишається інтактною, але відбувається перерозподіл кількості гемоелементів з різною насиченістю фосфоліпідами та глікогеном.

Проведення комплексної терапії пацієнтам із вугровою хворобою дає змогу суттєво покращити як найближчі, так і віддалені результати лікування за рахунок істотної корекції метаболічної активності лейкоцитів периферичної крові.

Неспецифічна терапія пацієнтів із вугровою хворобою з урахуванням розладів метаболічної активності лейкоцитів периферичної крові

С.Г. Свирид, Р.Л. Степаненко, Т.С. Коновалова, К.В. Коляденко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Серед основних патогенетичних чинників вугрової хвороби виділяють андрогенобумовлену гіперпродукцію шкірного сала; зростання активності ферменту 5 α -редуктази; підвищену чутливість андрогенних рецепторів на поверхні сальних залоз; порушення диференціювання та гіперпроліферацію фолікулярних кератиноцитів, які призводять до фолікулярного гіперкератозу та подальшого формування комедонів; колонізацію сально-волосяних фолікулів *Propionibacterium acnes* і *Propionibacterium granulosum*; розвиток та поширення запалення.

Мета роботи — підвищити ефективність лікування пацієнтів із вугровою хворобою з урахуванням особливостей метаболічної активності лейкоцитів і тромбоцитів периферичної крові завдяки проведенню неспецифічної терапії.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 112 пацієнтів із вугровою хворобою (65 жінок і 47 чоловіків) віком від 16 до 39 років. Тривалість захворювання коливалась від 6 міс до 18 років. У 67 (59,8 %) пацієнтів діагностовано легкий ступінь тяжкості дерматозу, у 45 (40,2 %) — середній.

У 89 хворих (у 48 — з легким і у 41 — із середнім ступенем тяжкості дерматозу) визначено вміст фосфоліпідів і глікогену в нейтрофілах, моноцитах і тромбоцитах периферичної крові.

Результати та обговорення. У пацієнтів із вугровою хворобою вірогідно знижений рівень фосфоліпідів і глікогену в нейтрофілах периферичної крові, більш виражений за середнього ступеня тяжкості патологічного процесу.

Отримані дані свідчать про порушення структурної цілісності та пригнічення енергетичного потенціалу гранулоцитів.

Вміст фосфоліпідів у моноцитах периферичної крові був також вірогідно знижений, істотніше за середнього ступеня тяжкості вугрової хвороби. Однак вектор змін рівня глікогену в цих клітинах мав протилежну спрямованість. Слід зазначити, що метаболічна активність тромбоцитів залишалась інтактною.

Отримані результати спонукали нас до ад'ювантного застосування автоплазми, збагаченої тромбоцитами, що має широкий спектр модулювального впливу.

Висновки. У пацієнтів із вугровою хворобою спостерігають різновекторні зміни метаболічної активності моноцитів периферичної крові, які проявляються зниженням рівня фосфоліпідів, поєднаного зі зростанням вмісту глікогену, що свідчить про розвиток внутрішньоклітинного дисбалансу.

Метаболічна активність тромбоцитарного пулу периферичної крові у пацієнтів із вугровою хворобою залишається інтактною, але відбувається перерозподіл кількості гемоелементів з різною насиченістю фосфоліпідами та глікогеном.

Проведення комплексної терапії пацієнтам із вугровою хворобою дає змогу суттєво покращити як найближчі, так і віддалені результати лікування за рахунок істотної корекції метаболічної активності лейкоцитів периферичної крові.

Сучасний погляд на лікування деяких стероїдочутливих дерматозів

В.І. Степаненко, С.В. Іванов, Р.А. Степаненко, Т.С. Коновалова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Оптимізація зовнішньої терапії тяжких хронічних дерматозів, диференційований та адекватний підхід до вибору топічного кортикостероїдного препарату (ТКСП), раціональний лікувальний догляд за шкірою спрямовані на зниження активності імунного запалення в шкірі, відновлення водно-ліпідного захисного шару, попередження та мінімізацію частоти рецидивів, а також забезпечення тривалого контролю над захворюванням. Активні наукові дослідження останнім часом зосереджено на пошуках сильнодіючих стероїдів із поліпшеним коефіцієнтом ефективності/безпеки. За умови раціонального лікування вплив ТКСП зрідка супроводжується виникненням ускладнень. Для зниження ризику застосовують сучасні технології аплікації:

- методики «step-up» і «step-down», як при бронхіальній астмі;
- тандем-терапію — нанесення спершу стероїдного препарату, потім — індиферентної мазі (у разі значної площі ураження) один раз на добу;
- ступінчасте лікування — нанесення препарату по черзі на різні ділянки (доцільне у разі тривалого застосування або значної площі ураження);
- штриховий метод — використовують у маленьких дітей з наявністю великих ділянок ураження.

Подальший науковий пошук спрямовано на посилення дії місцевих кортикостероїдів шляхом модифікації базової молекули в процесі етерифікації, алкізації, дегідрогенізації і галогенізації (включення в молекули стероїду фтору і/або хлору). Наразі в Україні зареєстровано ТКСП найсильнішої потужності — клобетазолу пропіонат (високоактивні кортикостероїди четвертої групи).

Мета роботи — провести клінічне дослідження з метою вивчення терапевтичної ефективності та безпеки крему клобетазолу пропіонату (крем «ДериЛайф») у пацієнтів з тяжкими хронічними запальними дерматозами.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням та на лікуванні перебували 96 хворих віком від 5 до 64 років (45 жінок й 51 чоловік). Їх було розділено на групи відповідно до нозологічних форм: псоріаз — 23, atopічний дерматит — 26, екзема — 29, червоний плесканий лишай — 18 пацієнтів. Серед обстежених було 22 дітей віком до 14 років.

У 62 (64,6 %) хворих виявлено супутню патологію: хронічний риніт, назофарингіт, гастрит, холецистит, дисбактеріоз кишечника, нейроциркуляторну дистонію, остеохондроз хребта; у жінок — мастопатію, ерозію шийки матки.

Серед тригерних факторів, що передбачувало спричиняли загострення патологічного процесу на шкірі, можна вказати вплив подразників безпосередньо на шкіру, стресові ситуації, порушення дієти, аборт, період вагітності.

Усі пацієнти раніше вживали антигістамінні, гіпосенсибілізувальні, протизапальні, ферментні препарати, а також інші симптоматичні засоби. Про застосування кортикостероїдних мазей в анамнезі повідомили 92 (96 %) хворих.

Пацієнтам було проведено комплексне обстеження до і після лікування згідно із загальноприйнятими методиками.

Крем «ДериЛайф» призначали у вигляді монотерапії або включали до традиційного комплексного лікування. Препарат наносили тонким шаром на уражені ділянки шкіри 1–2 рази на добу.

Оцінка клінічної ефективності крему «ДериЛайф» передбачала контроль динаміки як суб'єктивних (зниження інтенсивності та зникнення шкірного свербіжу або печіння, поліпшення сну та загального стану), так і об'єктивних симптомів (зменшення гіперемії, інфільтрації, запалення, набряку, ліхеніфікації, лущення, екскоріації).

Залежно від досягнутого клінічного ефекту тривалість терапії становила від 14 до 28 днів. Клінічні результати лікування хворих оцінювали за такими критеріями: клінічне одужання/ремісія — повне зникнення суб'єктивних та елімінація об'єктивних висипань; значне поліпшення — зменшення кількості висипань на 60–80 %; клінічне поліпшення — зменшення висипань більше ніж на 50 %.

Результати та обговорення. Група хворих із псоріазом складалася із 15 чоловіків та 8 жінок віком від 7 до 65 років з тривалістю захворювання 2–14 років. У 14 пацієнтів був вульгарний псоріаз, у 6 — ексудативний, у 3 — долонно-підшовний. Також у 17 були наявні вогнища різного розміру на волосистій частині голови. На 14-й день терапії у 13 (56,5 %) обстежених зареєстровано перехід хвороби у стадію субклінічної ремісії, у 6 (26,1 %) — значне поліпшення, у 4 (17,4 %) — поліпшення клінічної картини захворювання. Через 28 днів клінічного одужання досягнуто у 20 (86,9 %) пацієнтів.

У групі atopічного дерматиту було 12 чоловіків та 14 жінок, причому в 16 осіб atopічний дерматит виник на 1-му році життя. Хворих непокоїв свербіж. У 23 пацієнтів патологічні зміни шкіри були в ліктьових і підколінних згинах, у 17 — на шкірі дистальних відділів верхніх кінцівок. У 15 хворих у патологічний процес була залучена дифузно змінена шкіра задньої й бічної поверхні шиї, а також верхньої частини грудей. На 12–14-й день ці явища практично повністю зникли у 18 (69,2 %) хворих, тобто у них настало клінічне одужання. Значне поліпшення визначене у 6 (23,1 %) пацієнтів. У 2 (7,7 %) хворих повільніше регресували давні вогнища інфільтрації, до 20–24-го дня лікування вони зберігалися на ділянках ліктьових і колінних згинів.

До групи хронічної екземи було включено 29 пацієнтів (14 чоловіків і 15 жінок) із давністю хвороби від 1 до 15 років. Патологічний процес був представлений висипаннями, які локалізувалися переважно на верхніх і нижніх кінцівках та тулубі (еритема різної локалізації з явищами слабкої везикуляції й мокнуття). Також визначено обмежені вогнища ураження: у 17 пацієнтів — переважно еритемо-ексудативні елементи, у 12 — вогнища із сухістю, інфільтрацією, лусочками, кірками, болісними тріщинами; у 8 хворих процес був поширеним.

У групі дисемінованої екземи на 12–14-й день терапії шкірний процес регресував у 17 (58,6 %) хворих, значне поліпшення відзначено у 8 (27,6 %), поліпшення — у 4 (13,8 %). Через 23–27 днів клінічне одужання настало у 26 (89,7 %) хворих.

Групу червоного плескатоного лишая (ЧПЛ) склали 10 чоловіків і 8 жінок віком від 18 до 45 років із тривалістю хвороби 2–14 років. Пацієнтам було встановлено діагноз ЧПЛ у період загострення відповідно до прийнятих критеріїв. Завдяки включенню до комплексної терапії хворих на ЧПЛ крему «ДериЛайф» шкірний свербіж зник та відзначено поліпшення загального стану на 13–15-й день від початку лікування. Елімінація ефлоресценцій у ці терміни відбулася у 14 (77,8 %) хворих. На 21-й день лікування настання клінічної ремісії підтверджено у всіх пацієнтів.

Висновки. Доведено, що крем клобетазолу пропіонат (крем «ДериЛайф») виявляє потужну протизапальну дію, має низьку системну біодоступність і високу терапевтичну ефективність, характеризується мінімальними місцевими та системними побічними явищами. Високий комплаєнс препарату в поєднанні з оптимальним співвідношенням показників швидка ефективність/безпека, а також чудовими кінцевими результатами лікування дає підставу рекомендувати крем «ДериЛайф» хворим із «кортикочутливими» дерматозами.

Вплив порушень вуглеводного обміну на ефективність терапії хворих на псоріаз інгібітором фактора некрозу пухлини-альфа (адалімумаб)

К.С. Ткачишина, Р.А. Степаненко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Псоріаз — це комплексне імуноопосередковане захворювання шкіри, асоційоване з кількома супутніми патологіями, зокрема із метаболічним синдромом (ожиріння, артеріальна гіпертензія, порушена толерантність до глюкози, гіперліпідемія). Останній є одним із найпоширеніших і важливих, оскільки може спричинювати поступове зниження ефективності імунобіологічних препаратів, які призначають для лікування хворих на псоріаз. Нещодавній метааналіз 13 когортних досліджень, зроблений Mourad та співавт., продемонстрував, що жіноча стать і ожиріння є критеріями більш раннього припинення біологічного лікування. Водночас чітких даних щодо впливу порушень вуглеводного обміну на ефективність лікування в літературі поки недостатньо.

Мета роботи — дослідити вплив порушень вуглеводного обміну на ефективність лікування пацієнтів із бляшковим псоріазом тяжкого ступеня за допомогою інгібітора фактора некрозу пухлини-альфа (адалімумаб).

Матеріали та методи. У період із серпня 2020 р. по листопад 2021 р. на клінічній базі кафедри дерматології та венерології з курсом косметології НМУ імені О.О. Богомольця проходили лікування 32 пацієнти із тяжким перебігом бляшкового псоріазу — загальний показник індексу тяжкості та площини псоріазу (PASI) > 12. Терапію проводили за допомогою ін'єкцій адалімумабу в першій початковій дозі 80 мг з подальшою підтримувальною терапією в дозі 40 мг підшкірно один раз на 2 тиж протягом 12 тиж. Імунобіологічну терапію пацієнтам призначали вперше. Критерієм ефективності лікування вважали поліпшення стану шкіри на 75 % за шкалою PASI порівняно з початковим значенням. Відповідно до показників вуглеводного обміну обстежених розділили на дві групи: перша група включала 16 пацієнтів із цукровим діабетом та порушенням толерантності до глюкози, друга — 16 пацієнтів без порушень вуглеводного обміну. Групи були співставні за основними показниками: середній вік — 52 роки (QI та QIII — 44 та 60 років відповідно) і (44,88 ± 6,62) року (X ± SD), гендерний розподіл — 14 чоловіків, 2 жінки і 14 чоловіків, 2 жінки, ІМТ — 33,69 ± 5,18 і 33,89 ± 4,62, PASI — 31,05 (QI та QIII — 30,6 та 39,6 відповідно) і 33,75 (QI та QIII — 31,5 і 44,1 відповідно), тривалість захворювання на псоріаз — 12 років (QI та QIII — 5,5 та 18,5 року відповідно) і 14 років (QI та QIII — 8,5 та 29 років відповідно) у першій та другій групі відповідно. Діагноз цукрового діабету встановлювали за двома визначеннями рівня глюкози натще у венозній крові (вище 7 ммоль/л) та за наявністю глюкози в сечі. Порушення толерантності до глюкози зазначали за рівня глюкози у венозній крові натще вище 5,5 ммоль/л, але нижче 7 ммоль/л. У першій групі діагноз цукрового діабету було вперше встановлено 6 пацієнтам, порушення толерантності до глюкози — 10. Статистична обробка отриманих даних включала розрахунок відношення шансів (ВШ) на відповідь імунобіологічної терапії; розраховано 95 % довірчий інтервал (ДІ).

Результати та обговорення. Середній рівень глюкози в крові у пацієнтів першої групи становив (6,78 ± 1,24) ммоль/л, другої — (4,29 ± 0,59) ммоль/л (p < 0,01). Після лікування у 37,5 % пацієнтів першої групи було досягнуто 75 % поліпшення стану шкіри за шкалою PASI. У другій групі цей показник становив 87,5 %. Середній ВШ дорівнював 5,00 (95 % ДІ 1,30–19,30), що свідчить про достовірно більшу кількість хворих, які не відповідають на терапію адалімумабом у групі з порушенням вуглеводного обміну, порівняно з пацієнтами без таких порушень.

Висновки. Порушення вуглеводного обміну є потенційно вагомим чинником, вплив якого може зумовлювати зниження ефективності лікування пацієнтів із бляшковим псоріазом тяжкого ступеня за допомогою інгібітора фактора некрозу пухлини-альфа (адалімумаб). Доцільними є подальші поглиблені дослідження у відповідному напрямку.

Лікування кільцеподібної гранульоми суспензією бетаметазону та фізіотерапевтичними методами

Т.І. Труніна, М.О. Овдій

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Кільцеподібна гранульома — це доброякісна, безсимптомна, обмежена папульозна висипка, що виникає у пацієнтів різного віку. Найпоширенішою формою є локалізована кільцеподібна гранульома, яка характеризується наявністю невеликих червоних, рожевих або кольору нормальної шкіри папул (бляшок) щільної консистенції у вигляді кілець, які доволі глибоко залягають в дермі, іноді нагадуючи келоїд. Форма їх напівшароподібна з чіткими межами. В більшості випадків розміри вогнищ ураження досягають 1–5 см. Етіологія та патогенез кільцеподібної гранульоми невідомі, але є повідомлення про її асоціацію з травмами, злоякісними захворюваннями, вірусними інфекціями (включаючи ВІЛ, вірус Епштейна—Барр та оперізувальний герпес), укусами комах і туберкульозом шкіри. Висуваються гіпотези про реакцію гіперчутливості уповільненого типу та клітинноопосередковану імунну відповідь. За результатами гістологічного дослідження ураженої шкіри визначають ознаки гранулематозного запалення і некрозу. Кільцеподібна гранульома відома також як некробіотичний папулез. Існують дві найпоширеніші форми кільцеподібної гранульоми: локалізована, яка зазвичай локалізується на бічних або тильних поверхнях верхніх і нижніх кінцівок, і поширена (дисемінована). Найчастіше уражаються ділянки шкіри верхніх та нижніх кінцівок (тильна поверхня стопи, кисті та пальці, рідше — обличчя). Окрім локалізованої розрізняють чотири менш поширені форми: генералізовану, або дисеміновану, лінійну, перфоративну та підшкірну. Кільцеподібну гранульому найчастіше виявляють на шкірі дітей, підлітків та молодих людей, генералізовану — здебільшого у людей літнього віку (середній вік таких пацієнтів — понад 50 років). При цьому жінки хворіють вдвічі частіше, ніж чоловіки.

Не існує чітко розроблених рандомізованих контрольованих досліджень з лікування хворих із кільцеподібною гранульомою. Рекомендації щодо лікування ґрунтуються на патофізіології захворювання, висновках експертів та окремих повідомленнях про випадки захворювання. Для лікування локалізованої форми рекомендують рідкий азот, ін'єкційні або місцеві стероїди. Кільцеподібну дисеміновану гранульому можна лікувати одним із кількох системних методів: дапсон, ретиноїди, ніацинамід, протималярійні засоби, псорален + ультрафіолет А, ефіри фумарової кислоти, такролімус та пімекролімус.

Мета роботи — оцінити комплексний підхід до амбулаторного лікування пацієнтів із кільцеподібною гранульомою.

Матеріали та методи. Проаналізовано 5 клінічних випадків пацієнтів, що проходили лікування в амбулаторних умовах на базі консультативно-діагностичної поліклініки Університетської клініки НМУ імені О.О. Богомольця.

Результати та обговорення. На підставі даних аналізу клінічних випадків виявлено 5 осіб (1 чоловік і 4 жінки) віком від 19 до 37 років з діагнозом «Кільцеподібна гранульома, локалізована форма». Давність захворювання становила від 1 міс до 1,6 року. Вогнища ураження були поодинокі, асиметричні та локалізовані на шкірі тильної поверхні кистей рук, вказівного пальця, на шкірі в ділянці колінного суглоба, тильної поверхні стопи, в ділянці гомілковостопного суглоба. Трьом пацієнтам із давністю захворювання від 1 до 6 міс на ділянки ураження через день проводили ультрафонофорез з гідрокортизоном та «Фастум гелем» по черзі з інтенсивністю 0,2–0,6 Вт/см² у безперервному режимі. Курс лікування становив 5–8 процедур. Двом пацієнтам із давністю захворювання від 8 міс до 1,6 року призначали ін'єкції суспензії бетаметазону 1 мл внутрішньошкірно у вогнище ураження один раз на тиждень.

Після першої ін'єкції регрес висипу настав у одного пацієнта, після двох — ще в одного. Регрес патологічного процесу спостерігали в одного пацієнта після 5 процедур фізіотерапії, у двох пацієнтів — після 8.

Висновки. Застосування фізіотерапевтичних процедур у комплексному амбулаторному лікуванні пацієнтів із кільцеподібною еритемою сприяє підвищенню ефективності терапії.

Вивчення показників вуглеводного обміну у пацієнтів з поверхневими кандидозами

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

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Однією з нагальних проблем сучасної дерматології є значне поширення захворювань шкіри та слизових оболонок, спричинених дріжджоподібними грибами. За даними ВООЗ, від мікозу потерпає понад чверть населення Землі, а грибкові ураження спричиняють виникнення різноманітних захворювань шкіри та слизових оболонок людини, що здебільшого мають тяжкий та тривалий перебіг і характеризуються частими рецидивами. В Україні останніми роками також спостерігають значне збільшення кількості випадків захворювання на мікози, наявна тенденція до розвитку ускладнених форм, що призводить до тривалої втрати працездатності.

Мета роботи — дослідити закономірність взаємозв'язку вуглеводного обміну з поверхневим кандидозом для подальшого розроблення раціональних терапевтичних підходів до лікування хворих на кандидоз на тлі початкових порушень вуглеводного обміну.

Матеріали та методи. З метою визначення показників вуглеводного обміну та їхнього впливу на перебіг поверхневого кандидозу було обстежено 93 пацієнтів з різними формами цього захворювання. Дослідження вуглеводного обміну включало визначення рівня глюкози натще для виявлення явного цукрового діабету та проведення тесту на толерантність до глюкози (з навантаженням 75 г глюкози). У 32 пацієнтів визначено порушення толерантності до глюкози, тому в них додатково визначали рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) та фруктозаміну (ФР). Вміст HbA1c визначали за допомогою іонообмінного хроматографічного методу в цільній крові, ФР — колориметрично-кінетичного методу як у сироватці, так і в плазмі крові. Забір крові здійснювали натще з ліктьової вени, дослідження проводили відразу після забору. Для дослідження використовували тест-систему Sentinel CH фірми «Intero» (Італія) та спектрофотометр з фільтром розміром 405–425 нм.

Результати та обговорення. Дослідження показало, що у групі пацієнтів з кандидозними ураженнями існує пряма залежність рівня HbA1c та ФР від ступеня тяжкості захворювання. Так, у пацієнтів з мінімальними та середніми кандидозними ураженнями спостерігали підвищення вмісту HbA1c і ФР порівняно з аналогічними показниками у контрольній групі в 1,54 та 1,21 разу відповідно. У хворих зі значними кандидозними ураженнями та рецидивами рівень HbA1c зріс в 2,59 разу, а ФР — в 2,26 разу відносно показників контрольної групи. Останніми роками дерматологи все частіше звертають увагу на проблему взаємозв'язку захворювань шкіри із вживанням лікарських препаратів.

Висновки. За результатами наших досліджень встановлено прямий кореляційний зв'язок між ступенем тяжкості кандидозу та рівнем глікозильованого гемоглобіну і фруктозаміну. Виявлення кореляційних закономірностей є важливим елементом розробки комплексного патогенетично обґрунтованого лікування пацієнтів з кандидозними ураженнями шкіри та слизових оболонок.

Optimisation of the treatment squamous-hyperkeratotic foot mycosis in patients with diabetes mellitus type 2

I.D. Babak, O.O. Syzon, M.O. Dashko, H.Ye. Astsaturov, I.O. Chaplyk-Chyzyho

Danylo Halytsky Lviv National Medical university, Lviv, Ukraine

Squamous-hyperkeratotic mycosis of feet is the most prevalent dermatological condition in type 2 diabetes patients. The cutaneous symptoms develop slowly, starting with the formation of painless blistering and hyperkeratosis in areas exposed to pressure. The fungal infection adherence is promoted by poor circulation and traumatization of the feet skin. The selection of a suitable product containing components with distinct keratolytic and hydrating effects is one part of the problem solution.

Objective — to investigate clinical efficacy of a foot balm for callus and hyperkeratosis having antifungal effect.

Materials and methods. We observed 32 patients (17 males and 15 females, aged 43 to 53 years) with mycotic foot damage. The diagnosis of foot fungal affection was confirmed by microscopic examination for pathological fungi in the affected foci. The history of diabetes mellitus ranged from 2 to 5 years in all patients.

Results and discussion. Before balm was applied to the foot skin with callus and hyperkeratotic sites, a hygiene treatment had been recommended for all patients. The balm was then applied to the affected sites of dry, clean skin twice a day. All patients experienced dry, atrophic, flaky, pink-purple skin on their toe tips, marginal hyperkeratosis of the entire heels, and symptoms of rubromycosis or epidermophytosis in the in-between toe spaces were present. All patients suffered from itching, pain and discomfort when walking.

The balm contains a large amount of urea, which provides a proteolytic effect in the corneal layer contributing to its loosening, which accelerates the exfoliation of keratinized epidermal cells. Climbazole delivers an antifungal effect.

Avocado oil saturates the epidermis with lipids, restoring skin elasticity. Allantoin and lactic acid prevent cell dehydration, soften the skin and stimulate its regeneration. Tea tree essential oil produces an antiseptic effect.

Improvement of the clinical picture was observed after 4 weeks, subjective sensations (itching, pain and discomfort while walking) disappeared in most – 18 (56.2 %) patients on day 5, in 10 (31.3 %) on day 7 and in 4 (12.5 %) on day 10; redness and squamosae after 1 week of treatment reduced in 12 (37.5 %) patients, after 2 weeks in 15 (46.9 %) and after 3 weeks in 5 (15.6 %) patients; blistering and hyperkeratosis disappeared in 14 (43.8 %) patients after 3 weeks, in 17 (53.1 %) – after 4 weeks of treatment and only in 1 (3.2 %) patient after 5 weeks of balm application. To monitor treatment, patients were tested three times for the detection of pathological fungi, following the application of the balm after 4-week treatment with an interval of 5 days. Test results were negative in all patients. After 1.5 months, the foot skin regained its natural colour and the hyperkeratotic sites disappeared.

Conclusions. The data obtained confirm the high efficacy of the balm, which can be recommended as a therapeutic and preventive agent in the care of diabetic feet and to remove calluses and hyperkeratotic sites, including those with mycotic damage.

Study of the role of punch biopsy of the scalp in the final diagnosis of cicatricial alopecia

I.O. Chaplyk-Chyzo, O.O. Syzon, H.Ye. Astsaturov, I.D. Babak, M.O. Dashko

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Cicatricial alopecia is a severe form of hair loss that affects both men and women. As this pathology develops, the hair follicles die completely, therefore, making a correct diagnosis rapidly affects the possibility of preserving the hair follicles that have not yet been damaged. The disease occurs in 3 % of all alopecia patients and is characterized by a rapid hair loss, with focal lesions in different areas of the scalp.

The cause of cicatricial alopecia is not only injuries or burns, but also a number of skin diseases that can start affecting the scalp. The punch biopsy followed by histopathological examination is usually the key research method to make or confirm the final diagnosis of cicatricial alopecia and preserve healthy hair follicles.

Objective – to study the feasibility and effectiveness of skin punch biopsy in cicatricial alopecia to make the final diagnosis and prescribe effective therapy in time.

Materials and methods. We performed the scalp punch biopsy for 24 patients with unknown cause of cicatricial alopecia aged 18 to 60 y/o, including 14 women (58 %) and 10 men (42 %), within 5 years. The disease lasted more than 5 years in 7 patients (29.2 %), 1 to 5 years in 7 (29.2 %) and less than a year in 10 (41.6 %) patients. The provisional diagnoses were divided as follows: lupus erythematosus was diagnosed in 4 (17.7 %) patients, lichen planus – in 5 (20.8 %), Hoffmann's dissecting folliculitis – in 8 (33.3 %), Pseudopelade of Brocq – in 3 (12.5 %), scleroderma – in 1 (4.1 %) and sarcoidosis – in 1 (4.1 %) patient. The *Microsporum* caused disease was suspected as the cause of cicatricial alopecia in 2 (7.5 %) patients.

Results and discussion. In 22 patients (91.6 %), the punch biopsy of the skin allowed making the final diagnosis, which corresponded to the provisional one, and, sadly, in 2 (8.4 %) patients, it did not, which forced us to expand the diagnosis using other, more highly specialized and expensive methods.

In 21 (87.5 %) patients, the provisional diagnosis corresponded to the final one (lupus erythematosus – in 3 (12.5 %) patients, lichen planus – in 5 (20.8 %), Hoffmann's dissecting folliculitis – in 7 (29.1 %), Pseudopelade of Brocq – in 3 (12.5 %), squamous cell carcinoma – in 1 (4.1 %), sarcoidosis – in 1 (4.1 %), and *Microsporum* caused disease – in 1 (4.1 %) patient).

In 6 (25 %) patients, the final diagnosis did not correspond to the provisional one and allowed prescribing the patients an effective pathogenetic therapy.

Conclusions. The scalp punch biopsy is a reasonable diagnostic method for cicatricial alopecia, as it allowed to make an accurate diagnosis in 87.5 % of cases. Thus, the scalp biopsy, being used to confirm or refute diagnoses, allows recommending the necessary pathogenetic therapy in time. The cooperation between a dermatovenerologist and a histopathologist affects the efficiency and results of the diagnostic search of a punch biopsy.

Quality of life and state-trait anxiety in women with acne

M.O. Dashko, O.O. Syzon, S.V. Volbyn, I.Ya. Vozniak

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Acne is currently referred to a group of dermatoses that cause somatopsychic resonance due to existing or anticipated aesthetic discomfort.

Objective – to study the quality of life and the state and trait anxiety indicators in women with acne depending on the duration of the disease.

Materials and methods. 134 women with acne aged 18 to 45 y/o were examined. The dermatology indices of quality of life and state and trait anxiety were determined in all patients. The quality of the patients' life was evaluated using the Dermatology Life Quality Index (DLQI) psychometric questionnaire. To assess anxiety in patients with acne, the Spielberger–Khanin anxiety test was used. The questionnaire consists of 40 questions: the first 20 questions for assessing state anxiety and the next 20 questions for assessing trait anxiety. The assessment of anxiety levels was performed based on the scores within the following ranges: 0–30 – mild anxiety, 31–45 – moderate anxiety and above 45 – severe anxiety.

Results and discussion. Based on clinical findings, 42 (31.34 %) patients were diagnosed with stage 1 acne, 41 (30.60 %) – stage 2 acne, 39 (29.10 %) – stage 3 acne and 12 (8.96 %) – with stage 4 acne, at that, only 48 (35.56 %) patients with duration of the disease less than 1 year and 86 (64.44 %) with the disease duration of 1 to 5 years. A control group consisted of 35 apparently healthy persons of similar age.

The DLQI in all examined patients meaningfully ($p < 0.001$) differed in the patients with acne depending on duration of the disease: in women with duration of the disease less than 1 year this index was 15.19 ± 0.62 (large effect of the skin disease on the quality of life) and from 1 to 5 years – 22.21 ± 0.68 (very large effect of the skin disease on the quality of life). At that, the largest impact of the disease on patient's life was observed in daily activities and private life.

When measuring the levels of state and trait anxiety, high levels of anxiety (above 45 scores) were observed in all examined women with acne according to the table of interpretation of the results of Spielberger–Khanin test. The levels of trait anxiety in women with acne, regardless of duration of the disease, were higher, compared with those of the state anxiety. The index of trait anxiety in women with duration of the disease less than 1 year was by 10.10 % higher (53.22 ± 4.68 scores; $p > 0.05$) compared with the index of state anxiety (48.34 ± 2.90 scores), and in women with duration of the disease 1–5 years – by 16.43 % (59.65 ± 4.08 ; $p > 0.05$), compared with the index of state anxiety (69.45 ± 5.34 scores). However, significant differences ($p < 0.05$) in both indices of anxiety were observed in women with different duration of the disease, namely, in women with duration of the disease 1–5 years the index of trait anxiety was higher by 30.50 % and the index of state anxiety was higher by 23.40 % compared with the group of women who had acne for less than 1 year.

Conclusions. A significant impact of the disease on the quality of life was observed in all examined women with acne, the greatest impact being on daily activities and private life, especially in patients with the disease duration of 1 to 5 years. An increase in the level of anxiety, especially the trait one, was also observed in the group of women with duration of the disease of 1 to 5 years. This substantiates the necessity to find new comprehensive methods of treatment for patients with acne, taking into account the impact of the disease on the anxiety and quality of life of patients.

The efficacy of intense pulsed light for correction and treatment of some dermatological and aesthetic problems

O.O. Syzon, M.O. Dashko, I.O. Chaplyck-Chyzho, I.Ya. Vozniak

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Laser therapy is a complex of hardware procedures that involve exposure of the skin to light energy and allows getting rid of a number of skin imperfections.

Objective – to study the feasibility of using laser technologies to solve some dermatological and aesthetic problems of patients.

Materials and methods. The results of the therapy using the Nordlys device, the principle of operation of which is based on the theory of selective photothermolysis, were analyzed and presented. We observed 118 patients (42 men and 76 women aged 18 to 65 years) with different dermatological problems. The Dermatology Life Quality Index (DLQI) was used to determine the effectiveness of the treatment.

Results and discussion. The Nordlys narrow-spectrum IPL technologies were used to treat couperose and rosacea. The procedures were performed for 5–30 minutes with intervals of 1–2 weeks, 2–5 procedures per course. 17 patients with couperose and 29 patients with rosacea of different stages were treated.

The IPL therapy was used for the laser treatment of acne. The procedures were carried out for 15–45 minutes with intervals of 2 weeks, 4–7 procedures per course. In patients with grade 1–2 acne, the manifestations of acne disappeared after 4–5 procedures without residual effects (scars), and in patients with grade 3 acne – after 5–7 procedures.

The Nordlys multifunctional platform (with narrow-spectrum IPL (PR 530 and VL 555) was used to treat hyperpigmentation. The results of treatment of 15 patients with superficial pigmentation (freckles, chloasma, secondary hyperpigmentation) and 10 patients with deep pigmentation (post-traumatic and significant chloasma) were analyzed. 2–3 procedures for 5–30 minutes were used to achieve a sustainable therapeutic effect for superficial

pigmentation. The biorevitalization, PRP therapy and depigmentation mesococktails were simultaneously used for patients with deep pigmentation.

To assess the effectiveness of treatment, the Dermatology Life Quality Index (DLQI) was determined in all patients before and after the treatment. In patients with couperose, the DLQI before treatment was 12.54 ± 0.54 and after treatment 8.43 ± 0.65 ; in patients with rosacea, respectively 16.96 ± 0.75 ; 9.82 ± 0.97 , in patients with acne and post-acne, respectively 19.53 ± 0.65 ; 10.98 ± 1.58 and 14.42 ± 0.49 , 8.38 ± 0.52 , in patients with superficial and deep pigmentation, respectively: 11.83 ± 0.58 ; 8.42 ± 0.39 and 13.92 ± 0.64 ; 9.22 ± 0.42 ($p < 0.001$).

As a result of the comprehensive treatment using laser therapy, the DLQI indicators statistically significant improved in patients of all groups: in patients with couperose and rosacea – by 48.75 % and 72.71 %, acne and post-acne – by 7.87 and 72.07 %, superficial and deep pigmentation – by 40.49 and 50.98 % ($p < 0.001$). It is important to note that even a moderate (by 1–2 points) reduction in the impact of the skin disease on certain aspects of the DLQI led to a reliable improvement of this indicator after treatment.

Before treatment, only 36 (30.51 %) patients experienced a moderate impact of skin disease on the life quality, while 82 (69.49 %) patients noted a significant impact. However, after the combination treatment using laser therapy, only 14 (11.86 %) patients felt a significant impact of their skin disease on their life quality, while all the remaining 104 (88.14 %) patients noted a significant improvement in the life quality.

Conclusions. Laser therapy in the comprehensive treatment of patients with dermatological and aesthetic problems allows reducing the clinical manifestations of dermatoses, eliminate some factors of development and lead to a statistically significant ($p < 0.05$) improvement in the quality of life indices.

Additional topical methods of treatment of patients with seborrheic dermatitis

S.A. Turkevych, T.I. Rudnyk, S.V. Volbyn, N.V. Ivanyushko-Nazarko

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Today, the use of platelet-rich plasma is increasing in clinical practice in various fields of medicine. The plasma therapy is used by dermatologists, dentists, gynecologists, traumatologists and many other specialists in daily practice.

Platelet-rich plasma is actively used in dermatology after its clinical effectiveness has been established. The plasma therapy method alone, as well as in combination with other methods of treatment, has shown advantages in certain skin diseases: androgenetic alopecia, alopecia areata, chronic vitiligo, melasma, inflammatory nail disorders, psoriasis, acne, post-acne and seborrheic dermatitis.

Platelet-rich plasma can suppress cytokine release and limit inflammation by interacting with macrophages, improving tissue healing and regeneration, promoting the formation of new capillaries and accelerating epithelialization.

Plasma platelets also play an important role in the host's defense mechanism at the wound site by producing signaling proteins that attract macrophages. Blood plasma also has antimicrobial activity against *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans* and *Cryptococcus neoformans*.

Currently, there is a large number of patients seeking medical help with seborrheic dermatitis. However, the complexity of the pathogenesis of seborrheic dermatitis and its sensitivity to medications require from the dermatologist a differential approach in choosing the local therapy.

Objective – to evaluation of the effectiveness of additional external methods of treatment for patients with seborrheic dermatitis.

Materials and methods. To evaluate the effectiveness of the injection of platelet-rich plasma in patients with seborrheic dermatitis, 22 patients with this pathology were examined and treated (15 patients – main group, 7 – control group). The control group included patients treated using conventional methods. All examined patients had at least two episodes of exacerbation of the disease during a year. The severity of clinical manifestations in patients of both groups did not differ significantly before the start of therapy. The patients of the main group had their plasma injected intradermal around the lesions. The plasma injections were made up of several cycles up to four times with an interval of 7 days. The patients received conventional treatment if needed.

Results and discussion. During the therapy, clinical improvement was observed in all patients of the main group, and as a result, the absence of symptoms of the disease. During a year, in 11 patients of the main group, relapses were not observed, in contrast to the control group.

Conclusions. The use of platelet-rich plasma in the treatment of seborrheic dermatitis gives a pronounced therapeutic effect. Therefore, this method of treatment can be considered as an effective adjuvant therapy, which further helps to reduce the intensity of exacerbations of seborrheic dermatitis.

Current trends and possibilities of acne treatment: difficulties and their solutions

I.Ya. Vozniak, H.Ye. Astsaturov, I.D. Babak, O.O. Syzon

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Nowadays dermatologist's arsenal contains numerous pharmacological agents with high efficiency, but achieving the desired results in acne therapy is still not the easiest problem.

The undisputed leader in the treatment of acne, taking into account the frequency of prescriptions, effectiveness, active substances as mono- and combined forms, lack of systemic influence, are topical medicines.

Among them, benzoyl peroxide, antibiotics and retinoids are prescribed more often than others. Studies have shown higher effectiveness of combined fixed forms in comparison to the use of their components separately. Thus, the use of a combination of clindamycin phosphate 1 % with BPO 5 % in the form of a gel showed higher efficiency and a lower frequency of antibiotic resistance development compared to 1 % clindamycin as monotherapy. In turn, the combination of adapalene 0.1 % and BPO 2.5 % showed better tolerability and less pronounced local side effects of retinoid, as well as an effective reduction of inflammatory and non-inflammatory elements of the rash compared to the use of these components separately.

The combination of stabilized and solubilized 0.025 % trethionine and 1.2 % clindamycin phosphate in the form of a gel showed a statistically significant advantage over the use of these components separately. A reduction in the total number of rash elements was recorded in 55 % of patients who used this combination, while when using clindamycin – in 49 %, trethionine – in 50 %. A more pronounced reduction in the number of non-inflammatory elements is noted (when using the combined drug by 51 %, clindamycin – by 42.9 %).

An important step in the optimization of acne therapy was also the appearance of new agents, among which sarecycline, which was created specifically for dermatological needs and is an antibiotic of the tetracycline group, studies on its use in the treatment of acne have shown high efficiency, good tolerance, it is used once a day for treatment of acne in adults and children aged 9 years and older. Worthy of attention is triparoten, the first new retinoid molecule approved by the FDA in the last 20 years. The uniqueness of the molecule lies in its exclusive effect on RAR- γ , widely distributed in the skin, the expression of which has not been detected in other organs (lungs, spleen, prostate, heart, kidneys, etc.), which allows safe use of this retinoid on large areas of the skin (back, chest).

As a result, groups of the most effective medical agents for acne therapy, features of their use in different forms and degrees of severity, possible side effects and factors that can provoke them, ways to minimize their occurrence without reducing effectiveness were identified.