

УДК 616.9:576.893.161.21]-053.31-036.2-08-084

## Особливості перебігу протозойних статевих інвазій, спричинених представниками *Trichomonas*, з урахуванням порушень психоемоційного стану пацієнтів

Мавров Г.І.<sup>1,2</sup>, Осінська Т.В.<sup>1</sup>, Щербакова Ю.В.<sup>1,2</sup>,  
Калашнікова І.В.<sup>1</sup>, Зеленська Т.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

<sup>2</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Відомо, що в організмі людини можуть жити кілька десятків найпростіших мікроорганізмів. Морфологічно вони можуть бути досить схожими з *Trichomonas vaginalis*, а саме *Trichomonas tenax (elongata)*, що мешкає в каріозних зубах і запалених ясеневих кишечках, і *Pentatrichomonas hominis (abdominalis)* – коменсалом товстого кишківника людини. Тим не менш, донедавна вважали, що виключно *T. vaginalis* здатна колонізувати уrogenітальний тракт і спричинювати в ньому запальні процеси, що в багатьох випадках додатково призводило до порушення психоемоційного стану пацієнтів. Мета – підвищити ефективність дерматовенерологічної допомоги серед груп населення, уразливих щодо ППСШ і ВІЛ-інфекції, шляхом оптимізації діагностичних методів у осіб з протозойною статевією інфекцією, спричиною представниками *Trichomonas*.

Під спостереженням перебували 170 осіб із ключових груп, уразливих щодо ППСШ/ВІЛ, хворих на уrogenітальні інфекції з хронічним перебігом. Основну групу становили 92 хворих (57 чоловіків і 35 жінок). Визначення наявності *T. vaginalis* здійснювали з використанням мікроскопічного та культурального методів дослідження (середовище СКДС) у вагінальних та уретральних зразках. Верифікація *T. tenax* і *P. hominis* проводилась за допомогою ПЛР, зокрема, для визначення збудників застосовували експериментальні оригінальні праймери, спеціально розроблені за допомогою найсучаснішої модифікації ПЛР, а саме ПЛР у реальному часі (ПЛР-РЧ). Оцінку психоемоційного стану пацієнтів проводили за допомогою госпітальної шкали тривоги й депресії (HADS).

Встановлено широку поширеність протозойних інвазій сечостатевої системи, спричинених трихомонадами, а саме в 92 (54,1%) зі 170 обстежених хворих на ППСШ з хронічним перебігом. Так, з 92 хворих *T. vaginalis* діагностували в 77 (83,7%), *T. tenax* – у 14 (15,2%) і *P. hominis* – у 34 (36,9%) випадках. Скарги з боку уrogenітального тракту мали 83 (90,2%) хворих (відділення, відчуття свербіж, печіння, дизурії) – без суттєвої різниці між інфікуванням різними видами трихомонад. Патологію сечостатевого тракту відмічали у (84,4 ± 3,8)% хворих, при цьому уретрити, простатити, ендоцервіцит, ерозію шийки матки, лейкоцитоз (дані мікроскопії уrogenітальних мазків) достовірно частіше ( $p < 0,01$ ) діагностували в пацієнтів з інфекцією, спричиною *T. vaginalis*. Безсимптомний перебіг захворювання достовірно частіше діагностували у хворих з моноінфекцією, ніж змішаною ( $p < 0,01$ ).

Під час оцінки психоемоційного стану пацієнтів з трихомонадною інфекцією за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) середній бал за шкалою тривоги становив 10, що відповідає клінічно вираженій тривозі. При цьому рівень тривоги був вищий у жінок (середній бал 12 у порівнянні з 8 балами в чоловіків). За шкалою депресії середній бал становив 8. У жінок також відзначався вищий бал 9 проти 6 в чоловіків. Також кількість балів за шкалою тривоги прямо корелювала з тривалістю захворювання.

Отже, за допомогою сучасних методів діагностики (ПЛР) підтверджено наявність у сечостатевої системі людини 3 видів трихомонад, а саме не лише *T. vaginalis*, а й *T. tenax* і *P. hominis*, що в більшості випадків спричиняло запалення сечостатевої системи та порушення психоемоційного стану пацієнтів, що прямо корелювало з давністю захворювання.

УДК 616.5-003.873-07-085.26.015.4

## Особливості діагностичної тактики та ефективність топічного окисника в лікуванні хворих на себорейний кератоз

Макуріна Г.І., Чернеда Л.О.

Запорізький державний медичний університет

В Україні щорічно, згідно з Національним канцер-реєстром, збільшується рівень вперше виявлених пацієнтів з пухлинами шкіри. Така сама позитивна динаміка спостерігається і щодо реєстрації хворих на себорейний кератоз. Незважаючи на відсутність чітких статистичних даних, на практиці лікар майже кожного дня стикається з цією патологією. Водночас типовим стає «омолодження» дерматозу, адже повідомляють про виникнення вогнищ вже в молодому віці. Широка поширеність патології в жодному разі не може стати фактором втрати лікарем діагностичної цільності. Себорейний кератоз є великим імігрантом зляканих новоутворень шкіри або частиною пухлинної колізії. Відомо, що зазначений дерматоз характеризується значною варіабельністю клінічних і гістологічних варіантів. Дерматоскопічна картина також може відрізнятися від класичних патернів і демонструвати зовсім не типові ознаки: багатокомпонентність, ретикулярність, бовеноїдо-, шпиг- і кератоакантомоподібні структури, блакитні ділянки. У лікуванні кератом найчастіше використовують інвазивні методи, що не завжди задовольняють естетичні потреби пацієнта. Перспективним напрямом терапії є використання топічних лікарських засобів. Тому важливо комплексно та всебічно обстежувати пацієнта, впроваджуючи чіткий діагностичний алгоритм, який сприятиме вибору персоналізованої терапії із застосуванням топічних лікарських форм.

Було обстежено 20 пацієнтів із себорейним кератозом. Окрім візуального огляду було проведено дерматоскопічне та патоморфологічне дослідження вогнищ. Найчастіше ураження локалізувались на шкірі тулуба – 10, обличчя та волосистої частини голови – 5, бокової поверхні шиї – 3, верхніх кінцівок – 2. Під час дерматоскопії виявляли класичні патерни: міліумоподібні кісти в 9 випадках, комедоноподібні отвори – у 5, мозгові звивини – в 7, края «об'їдені міллю» – у 2, верукозну поверхню – у 3, структури за типом «відбитка пальця» – в 1, патерн «бруківка» виявлений одноразово. Судинний компонент за типом шпильок для волосся, що рівномірно та симетрично розташовується на поверхні кератом, виявлений у 2 пацієнтів. Під час патоморфологічного аналізу частини вогнищ переважачим став акантотичний варіант – у 14 випадках, папіломатозний і ретикулярний – у 5 й 1 пацієнта відповідно. З лікувальною метою було призначено 30% розчин перекису водню щоденно впродовж 5 днів, що призвело до утворення на місці ураження кірочки, яка зникла через 1–1,5 тиж після терапії з наступним повним клінічним одужанням без виникнення постзапальних змін або рубців. Деякі пацієнти повідомляли про появу незначного печіння в місці нанесення розчину, починаючи з 3–4-го дня лікування, але дані відчуття зникали через 10–15 хв. Упродовж наступних 6 міс рецидив у жодному випадку не зафіксований.

Таким чином, діагностичний алгоритм хворих на себорейний кератоз має охоплювати клінічний, дерматоскопічний і патоморфологічний аналіз з наступним вибором лікувальної тактики. Оптимізація останньої з використанням топічного окисника сприяє підвищенню комплаєнсу між лікарем і пацієнтом.