

Метою роботи було підвищити ефективність лікування пацієнтів з розацеа з урахуванням змін функціонального стану органів гепатобіліарної системи.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебували 37 хворих на розацеа віком від 32 до 69 років, із них 26 жінок та 11 чоловіків. Згідно клінічних проявів на шкірі у 16 пацієнтів діагностовано еритематозно-телеангіектатичну форму розацеа, в інших 21 – папуло-пустульозну форму дерматозу. У 11 пацієнтів дерматоз тривав до 6 місяців, у решти 26 осіб – від 7 місяців до року і більше. Для визначення функціонального стану органів гепатобіліарної системи у пацієнтів з розацеа застосовували наступні методи дослідження: інструментальні (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини), лабораторні (біохімічні, імуноферментні) та статистичні методи дослідження.

Результати роботи. Внаслідок комплексного обстеження у більшості – у 26 (70,3%) з 37 пацієнтів з розацеа виявлено змін з боку органів гепатобіліарної системи (хронічний холецистит та гепатити), які проявлялися змінами з боку ультразвукового дослідження печінки і жовчного міхура та змінами вмісту в сироватці крові холестерину, ліпідного спектру, активності трансаміназ, лужної фосфатази. З урахуванням виявлених змін функціонального стану органів гепатобіліарної системи для підвищення ефективності лікування розацеа в комплексну терапію 18 пацієнтів (основна група) додатково призначали гепатопротекторний препарат із вмістом силімарину впродовж місяця, а решта 19 пацієнтів (порівняльна група) отримали стандартну терапію дерматозу. Згідно клінічних спостережень, у пацієнтів з розацеа основної групи, які в комплексному лікуванні отримали гепатопротекторний препарат із вмістом силімарину, у більш ранні терміни відбулося зменшення гіперемії і набряку (у середньому на 5–7 днів раніше) та вищення інфільтративних елементів висипки (у середньому на 8–12 днів раніше), ніж у пацієнтів із групи порівняння. Через два місяці після завершення лікування серед пацієнтів з розацеа основної групи стан клінічного виудужання констатовано у 13 (72,2%) пацієнтів, значне покращення і покращення – у 5 (27,8%) осіб, а серед хворих групи порівняння відповідно – у 7 (36,8%) та у 12 (63,8%) осіб, що згідно із застосуванням непараметричного дисперсійного аналізу Фрідмана має достовірну відмінність – $\chi^2 = 4,66$ (за критичного значення $\chi^2 = 3,84$).

Висновок. Отже, включення у комплексну терапію пацієнтів з розацеа з наявністю змін функціонального стану органів гепатобіліарної системи гепатопротекторного препарату із вмістом силімарину сприяє підвищенню клінічної ефективності лікування таких пацієнтів.

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

Застосування бішофіту для усунення болювого синдрому у хворих на артропатичний псоріаз

Поліон Н.М., Дюдюк А.Д., Гладишев В.В., Гладких Н.О., Алі Л.Х.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Європейський медичний університет, м. Дніпро

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя

Псоріаз є однією з самих найбільш поширених хронічних мультифакторіальних захворювань з домінуванням генетичного компонента схильності до виникнення захворювання і порушенням численних ланок нейроендокринних, метаболічних і регуляторно-трофічних процесів організму. Захворюваність на псоріаз в різних країнах світу становить від 1 до 4% населення. В останнє десятиліття встановлена тенденція до збільшення числа хворих на псоріаз і більш важкого перебігу патологічного стану, а також розвитку псоріатичної остеоартропатії або артропатичного псоріазу. Поширеність ураження суглобів у хворих на псоріаз, за даними різних авторів, коливається від 13,5 до 47,0%, що свідчить про його відносно велику поширеність. Артропатичний псоріаз (АП) – хронічне системне прогресуюче захворювання, асоційоване із псоріазом, яке характеризується переважною локалізацією патологічного процесу в тканинах опорно-рухового апарату і призводить до розвитку ерозивного артриту, кісткової резорбції, множинних ентезитів і спондилоартриту. Кістково-суглобний синдром у хворих на АП супроводжується вираженим больовим компонентом, який займає особливе місце в клінічних проявах хвороби. Інтенсивність болю не завжди відповідає давності і тяжкості псоріатичного процесу. Наявність і інтенсивність больового компоненту кістково-суглобового синдрому вельми часто призводить до обмеження професійно – трудової діяльності хворих, часто приводячи до психоневротичних захворювань та до інвалідизації пацієнтів. Тому усунення больового синдрому є важливим складовим компонентом комплексної патогенетичної терапії хворих на АП.

У зв'язку з цим **метою** нашої роботи стало: підвищення ефективності лікування хворих на АП з урахуванням больового синдрому з залученням нових лікарських засобів, що мають патогенетичну спрямованість.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням було 60 хворих на АП (найбільше було 35% в віці 41–50 років, 25% – 31–40 років, 23,3% – 51–60 років, середній вік складав $42,4 \pm 3,6$ роки). Первинне обстеження хворих на АП проводили відповідно до запровадженої в Україні програми обстеження хворих на різні дерматози, що має комплексний характер і складалося з вивчення особливостей ураження шкіри та суглобів, стадії псоріатичного процесу, зміни нігтьових пластинок та їх характер.

Для оцінки перебігу псоріатичної хвороби і ефективності методів лікування використовували індекс тяжкості перебігу і розповсюдженості псоріазу PASI. Оцінювали інтенсивність больового синдрому, феномен «стартового» болю, залежність больових відчуттів від фізичного навантаження. Для оцінки функціональної активності і професійної здатності хворих на АП використовували ряд індексів. Больовий індекс: 0 балів – болю немає; 1 бал – слабка больючість; 2 бали – помірно виражений біль, через який рухи обмежені; 3 бали – різкий біль. Ранкова скутість: 0 балів – немає ранкової скутості; 1 бал – ранкова скутість триває протягом 30 хв.; 2 бали – ранкова скутість триває протягом 3 год.; 3 бали – ранкова скутість триває більше 3 год. Функціональна здатність хворого: А – збережена; В – порушена. Професійна здатність хворого збережена, – втрачена. Втрачена здатність хворого до самообслуговування. Для вирішення завдань і досягнення поставленої мети у хворих на АП проводили додатково наступні дослідження: УЗД, КТ, МРТ, рентгенографія. Хворі на АП отримували загально прийняте лікування. Для усунення больового синдрому хворих на АП проводили фонофорез із гелем, який містить бішофіт, кислоту нікотинову, димексид, поліетиленоксид-400, проксанол-268, ніпагін (метилпарабен), ніпазол (пропілпарабен) та воду очищену при такому співвідношенні компонентів: мас.%; бішофіт – 45,0–55,0; кислота нікотинова – 0,09–0,11; димексид – 10,0–12,0; поліетиленоксид-400 – 5,0–6,0; проксанол-268 – 19,0–21,0; ніпагін (метилпарабен) – 0,14–0,16; ніпазол (пропілпарабен) – 0,4–0,6 г; вода очищена до 100,0, при цьому при фонофорезі використовували ультразвукові коливання інтенсивністю 1 Вт/см² і частотою 2640 кГц, які проводили в безперервному режимі на протязі 30 хвилин 1 раз на добу – загальною кількістю 12–14 сеансів.

Результатів роботи та висновки. У хворих на АП, які були під нашим спостереженням, інтенсивність больового синдрому у половини була помірною, а серед інших – різкою больючістю. Ранкова скутість тривала: протягом 30 хвилин у 37(61,7%), протягом

3 годин у 19 (31,7%) і понад 3 годин у 4 (6,6%) хворих. Інтенсивність болю в суглобах до лікування $2,01 \pm 0,05$ і після лікування $0,77 \pm 0,03$. Інтенсивність скутості в суглобах до лікування $2,3 \pm 0,03$, після $0,55 \pm 0,02$. Тривалість ранкової скутості в суглобах до лікування $1,2 \pm 0,04$, після $0,31 \pm 0,02$. Таким чином, застосування композиційного гелю з бішофітом, нікотиновою кислотою і димексидом в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на АП підвищує ефективність лікування та якість життя, що підтверджується достовірним зменшенням: інтенсивності больового синдрому, тривалості ранкової скутості в суглобах та її інтенсивності. Використання композиційного гелю з бішофітом в комплексному лікуванні хворих на АП має значну перевагу над застосуванням НПЗП. Це обумовлено тим, що композиційний гель володіє вираженою місцевою протизапальною і безпечною дією. Відсутність побічних ефектів, протипоказань в призначенні, можливість застосування композиційного гелю при різній супутній патології і різному віці пацієнтів все це вказує на перевагу даного методу лікування.

Дисбіоз кишечника як обтяжуючий фактор клінічного перебігу розацеа

¹Строжок М.В., ¹Денисенко О.І., ²Денисенко О.В., ¹Гуз Л.О.

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

²Чернівецький медичний фаховий коледж, м. Чернівці

Вступ. Розацеа – хронічний запальний дерматоз, який є актуальною медичною та соціальною проблемою сьогодення через значну поширеність (від 5% до 12% у структурі патології шкіри серед осіб різного віку й статі) та клінічні особливості захворювання, а саме – ураження відкритих ділянок шкіри обличчя, тривалий рецидивуючий перебіг, часто резистентний до засобів стандартного лікування, що є причиною зниження хворими працездатності та соціальної активності. У зв'язку з цим, актуальною задачею сучасної дерматовенерології є уточнення патогенетичних чинників розацеа з метою оптимізації лікування таких пацієнтів. Відомо, що розацеа – це поліфакторним дерматоз, його розвиток відбувається внаслідок комплексного впливу низки екзогенних (інсоляція, миючі, косметичні засоби тощо) та ендогенних чинників, серед яких – вегетативні дисфункції, ендокринопатії, зміни імунологічної реактивності, а також захворювання шлунково-кишкового тракту тощо.

Мета роботи – дослідити у хворих на розацеа стан мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки та оцінити ступінь її змін залежно від тяжкості клінічного перебігу дерматозу.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебували 36 хворих на розацеа віком від 29 до 58 років, із них 29 жінок та 7 чоловіків. У 15 осіб діагностовано еритематозно-телеангіектатичну, а в 21 – папуло-пустульозну стадію/форму розацеа. У більшості – у 27 осіб дерматоз тривав від 6 місяців до одного і більше років, а у 9 пацієнтів – до півроку. Для визначення стану мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на розацеа проводили мікробіологічне дослідження калу класичним методом шляхом кількісного посіву завісін фекалій на стандартні диференційно-діагностичні та селективні поживні середовища. Для оцінки характеру зв'язків між показниками застосовували непараметричний дисперсійний аналіз Фрідмана з визначенням χ -квадрату (χ^2), залежність між показниками вважали достовірною, якщо значення χ -квадрату перевищувало критичне.

Результати роботи. Встановлено, що у 6 (16,7%) з 36 обстежених пацієнтів із розацеа (у всіх діагностовано еритематозно-телеангіектатичну форму дерматозу) було виявлено стан нормобіоценозу товстої кишки, а у більшості – у 30 (83,3%) пацієнтів визначено зміни показників мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки – зниження популяційного рівня бактерій роду *Bifidobacterium* і *Lactobacillus*, збільшення рівня окремих умовно патогенних ентеробактерій (*Enterobacter*, *Proteus*) та інших, що свідчать про наявність дисбіозу порожнини товстої кишки I–\$5V ступенів із переважанням серед обстежених пацієнтів частки (52,7%) осіб із II та III ступенями дисбіотичних змін порожнини товстої кишки. Слід зазначити, що лише у третини (30,6%) осіб із діагностованими змінами показників кишкової мікробіоти були скарги з боку порушення функцій кишківника, а у решти (69,4%) осіб – мали малосимптомний чи латентний клінічний перебіг. Також встановлено, що більш істотні зміни показників мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки, які відповідали II–\$5V ступеню дисбіозу, виявлено у хворих за тривалості дерматозу більше одного року та проявами папуло-пустульозної стадії/форми розацеа – у 17 (80,9%) з 21 хворого (у решти 4 пацієнтів встановлено стан нормофлори чи I ступінь дисбіозу товстої кишки) порівняно з еритематозно-телеангіектатичною стадією/формою розацеа: дисбіоз порожнини товстої кишки II, III чи IV ступеню виявлено лише у 5 (33,3%) з 15 пацієнтів, а стан нормофлори чи I ступінь дисбіозу – у 10 (66,7%) пацієнтів, що згідно із застосуванням непараметричного дисперсійного аналізу Фрідмана має достовірну відмінність ($\chi^2 = 8,35$ за критичного значення $\chi^2 = 3,84$). Отже, прояви дисбіозу мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки II–\$5V ступеню констатовано в 2,43 рази частіше у пацієнтів із клінічними проявами папуло-пустульозної стадії/форми розацеа (у 80,9% обстежених пацієнтів) порівняно з пацієнтами з еритематозно-телеангіектатичною стадією/формою дерматозу (у 33,3% обстежених пацієнтів), що вказує на його можливу патогенетичну роль в обтяженні клінічного перебігу розацеа.

Висновки. У більшості обстежених хворих на розацеа діагностовано зміни показників мікробіоти порожнини товстої кишки з проявами дисбіозу (частіше II та III ступеню) із переважно малосимптомним чи латентним клінічним перебігом, які перебувають у взаємозалежності зі ступенем тяжкості клінічних проявів та перебігу дерматозу, що необхідно враховувати при комплексному обстеженні таких пацієнтів та призначенні їм раціональної, патогенетично спрямованої комплексної терапії.

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

Синдромний підхід до діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в сучасних умовах

Унучко С.В., Губенко Т.В., Намли І.Є.

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

Максимальний рівень захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)/ВІЛ відзначається у представників ключових груп, зокрема, серед осіб, що практикують ризиковану сексуальну і асоціальну поведінку, перебувають в пенітенціарних закладах, споживають психоактивні речовини, а також людей із зони збройних конфліктів. Офіційна статистика відображає, за різними оцінками, лише від 30% до 40% реальної кількості випадків. Підтверджено, що пік епідемії ІПСШ збігався з військовими