



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ  
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ  
І КОСМЕТОЛОГІВ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ  
II Всеукраїнської науково-практичної конференції  
«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ,  
ГІНЕКОЛОГІЇ, КОСМЕТОЛОГІЇ ТА ЕСТЕТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ»**

**20-21 жовтня 2023 р.**



**М. ЗАПОРІЖЖЯ  
2023**

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПОСТКОВІДНИХ АЛОПЕЦІЙ.....	34
<b>Коваленко А.Ю.</b>	
РОЛЬ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАТОГЕНЕЗІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЖІНОК .....	37
<b>Лахно І.В.</b>	
ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ВОЛОССЯ.....	40
<b>Літвінов В.А.</b>	
ПЕРЕДЧАСНИЙ РОЗРИВ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК ПРИ НЕДОНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ: ІМУННО-ЕНДОКРИННА ДИЗРЕГУЛЯЦІЯ.....	44
<b>Любомирська К.С., Кирилюк О.Д., Гайдай Н.В., Бондаренко С.А.</b>	
АНДРОГЕНЗАЛЕЖНІ ДЕРМАТОПАТІЇ: ВІДКРИТІ ПИТАННЯ ДО ДЕРМАТОЛОГІВ ТА ГІНЕКОЛОГІВ .....	47
<b>Макуріна Г.І., Сюсюка В.Г., Сергієнко М.Ю., Дунаєва Л.А.</b>	
КЕРАТОДЕРМІЯ ХАКСТХАУЗЕНА – ЧИ Є ПРІОРИТЕТИ У ЛІКУВАННІ? .....	50
<b>Макуріна Г.І., Сюсюка В.Г., Синах О.К.</b>	
МОЖЛИВОСТІ НЕІНВАЗИВНОЇ КОРЕКЦІЇ ВІКОВИХ ЗМІН ШКІРИ У ЖІНОК.....	54
<b>Макуріна Г.І., Чорненька А.С.</b>	
ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З РЕЗУС-НЕГАТИВНИМ ТИПОМ КРОВІ.....	57
<b>Сюсюка В.Г., Богуславська Н.Ю., Котлова Ю.В., Ісмаїлова Е.Я., Раменська В.В.</b>	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ .....	60
<b>Сюсюка В.Г., Богуславська Н.Ю., Шевченко А.О., Кирилюк О.Д., Бабінчук О.В.</b>	
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВТРАТИ ВАГІТНОСТІ.....	63
<b>Сюсюка В.Г., Губа Н.О., Соловйова Н.М., Луцюк О.А.</b>	

## **КЕРАТОДЕРМІЯ ХАКСТХАУЗЕНА – ЧИ Є ПРІОРИТЕТИ У ЛІКУВАННІ?**

**Макуріна Г.І.**

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Сюсюка В.Г.**

доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Синах О.К.**

завідувач кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Менопауза та пов'язаний з нею гіпоестрогенний стан мають наслідки для структури та функції шкіри. Існують асоціації з менопаузою та численними поширеними дерматозами, в тому числі, клімактеричною кератодермією. Клімактерична кератодермія Хакстхаузена - хронічний кератодерматит клімактеричного періоду, викликаний дефіцитом естрогенів в організмі. Симптоматично проявляється вогнищами гіперкератозу на долонях і підошвах, появою тріщин, які виникають спонтанно та істотно знижують якість життя жінок, заважають їх соціальній адаптації.

Сучасна дерматологія вважає кератодермію Хакстхаузена однією зі складових симптомів клімаксу, пов'язаних з віковим виснаженням функції яєчників. Оскільки нейроендокринна регуляція трофіки шкіри здійснюється через гормони яєчників, які працюють в тісному контакті зі щитоподібною залозою під контролем ЦНС, то загальний стан шкіри безпосередньо залежить

від гормонального фону пацієнтки. Природним шляхом у процесі фізіологічного старіння знижується рівень естрогенів, відразу ж зменшується транспорт необхідних для будівництва нормальних тканинних структур білків, жирів, вуглеводів. Гіпоталамус намагається компенсувати цю нестачу посиленою роботою інших підконтрольних йому систем, внаслідок чого виникають такі явища як гіпергідроз і тахікардія, відбувається звуження судин, підвищення захисних властивостей шкіри. Суб'єктивні симптоми при зазначеній патології відповідають клімаксу: припливи, пітливість, озноб, серцебиття, підвищення артеріального тиску. Хворих мучить сильний свербіж, більше вночі.

Встановлено клінічні особливості дерматозу: гіперкератотичні папули, бляшки, тріщини тільки на долонях і підошвах без поразки зводу і бічних ділянок, торпідність течії і прогресування шкірного процесу. Морфологічний аналіз змін шкіри при розвитку кератодермії Хакстхаузена показав, що в основі структурних перебудов епідермісу і дерми внаслідок активації даного захворювання лежать ускладнення епідермальної десквамації, порушення епідермально-дермальних взаємовідношень та комплекс перетворень мікроциркуляторного і сполучнотканинного компонентів дерми [Pierard-Franchimont, 1999; Has et al., 2016; Lovgren et al., 2017].

Під час гістологічного дослідження шкіри у хворих на КК спостерігалися наступні зміни: всі шари епідермісу були збережені, зазначалося потовщення епідермісу, помірний акантоз, яскраво виражений гіперкератоз, в окремих випадках – невеликий вогнищевий паракератоз і спонгіоз, помірний папіломатоз. Дерма була набрякла, у верхній частині, переважно периваскулярно, були розташовані невеликі лімфогістіоцитарні інфільтрати [Enta, 1996; Itin et al., 2005; Bergman et al., 2010;].

Морфологічне дослідження стану шкіри у жінок без клінічних ознак кератодермії в клімактеричному періоді виявило типові інволютивні зміни епідермісу. Зокрема, на поверхні згладжених сосочків спостерігалось

нерівномірне стоншення епідермісу в порівнянні з контрольною групою як у шкірі стопи, так і в сідничній ділянці. Клітини базального, остистого та зернистого шарів над верхівками сосочків значно поступалися за розмірами кератиноцитам у складі шкіри жінок віком від 21 до 40 років без проявів клімаксу. У групі порівняння остисті кератиноцити нормальної форми складали 5-8 рядів незалежно від локалізації досліджуваних ділянок шкіри. Клітини зернистого шару мали типову ромбовидну або полігональну форму, в області складок формуючи потовщення 8-10 рядів. Кількість кератиносом була невеликою. Апоптотичні фігури виявлялися без істотних порушень.

Співвідношення клітин по шарах епідермісу з віком залишалось без патологічних ознак, проте мало суттєві локальні особливості. У тонкій шкірі сідничної області жінок контрольної групи і групи порівняння загальна товщина епідермісу становила від 80 до 135 мкм; у товстій шкірі стопи вона сягала 400-600 мкм переважно за рахунок рогового та блискучого шарів кератиноцитів, що відображає нормальні гісто-фізіологічні особливості шкіри. В клімактеричному періоді спостерігалася обмежена синтетична активність базальних кератиноцитів з незміненими ядрами, роговий шар виявлявся дещо стоншеним, корнеоцити групувалися у фрагменти нерівномірної товщини. Базальна мембрана епідермісу була без патологічних змін і мала згладжений контур. Проявів акантозу, паракератозу та кератогіалінозу не спостерігалось. Стан дермо-епідермального розмежування відповідав віковій нормі.

Поява серед хворих на кератодермію гістологічних ознак акантозу та гіперкератозу на відміну від нормально функціонуючого епітелію, на нашу думку пов'язана зі зменшенням площі  $\alpha$ -естроген залежних клітин в епітеліально-дермальному комплексі, та може свідчити про порушення балансу між десквамацією кератиноцитів та проліферативною активністю базальних клітин епідермісу.

Результати клінічного перебігу дерматозу та гістологічного дослідження спонукали нас до пошуку нових засобів по догляду за ураженими ділянками шкіри. Значна кількість пацієнтів із сухою, гіперкератотичною шкірою не усвідомлюють, що це патологічний стан і не звертаються до дерматолога, надаючи перевагу механічним ексфоліантам, таким як скраби. Застосування таких засобів може призвести до появи мікроскопічних ушкоджень поверхні шкіри, подальшого порушення її захисного бар'єра та ще більшого загострення сухості та створення нерівномірності текстури шкіри.

Системну терапію у жінок групи дослідження проводили із призначенням менопаузальної гормональної терапії, в контрольній групі проводили лише топічну терапію. Жінкам було запропоновано для застосування три препарати для обробки шкіри у вогнищах ураження. Найбільш ефективним, з точки зору пацієток, виявився помякшувальний крем для сухої та згрубілої шкіри лінійки CeraVe, який містить у своєму складі кераміди, сечовину та саліцилову кислоту. Похідне саліцилової кислоти із більшою молекулярною масою та ліпофільністю сприяють повільному проникненню та м'якому відлущенню клітин шар за шаром. Повільне проникання дозволяє використання менших концентрацій препарату.

### **Висновки**

1. Встановлені шляхом проведення морфологічних досліджень, порушення кератинізації – потребують постійного застосування зволожуючих шкіру засобів.
2. Застосування лише місцевої терапії призвело до покращення стану шкіри у 34,6% пацієнтів (група спостереження 54 особи).
3. Комбінація системної терапії (менопаузальної гормональної терапії) та топічної призводить до значного підвищення позитивного результату (до 82,3%) (група спостереження 52 особи).