

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ СТОП ДЕМОДЕКС В ЛІКУВАННІ ПОЄДНАНИХ ПАТОЛОГІЙ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ

К.О. Бардова

Національна медична академія післядипломної освіти

На теперішній час спостерігається зростання кількості звернень до дерматолога і дерматокосметолога з приводу погіршення естетичного вигляду обличчя, що в свою чергу пов'язане з пропагандою в суспільстві високих естетичних вимог до зовнішнього вигляду, а також погіршенням екологічного становища і стресами. Клінічна картина захворювань схожа – це наявність папульозно-пустульозної висипки на шкірі обличчя на фоні підвищеного чи нормального саловиділення. Найчастіше причиною звернень стають такі хронічні дерматози: себореїт, дерматит, акне, розацеа, періоральний дерматит, які можуть поєднуватись з демодекозом. Патогенетичні чинники розвитку цих дерматозів досить подібні, а також переважна локалізація висипу і схожа клінічна картина, створюють певні труднощі в диференційній діагностиці та призначенні адекватної терапії. Сучасні аспекти призначення терапії повинні ґрунтуватись на аспектах етіопатогенезу захворювання. На кафедрі дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика ми застосовували в якості зовнішньої терапії лінійку препаратів стоп демодекс, яка складається з м'якого очищувача мила для шкіри обличчя, лікувально-профілактичного бальзаму та гелю для повік. Активними компонентами є метронідазол та березовий дьоготь, які мають виражені акарицидні властивості по відношенню до кліщів *Demodex folliculorum* u *Demodex brevis*. Екстракти кори білої іви та гаммелісу сприяють змен-

шенню секреції шкірного сала за рахунок блокади фермента 5-альфа-редуктази, а також містить у великій концентрації екстракт ромашки та азулен, які мають виражені протизапальні властивості. Вітамін А стимулює регенерацію тканин, що сприяє швидкому загоєнню без утворення рубців. Під нашим спостереженням знаходилась група хворих-20 осіб віком від 18 до 56 років, яким було встановлено діагнози – себореїт, дерматит, акне, розацеа, періоральний дерматит, перебіг яких був ускладнений наявністю лабораторно підтвердженого демодекозу. У 5 хворих відмічався також періорбікулярний дерматит та епісклерит. Очищуваче мило призначалося двічі на день для гігієни шкіри обличчя. Після чого призначалося нанесення лікувально-профілактичного бальзаму тонким шаром також двічі на день на протязі 45 днів. Хворим додатково призначалося нанесення гелю для повік, при наявності клінічної картини ураження очей. В результаті застосування препаратів, на 4-5 день спостерігалось зменшення запальної реакції шкіри, на 12 день – значне зменшення кількості висипань. Крім цього спостерігалось зменшення сало – виділення і більш швидкий регрес висипань. Всі хворі відмічали добру переносимість препарату. Таким чином, застосування препаратів стоп демодекс виявилось ефективним, безпечним, і може бути рекомендованим для лікування дерматозів шкіри обличчя, ускладнених демодекозом.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КОЖИ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

О.Н. Белоконь

ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины»

Было проведено сравнительное изучение количественных и качественных показателей микробиоты воспалительных элементов и участков здоровой кожи у 25 больных угревой болезнью. Из очагов микроорганизмы выделялись в основном в монокультуре – 95% (n=18), которая представлена коагулазонегативными стафилококками: *S. hominis* 35,5% (n=6), *S. haemolyticus* 29,4% (n=5), *S. epidermidis* 11,7% (n=2), *S. capitis*

5,9% (n=1), *S. aureus* 5,9% (n=1), *Corynebacterium sp.* 5,9% (n=1), *Micrococcus sp.* 5,9% (n=1). Смешанная культура у одного больного представлена ассоциацией двух видов коагулазонегативных стафилококков: *S. hominis* и *S. xylois*. Средний показатель обсемененности очагов составил $5,27 \pm 2,29$ lg КОЕ/мл (n=20). При этом, низкая обсемененность ($<10^3$ КОЕ/мл) наблюдалась в 70% (n=14), высокая ($>10^4$ КОЕ/мл) в 30% (n=6) случаев.

В контроле ізолированный рост 5-и видов стафилококков установлен в 36,4% случаев (n=8). Монокультуры были представлены *S. hominis* 50% (n=4), *S. haemolyticus* 12,5% (n=1), *S. epidermidis* 12,5% (n=1), *S. capitis* 12,5% (n=1). В ассоциациях доминировали коагулазонегативные стафилококки, представленные в 30,8% случаев двумя видами, 15,4% случаев – тремя, а также в ассоциациях с представителями родов *Corynebacterium*, *Micrococcus*, *Bacillus*. Средний

показатель обсемененности контрольных участков кожи составил $3,19 \pm 1,79 \lg \text{КОЕ/см}^2$ (n=20). При этом, низкая обсемененность наблюдалась в 90% (n=18) случаев, высокая – в 10% (n=2). Повышение обсемененности кожи микроорганизмами в очагах, а также снижение числа ассоциаций обеспечивающих колонизационную резистентность кожи может служить одним из факторов развития воспаления при данном заболевании.

СИНДРОМ АНТИФОСФОЛІПІДНИХ АНТИТІЛ І ЙОГО ДЕРМАТОЛОГІЧНА МАНІФЕСТАЦІЯ

О.А. Білінська, Б.М. Паращук, І.О. Чаплик-Чижо

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вовчаковий антикоагулянт (ВА) був визначений при системному червоному вовчаку (СЧВ), як антитіло що інгібує активацію протромбіну в фосфоліпідзалежних тестах коагуляції без специфічного пригнічення будь-якого з факторів згортання. Висловлювання різних авторів про властивості і механізмів дії ВА суттєво відрізняється один від одного, так як існує не один, а група подібних інгібіторів згортання які представляють собою антифосфоліпідні антитіла (АФЛА). У хворих з цими або іншими антитілами проти фосфоліпідів спостерігаються рецидивуючі тромбоемболічні ускладнення, ураження головного мозку, патології вагітності, що дозволено виділити синдром

АФЛА. Дерматологічна маніфестація охоплює дистальну шкірну ішемію та обширні некрози шкіри, болючі виразки кінцівок, що погано піддаються лікуванню та ліведено. В біоптатах із вогнищ уражень характерні зміни для локалізованого внутрішньосудинного згортання крові. Для дерматолога цілеспрямований пошук ВА та інших АФЛА є необхідним у хворих на СЧВ і вовчаковоподібних синдромах, флебітах невиясненої етіології, ліведено-цереброваскулярному синдромі, а також уражень, що супроводжуються розповсюдженням тромбозом судин шкіри: злоскісному атрофічному папулозі (хворобі Кельмейєра-Дегоса), вузликовому періартеріїті.

ПОРУШЕННЯ ГЕМОСТАЗУ ПРИ СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ З ШКІРНИМИ ПРОЯВАМИ

О.А. Білінська, О.Н. Надашкевич, Б.М. Паращук, О.Б. Кузьмяк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Серйозні відхилення в метаболізмі сполучної тканини та імунологічному статусі організму складають основу уражень шкіри і внутрішніх органів при системній склеродермії (ССД). Морфологічні дослідження свідчать про те, що поряд з порушенням структури колагенових волокон є зміни і мікроциркуляторного русла, які відзначаються проліферацією ендотелію, гіпертрофією медії, склерозом судин, облітерацією просвіту. Агіопатії у хворих на ССД мають генералізований характер. Аналогічні ураження судин виявляють в шкірі, легенях, серці, нирках, печінці та інших органах. Потовщення стінок і спазм мілких судин,

особливо артеріол, зменшенню кількості функціонуючих судин в субепідермальній зоні, знаходяться навіть в неуразеній шкірі. Поряд з цим відмічається кореляції характеру судинних змін зі стадією ураження шкіри. Ураження судинної стінки, підвищена схильність до вазоконстрикцій і попадання в циркуляцію колагену ведуть до порушення реології крові (агрегація, складж, аглютинація формених елементів крові) і активації як судинно-тромбоцитарних так і коагуляційної ланок гемостазу. Після виникнення дисбалансу в системах згортання, проти згортання і фібринолізу дисемінованих внутрішньосудинних згор-