

екземою. За допомогою атомно-емісійного аналізу було досліджено волосся у 50 хворих на хронічну істинну екзему. Проведений статистичний аналіз (варіаційний, кореляційний, регресивний, одно- та багатофакторний) достовірно показав, що для діагностики т. з. «метаболічного синдрому» достатньо визначення рівнів таких біоелементів як Ca, Cr, Cu, I, K, Mg, Mn, Na, P, Se, Zn. Порушення вмісту деяких із них безпосередньо впливають і на клінічні ознаки ушкодження шкіри та її придатків у хворих екземою: при дефіциті Zn та Se спостерігається надмірне випадання волосся,

при надлишку Zn та дефіциті Se – крихкість нігтьових пластинок, при надлишку Se – ламкість нігтьових пластинок. При дефіциті K відмічається ламкість, дефіциті Zn, Mn та Se – затримка росту волосся. Таким чином, наші дослідження свідчать: по-перше, про тісний зв'язок між метаболічними порушеннями («метаболічний синдром») і функціональним станом шкіри та її придатків у хворих істинною хронічною екземою; по-друге – про важливість використання біоелементного аналізу в якості одного з біомаркерів таких взаємовідносин.

ДО ПРОБЛЕМИ АЛЕРГІЗАЦІЇ ПРИ ПОВЕРХНЕВИХ МІКОЗАХ ТА ПІОДЕРМІЇ

В.А. Бочаров, Г.В. Пугач, А.С. Блохіна, В.В. Гунькова

*Запорізький державний медичний університет
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
МСЧ ДВНЗ Української академії банківської справи НБ України*

Багато видів патогенних грибів є повноцінними антигенами (аГ), які можуть спричиняти розвиток алергічних реакцій та появу на шкірі алергидів (мікоалергидів). Мікоалергиди – це зміни шкіри, які виникають внаслідок гематогенного, лімфогенного розповсюдження грибів або їх аГ при виразній специфічній сенсibiliзації організму. Серед факторів, що провокують виникнення алергидів, розрізняють – екзогенні (тривала ходьба, перегрівання, посилене потовиділення, мацерація, хімічні подразнення) та – ендогенні (прийом антибіотиків, гормонів, приєднання бактеріальної флори). За даними більшості авторів бордюр відшарованого епідермісу при епідермофії частіше всього спричиняється стрептококовою інфекцією – тобто, одним з ендогенних факторів виникнення алергидів. Для розповсюдження алергічної

висипки при поверхневих мікозах та піодерміях характерна певна етапність: 1-й етап – локальний характер, 2-й – віддалений характер, 3-й – розповсюджений характер, 4-й – алергізація усієї шкіри. Під нашим спостереженням знаходилося 75 хворих на поверхневі мікози (по 25 з кандидозом шкіри, епідермофією, еритразмою), а також – 20 пацієнтів з хронічною рецидивуючою піодермією. Особливістю алергидів при поверхневих мікозах шкіри були: симетричність розташування, поліморфізм елементів (еритематозно-сквамозні, дрібнопапульозні, папуло-везикулярні, везикулярні, рідше – вузли). Для алергидів при хронічних рецидивуючих піодерміях, окрім вищезазначеного, був характерним розвиток мікробної екземи у 10 хворих навколо мацерованої шкіри в області гомілок.

ІМУНОФЛАМ В СИСТЕМІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ

В.В. Бочарова, Г.М. Бондаренко, Р.Б. Мордзінський

*Запорізький державний медичний університет
ДУ «Інститут дерматології та венерології АМН України»*

Атопічний дерматит (АтД) – хронічне рецидивуюче алергічне захворювання з такими основними ланками патогенезу як: дисбаланс між α - та β -адренорецепторами, підвищенням числа рецепторів на опасистих клітинах, генетичний дефект на рівні Т-супресорів, особли-

востями психоемоційного стану хворих. На теперішній час існує значна кількість методів лікування АтД. В той же час, вони нерідко є малоефективними або викликають різні побічні ефекти. Це диктує необхідність розробки нових засобів терапії. В системі комплексного лікування (СТ –

стандартна терапія) 20 хворим на АтД (гіпоалергенне харчування, антигістамінні та мембраностабілізуючі препарати, вітаміни, седативні засоби, місцево – дезінфікуючі, протизапальні та кортикостероїдні препарати) використовували інмунофлам за 30 хв до їжі по 1 капсулі 1 раз на день, запиваючи 0,5 склянкою води протягом 30 днів. Другий курс лікування проводився через тиждень за такою ж схемою, але без інших лікарських засобів для внутрішнього використання. Стандартну терапію без інмунофламу проводили 15 хворим. В результаті проведеного комплексного

лікування з використанням інмунофламу спостерігалась більш виразна позитивна динаміка клінічних проявів (сверблячка шкіри зменшувалась у середньому на 4-5-й, а регресувала – на 11-й день, висипка на шкірі практично повністю регресувала у середньому – на 20-й день (у місцях ліхенізації залишалась незначна гіперпигментація). В порівняльній групі у більшості пацієнтів сверблячка шкіри повністю не зникала, більшість висипки регресувала не раніше ніж через 1,5 місяці від початку лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСОРІАТИЧНОЇ ХВОРОБИ НА ЛЬВІВЩИНІ

І.Я. Возняк, О.О. Сизон, О.Ю. Туркевич

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

За останнє десятиріччя кількість зареєстрованих випадків псоріатичної хвороби (ПХ) у Львівській області зросла майже вдвічі (з 3127 до 5433), динаміка вперше виявленого дерматозу збільшилася на 27,2%. Тому метою даного дослідження було всебічне вивчення особливостей клінічного перебігу ПХ у різних вікових групах. За період з 2007 по 2010 роки нами було проведено обстеження 315 хворих на псоріаз, які знаходились на стаціонарному лікуванні у ЛОШВД. Пацієнтів чоловічої статі зареєстрували більше в 2,5 рази, ніж жіночої, що можна трактувати, як неретельне виконання ними порад лікаря, порушення режиму (вживання алкоголю, паління, емоційні переживання в зв'язку з втратою роботи). Серед хворих мешканців міста було більше, ніж села в 2 рази, причому частота звернень у міських мешканців чоловічої статі більша в 3 рази від відповідної в селі, що говорить за більш часту стаціонарну допомогу мешканцям міста. На наш погляд, їх самолікування засобами реклами приводить до появи резистентних форм ПХ та збільшення площі ураженої шкіри. Найменше хворих виявлено серед пенсіонерів та інвалідів. Можливо, домінуючим у цій ситуації був соціально-економічний фактор. Поширений псоріаз зустрічався у 94,9 %, обмежений – у 5,1 %. У 282 осіб спостерігалася типова форма захворювання, краплевидна – у 12, себореїна – в 6, ексудативна – в однієї особи, псоріатична еритродермія – у 14. Псоріатичну артропатію відмічали в 78 випадків ПХ, у 64 з них рентгенологічно – псоріатичний артрит (ПСА) та деформуючий ПСА, у решти – суглобовий синдром у вигляді псоріатичної енте-

зопатії, підтверджений за допомогою УЗД чи МРТ. Отже, легка форма псоріатичного процесу спостерігалася в 5% випадків, середньої важкості – у 81% хворих і, відповідно, важка – у 14%. Хворих з прогресивною стадією псоріазу було обстежено 198 особи, зі стаціонарною – 115, регресивною – 2. Серед обстежених зимова форма псоріазу була домінуючою – 208 порівняно з 43 випадками літньої та 64 – недиференційованої. Давність захворювання обстежених хворих коливалася в межах від 3 місяців до більше 40 років (33 % випадків – до 5-ти років). Сімейна псоріатична хвороба виявлена у 21% обстежуваних. Серед факторів, які передували первинній появі шкірних проявів захворювання, відмічали: стресові ситуації у 153 випадках, зловживання алкоголем – у 19, мікробно-вірусний чинник – у 63 осіб, ендокринні порушення – у 8, шкідливості виробництва – 2, травму – 5. Причини початку захворювання не вказувало 15 % хворих. Перебіг захворювання у 78,23% чоловік характеризувався схильністю до частих загострень. У 21,01 % осіб не спостерігалось стійкої ремісії тривалий час. У 296 хворих при ретельному зборі анамнезу, а в подальшому, клінічному та лабораторному обстеженні було виявлено широкий спектр супутніх захворювань, 25 чоловік вказували на зв'язок загострень хронічних захворювань травного каналу зі спалахами псоріатичного процесу і навпаки. ПХ в пацієнтів похилого віку (більше 60 років), на відміну від молодшої категорії, характеризувалася більш важким протіканням, затяжними рецидивами (3-4 місяці), вираженими суб'єктивними відчуттями (96,6% до 59,6%), з переважанням