

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ОШИБОК В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ**Д.В. Прохоров, О.А. Притуло, М.В. Нгема, М.Б. Испирьян, В.Н. Смолиенко***Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского*

Меланома является одной из наиболее злокачественных опухолей человека и самой агрессивной из всех новообразований кожи, на долю которой приходится до 70 % летальных исходов от злокачественных новообразований кожи. Основными субъективными и объективными причинами клинических ошибок в диагностике МК являются: отсутствие у врача необходимых теоретических знаний по дерматоонкологии и клинического опыта; недостаточная онкологическая настороженность; пренебрежение подробностями анамнеза (игнорирование имеющихся или имевших место эндогенных и экзогенных факторов риска); поверхностный, невнимательный осмотр больного; недостаточное использование вспомогательных (неинвазивных) методов диагностики; атипичная клиническая форма новообразования и нетипичная локализация опухоли, что объективно затрудняет визуальную дифференциальную диагностику; длительное существование у пациента фоновой (сопутствующей) кожной

патологии, формирующей стереотип клинического мышления наблюдающего врача или маскирующей клинические проявления опухоли; ошибочный (отрицательный) результат первичного, нередко однократного, цитологического или гистологического исследования. Необходимым условием эффективной работы по ранней диагностики МК является взаимодействие на постоянной основе двух специализированных служб – дерматологической и онкологической как на диагностическом этапе (окончательная верификация диагноза), так и на организационном (анализ и взаимоинформация об ошибках в диагностике). Резервы активного выявления больных с опухолями кожи могут быть эффективно использованы лишь при условии систематического усовершенствования врачей основных клинических специальностей и средних медицинских работников по базисным вопросам клиники и ранней диагностики опухолей кожи.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ У ХВОРИХ НА ОБМЕЖЕНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ ТА ХРОНІЧНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК**В.В. Савенкова***ДУ «Інститут дерматології та венерології АМН України»*

Спостережений негативний патоморфоз перебігу обмеженої склеродермії (ОСД) і хронічного червоного вовчака (ХЧВ) пов'язують зі складністю етіопатогенезу цих захворювань, зниженням компенсаторних можливостей організму під впливом несприятливих факторів зовнішнього середовища. Це потребує розробки нових методів лікування хворих, у тому числі профілактики рецидивів з використанням препаратів, що підвищують адаптаційний потенціал організму. На наш погляд, на фоні традиційної профілактичної терапії, що включає вітамінні, судинозміцнюючі, дезагрегантні препарати у міжрецидивний період, необхідно використовувати ліки, які впливають на гомеостаз, і засоби місцевої терапії, що поліпшують обмінні процеси і прискорюють регенерацію ураженої шкіри. Тому метою роботи була розробка методів профілактики рецидивів у хворих на ОСД і ХЧВ. У ході дослідження

нами спостерігалось 82 хворих на ОСД віком від 19 до 74 років, серед яких 32 чоловіки і 50 жінок, а також 50 хворих на ХЧВ віком від 19 до 84 років, з яких було 16 чоловіків і 34 жінки. Методом незалежної вибірки для оцінки терапевтичної ефективності розроблених профілактичних методів хворі на ОСД і ХЧВ були розподілені на дві репрезентативні групи. Через 3 місяці після закінчення основного курсу лікування пацієнти перших терапевтичних груп з легким і середнім перебігом на фоні традиційної профілактичної терапії (трентал і дуовіт при ОСД і курантил і дуовіт при ХЧВ) отримували актовегін по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 30 днів. Місцево хворі на ОСД отримували траумель С з додатковим введенням димексиду (30 %), а хворі на ХЧВ – мазь солкосерил протягом 1 місяця. Хворі з тяжким перебігом на фоні відповідної традиційної терапії отримували актовегін по 2 таблетці 3 рази на

день 20 днів, потім по 1 таблетці 3 рази на день 10 днів, зазначені мазі використовували протягом 1,5 місяців. Хворі других терапевтичних груп отримували лише зазначену традиційну терапію. Оцінка клінічного стану хворих проводилася протягом 5 років 4 рази на рік на підставі результатів клініко-лабораторних досліджень. Встановлено,

що використання розробленого методу дозволяє зменшити ступінь тяжкості захворювання при загостренні, призвести до клінічної ремісії або продовжити її до $8,5 \pm 0,8$ місяця при ОСД і $7,5 \pm 0,6$ місяця при ХЧВ, що відповідно у 1,5 і 1,4 разу довше порівняно з пацієнтами, які отримували лише традиційну вторинну профілактику.

ДОСВІД КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ДЕМОДЕКОЗУ

О.О. Сизон, О.Ю. Туркевич, О.Н. Надашкевич

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Демодекоз деякі спеціалісти розглядають, як тимчасовий косметичний дефект. Діагностика цього дерматозу не представляє особливих труднощів, проте існування багатьох версій і нечіткостей з приводу етіопатогенезу, робить проблему достатньо актуальною. Тому, лікування демодекозу вимагає комплексного обстеження і терапії, направлених на ліквідацію механізмів його виникнення, клінічних проявів, ускладнень. Нами спостерігалось 57 хворих (21 чоловік і 36 жінок у віці від 17 до 40 років) на демодекоз, клінічний діагноз яким був підтверджений мікроскопічним аналізом. При проведенні консультацій суміжних спеціалістів у 12 осіб виявлений хронічний холецистит, у 7 – гіперацидний гастрит, в 3 випадках – неврози. Обстежені були поділені на дві групи, які, окрім, корекції супутньої патології, отримували наступне: I група – мератин по 500 мг 1 раз на добу протягом 14 днів, рибомуніл по схемі, а також місцеву терапію у вигляді кріомасажу. Пацієнтам II групи до попередньої схеми в якості зовнішнього середника долучено

емульсію Ефаклар К (Ля Рош Позе) 2 рази денно на протязі місяця, в основі якого – ЛНА(ліпогідроксі-кислота з бензольним кільцем) – унікальний запатентований компонент з м'якою дією на шкіру та високою ефективністю. Клініко-етіологічний контроль ефективності рекомендованої терапії проводили до, під час та після завершення лікування. У II групі хворих відсутність кліща при лабораторному обстеженні відмічалась у 87 % випадків у порівнянні з 61% – у першій. Значне покращення дерматологічного стану пацієнтів у вигляді початкового регресу елементів висипу реєстрували на 5-6 днів раніше при застосуванні теж II схеми лікування. Переносимість рекомендованої терапії задовільна, окрім 2 випадків, коли у хворих після прийому мератину відмічалась нудота, важкість в епігастрії зранку. Отже, отримані результати вказують на достатню ефективність запропонованої терапії, що дає підстави рекомендувати її до широкого застосування в лікуванні осіб з демодекозом.

ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗМІНИ В ОСІБ З ПСОРИАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ

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

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Особливу роль емоційного стресу при шкірних хворобах здавна відмічали дерматологи, зокрема: важке нервово перенавантаження є причиною хронічної кропив'янки у 63-73% хворих, у 87% – вогнищевої алопеції, в 66% – нейродерміту. На жаль, психокорекція дерматологічних пацієнтів проводиться без обліку їх психічного статусу, що знижує її цінність, інколи дискредитує ефективні методики лікування. Метою роботи було довести доцільність психодіагностики в осіб з псоріа-

тичною хворобою (ПХ), як невід'ємної частини комплексу діагностичних критеріїв, що дозволить удосконалити етіопатогенетичну програму лікування. Шляхом клінічної психодіагностики 75 обстежених з ПХ (57 осіб з поширеним патологічним процесом, 3 – псоріатичною еритродермією (ПЕ), 15 – з артропатичним псоріазом (АП)) з використанням тестового набору для оцінки депресивного стану та емоційного відношення пацієнта до свого захворювання за шкалою