

**Матеріали та методи:** методи кількісного визначення рівня раково-ембріонального антигену в сироватці чи плазмі крові хворого.

**Матеріал для дослідження:** Під нашим обстеження було 40 пацієнтів з раком сечового міхура. Пацієнти знаходились на стаціонарному лікуванні в онкоурологічному відділенні КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова». У всіх пацієнтів до хірургічного втручання та в ході післяопераційного моніторингу з інтервалом в 6 місяців виконувалось дослідження раково-ембріонального антигену.

Раково-ембріональний антиген визначали у сировотці або плазмі крові, яку отримували методом центрифугування по 10 хв. (1300-2000 об./хв.), яке проводили після утворення згустку, через 30 хв. після взяття крові та не пізніше 1 години. Використовували електрохемилюмінесцентний метод визначення, принцип якого полягав у вимірюванні реакції антиген-антитіло та її ідентифікації. Для ідентифікації реакції використовували спеціальні мітки, магніт та електричну напругу. В якості мітки використовуються сіль рутенію.

Аналізатор автоматично розраховує концентрацію аналіту на підставі вимірювань *CEA*

*CALL* та *CEA CaL2* у нг/мл. Референтні значення: чоловіки та жінки 20-69 років: до 4,7; з 40 до 69 років – до 5,2; курці в минулому, або не курці 20-69 років – до 3,8; курці в минулому, або не курці 40-69 років – до 5,0; курці 20-69 років – до 5,5

**Результати та обговорення.** Підвищенням онкомаркеру вважався показник, який перевищував дискримінаційну величину. Підвищення рівня раково-ембріонального антигену не відмічалось до операції у жодного пацієнта, які були під нашим спостереженням. Післяопераційний монітор виявив у 28 пацієнтів підвищення концентрації раково-ембріонального антигену. Проведене нами дослідження показало, що важливе діагностичне значення має не тільки сам факт підвищення раково-ембріонального антигену, але і ступінь підвищення його концентрації.

**Висновок.** При підвищенні рівня раково-ембріонального антигену більш ніж в 1,5 рази можливо говорити про ймовірність виявлення метастазів раку сечового міхура. Підвищення концентрації раково-ембріонального антигену є в першу чергу ознакою метастазування раку сечового міхура, а не маркером первинної пухлини.

## Одновременное наличие малассезийной инфекции на коже, в мочеполовом и желудочно-кишечном тракте – сочетание отдельных форм малассезиоза или проявление системной инфекции?

Горбунцов В. В.<sup>†</sup>, Горбунцова В. И.<sup>‡</sup>

<sup>†</sup>Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>‡</sup>Государственное учреждение «Институт гастроэнтерологии Национальной академии медицинских наук Украины»

Исследования последних двадцати лет существенно дополнили современное понимание патологии, вызванной дрожжеподобными грибами рода *Malassezia*. Так, дано определение нозологическое единице «малассезиоз», определены новые виды этого рода и уточнена их биология, усовершенствованы методы лабораторной диагностики, уточнено описание отдельных клинических форм этой инфекции, установлена ма-

лассезийная патология многих ранее известных патогенных процессов, дополнено понимание патоморфологии и патофизиологии. Исследования малассезиоза можно без преувеличения считать наиболее динамически развивающейся проблемой клинической микологии.

Системные проявления малассезийной инфекции известны, но считаются редкой формой этого заболевания и описаны недостаточно чёт-

ко. Частью этой проблемы также является отсутствие общепринятых ясных критериев системности процесса.

Нами обращено внимание на наличие проявлений малассезийной инфекции на коже, в мочеполовом и желудочно-кишечном тракте 26 пациентов возраста 21-68 лет (14 пациентов с симптомами хронического колита, 4 пациента - неспецифического язвенного колита, 8 пациентов с синдромом раздражённого кишечника), не имевших проявлений других манифестных инфекционных заболеваний и проявлений другой клинически значимой патологии, которые проходили обследование и лечение в клинике ГУ «ДМА» и ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМНУ».

Критерием для определения малассезиоза было обнаружение не менее  $8 \times 10^5$  на см кв. (в контроле у здоровых, а также при малассезиозе -  $5 \times 10^5$  КОЕ на см кв.) числа КОЕ грибов рода *Malassezia* (и содержания грибов рода

*Malassezia* (более 1000 КОЕ/г при посеве кала).

Анализ данных анамнеза, а также последующего клинического наблюдения в процессе таргетной противомалассезийной терапии показал наличие взаимосвязи и взаимозависимости проявлений малассезиоза кожи, урогенитального малассезиоза и воспалительных процессов в желудочно-кишечном тракте.

Результаты предыдущих исследований, проведенные у пациентов с отдельными формами малассезиоза позволяют сделать вывод о наличии общих моментов патогенеза различных проявлений этой инфекции.

Перспективами исследования в данном направлении можно считать дальнейшие исследования особенностей патогенетических взаимосвязей этих отдельных форм малассезиоза, что может дать возможность определения достоверных критериев отличия сочетания отдельных форм и системного характера этой инфекции.

## Критерії морфологічної діагностики псоріазу

Гречанська Л. В.

Українська військово-медична академія, Київ

Діагностика псоріазу при типовій клінічній картині зазвичай не викликає труднощів. Основним морфологічним елементом є хронічна запальна лентикулярна папула або бляшка рожево-червоного кольору вкрита сріблясто-білими лусочками. Але безліч клінічних форм псоріазу потребує проведення диференційної діагностики, при цьому патогістологічне дослідження шкіри має вирішальне значення.

В залежності від клінічної форми, стадії захворювання та локалізації процесу морфологічні зміни шкіри відрізняються. Так, при прогресуючій стадії псоріазу акантоз та інші патогномічні ознаки можуть бути виражені мінімально. Особливо утруднена діагностика ранніх форм псоріазу при первинній маніфестації у похилих пацієнтів, коли клінічна картина захворювання стерта та нагадує хронічну нумулярну екзему або парапсоріаз. Розташування псоріатичного висипу на нижніх кінцівках часто супроводжується явищами стазису, що імітує розширені капіляри при псоріазі.

Особливі труднощі викликає диференційна діагностика долоно-підшовної форми псоріазу, коли ми спостерігаємо фізіологічний гіперкератоз та спонгіотичні процеси, що мають місце

при дисгідротичній, нумулярній та контактній екземі. Другою проблемою є диференційна діагностика псоріазу волосистої частини голови та себорейного дерматиту. При цій формі відмічається розширення усть волосяних фолікулів та знижена кількість або відсутність сальних залоз.

Багатьма дослідженнями вже встановленні основні диференційно-діагностичні критерії псоріазу в залежності від стадії перебігу. Так для прогресуючої стадії псоріазу характерна наявність мікроабсцесів Мунро, розширені високо розташовані капіляри у сосочках дерми, що торкаються епідермісу, периваскулярний інфільтрат із лімфоцитів та нейтрофілів, паракератоз, подовження епідермальних виростів. У стаціонарній стадії до вище перерахованих ознак додається псоріазіформний акантоз та зникнення гранул у зернистому шарі епідермісу – гіпогранулоз. Але вираженість тих чи інших ознак залежить також від клінічної форми та локалізації процесу. Тому діагностика та диференційна діагностика псоріазу потребує ретельного аналізу клінічної картини, даних анамнезу та гістологічних змін шкіри. Знання основ патології шкіри дозволяє лікарю-дерматовенерологу правильно оцінити ці дані та встановити діагноз.