

стандартної терапії дерматозу, іншим 28 хворим (основна група) додатково призначали гепатопротекторний засіб на основі силімарину (Легалон 140), який окрім гепатопротекторної та дезінтоксикаційної дії володіє антиоксидантною активністю завдяки здатності силімарину зв'язувати вільні радикали та переривати чи попереджувати процес перекисного окиснення ліпідів, що призводить до руйнування клітинних мембран (по 1 капсулі тричі на добу впродовж 2-3 тижнів).

**Результати та обговорення.** Серед обстежених 57 пацієнтів у 36 хворих діагностовано екзему інфекційну (мікробну), у 21 пацієнта – екзему істинну. У 43 хворих патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у 14 – був обмеженим. У 9 пацієнтів екзема була діагностована вперше, а в 48 – мала хронічний часто рецидивний перебіг. У всіх хворих патологічний процес на шкірі мав гострозапальний характер з проявами в осередках ураження різкої гіперемії, набряку та інфільтрації. Згідно із клінічними спостереженнями, у хворих на екзему основної групи, які отримували гепатопротекторний засіб з антиоксидантною дією із

вмістом силімарину, на 4-5-й день відзначали зменшення проявів гіперемії й мокнуття в осередках ураження, а також зменшення відчуття свербіжу й покращення сну, а на 9-11-й день – істотне зменшення проявів набряку й інфільтрації, що дозволило скоротити терміни лікування таких пацієнтів у середньому на 3,7 дні порівняно із хворими порівняльної групи, які отримали стандартне лікування. Усі хворі основної групи перенесли комплексне лікування із застосуванням гепатопротекторного засобу Легалон 140 добре, без ускладнень чи побічних ефектів. При подальшому спостереженні за пацієнтами відзначено подовження періоду стану клінічної ремісії екземи у пацієнтів основної групи (у середньому на 4-5 місяців) порівняно з пацієнтами, які отримали стандартну терапію дерматозу.

**Висновок.** Включення до комплексного лікування хворих на екзему гепатопротекторного засобу з антиоксидантною дією із вмістом силімарину сприяє прискоренню регресу гострозапальних проявів в осередках ураження шкіри, скорочує терміни лікування таких хворих, а також подовжує стан клінічної ремісії дерматозу.

## Визначення рівня метгемоглобіну у крові хворих на пізні форми сифілісу

Бондаренко Г. М., Нікітенко І. М., Унучко С. В., Кутова В. В., Губенко Т. В., Безрученко О. А.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Харків

Збудник сифілісу при системному поширенні може вражати різні системи організму, впливаючи на клінічний перебіг захворювання. Про це свідчать порушення обмінних процесів, клітинного метаболізму, мікроциркуляції в тканинах, судинні й інші розлади, що супроводжуються виникненням серцево-судинної або неврологічної симптоматики

**Мета роботи** – провести дослідження рівня *MetHb* у крові хворих на пізні форми сифілісу, та оцінити стан гемічної гіпоксії.

**Матеріали та методи:** в групу дослідження було включено 15 пацієнта з пізніми формами сифілісу, віком від 22 до 64 років, які перебували на лікуванні у відділенні венерології ДУ «ІДВ НАМНУ». При встановленні діагнозу всім хво-

рим проводилося серологічне обстеження, що включало: реакцію мікропреципітації, реакцію прямої гемаглютинації, реакцію імунофлюоресценції, імуноферментний аналіз (*IgM*, *G* до *Tr. pallidum*). Дослідження рівня *MetHb* було проведено фотоколориметричним методом Л.Е. Горна.

**Результати та обговорення:** нами було проведено дослідження рівня *MetHb* у крові 15 хворих на пізні форми сифілісу (7 чоловіків, 8 жінок) до і після лікування по стандартній методиці. До лікування рівень *MetHb* на рівні норми, що свідчить про відсутність гіпоксії в організмі. У жінок рівень *MetHb* ( $1,60 \pm 0,21$ ) г/л, у чоловіків – ( $1,82 \pm 0,21$ ) г/л. Після проведеного лікування відзначається достовірне збільшення рівня *MetHb* у всіх пацієнтів більше ніж у 4 рази, у жінок – ( $1,82 \pm 0,21$ ) г/л, у чоловіків – ( $11,25 \pm 6,75$ ) г/л, що указує на зна-

чні ознаки гемічної гіпоксії, порушення обмінних процесів і можливих імунних дисфункцій в крові хворих на пізні форми сифілісу.

**Висновок:** при тривалій терапії сифілісу з застосуванням високих курсових доз антибіотиків

необхідно проводити комплекс лікувальних заходів для досягнення фізіологічного рівня MetHb в крові. Перспективою подальших досліджень є корекція згаданих змін за допомогою ліпосомальних препаратів

## Особливості клінічного перебігу розацеа та атопічного дерматиту в південній та північній областях України

Бочаров В. А.<sup>†</sup>, Михайлюк К. А.<sup>†</sup>, Іванова М. О.<sup>†</sup>, Куц Л. В.<sup>‡</sup>,  
Анас Аталла Салем Сарайрех<sup>‡</sup>

<sup>†</sup> Одеський національний медичний університет

<sup>‡</sup> Сумський державний університет

**Мета роботи** – з'ясувати вплив факторів зовнішнього середовища на перебіг розацеа та атопічного дерматиту у хворих, які мешкають в Одеській та Сумській обл. України.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 61 хворий на розацеа (29 мешканців Одеської обл., 32 – Сумської) та 34 хворих на атопічний дерматит, ускладнений периоральним дерматитом (відповідно, 18 та 16 із цих областей України), у яких в анамнезі чітко прослідковувалися впливи факторів зовнішнього середовища на хронічний перебіг дерматозу. Статистична обробка результатів обстежень проводилася за допомогою ліцензованої комп'ютерної програми «*Statistic 6.0*».

**Результати та обговорення.** Достовірно частіше у цих двох регіонах України як на розацеа, так і на атопічний дерматит, ускладнений периоральним дерматитом, хворіли особи жіночої статі: в Одеській обл. ці діагнози встановлено відповідно у 72,4 % та 83,3 % у обстежених жінок, проти 27,6 % та 16,7 % – у чоловіків ( $p < 0,01 - 0,001$ ); в Сумській обл. такі діагнози встановлено, відповідно, у 71,9% та 87,5% жінок і у 28,1% та 12,5% – чоловіків ( $p < 0,01 - 0,001$ ). Такий провокуючий фактор, як підвищена інсоляція частіше негативно впливав на перебіг розацеа у хворих з південної (Одеської), ніж з північної (Сумської) областей – відповідно, у 79,3% та 59,4% ( $p < 0,05$ ); негативний вплив аероіритантів (низька температура, вітер)

частіше відмічався у хворих з північної, ніж з південної областей (відповідно, у 40,6% та 20,7 –  $p < 0,01$ ). У хворих на атопічний дерматит підвищене ультрафіолетове сонячне опромінення шкіри обличчя супроводжувалося появою клінічних проявів периорального дерматиту переважно у жінок молодого віку при наявності сухості шкіри (у 21 із 29 – 72,4%); у решти жінок мало негативний вплив на перебіг захворювання використання косметичних засобів (у обох цих регіонах). У осіб чоловічої статі розвиток периорального дерматиту, як ускладнення атопічного дерматиту, провокувався як під впливом інсоляції, так і зазначених вище аероіритантів.

Відносно дії інсоляції на шкіру обличчя хворих розацеа (що відбувалося частіше навесні або при тривалому перебуванні на сонці влітку) встановлено провокуючий її характер на розвиток еритематозної форми захворювання переважно у жінок старше 40 років та появу у них пасивно розширених судин (із застоєм крові) – так зв. актинічний еластоз.

Незважаючи на різні етіологічні фактори та відмінність клінічних проявів, у патогенезі цих хронічних дерматозів відіграє роль вплив низки близьких патогенетичних механізмів (функціональні порушення з боку нервової, ендокринної, імунної систем, органів травлення та ін.). Близькими також за механізмом негативного впливу на клінічний перебіг цих захворювань є і дія факторів зовнішнього середовища, особливо – підвищеної інсоляції, яка вже на почат-