

Состояние оксида азота у больных розацеа

Сабилов У. Ю., Якубов А. А.

Государственный учреждение Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент, Узбекистан

Цель работы – изучить состояние оксида азота (NO) у больных розацеа.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось у 70 больных, в возрасте от 23 до 74 лет, средний возраст составляют 48 лет. Мужчин было 14, женщин - 56. Давность заболевания была от трёх месяцев до 12 лет. У 16 больных диагностирована эритематозно-телеангиэктатическая, у 40 – папуло-пустулезная и у 14 – пустулезно-узловатая форма розацеа. Контрольную группу составили данные 14 практически здоровых лиц.

Исследование оксида азота по сумме метаболитов нитратов и нитритов (NO₂ и NO₃) в сыворотке крови больных розацеа по методике П. П. Голиковой и Н. Ю. Николаевой (2000).

Результаты исследования. Самое достоверное повышение ($p < 0,001$) уровня оксида азота в сыворотке крови отмечалось у больных пустулезной и пустулезно-узловатой стадиями по сравнению с показателями эритематозно-телеангиэктатической стадией и здоровых лиц. В зависимости от давности заболевания значительно достоверные ($p < 0,001$) значения наблюдались у больных с длительностью болезни от 1 года и выше, по сравнению с показателями до 1 года и здоровых лиц.

Заключение. У больных розацеа отмечается нарушение эндотелиальной дисфункции, заключающееся в повышении содержания оксида азота в сыворотке крови в зависимости от стадии и давности заболевания, что позволяет, в проводимую терапию, включить лекарственные средства, влияющие на эти процессы.

Профілактика як важливий аспект менеджменту актинічного кератозу

Святенко Т. В.[†], Глушок В. С.[‡]

[†] ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро

[‡] Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Вступ. Актинічний кератоз (АК) за рівнем своєї поширеності, відомим потенціалом трансформації у плоскоклітинний рак шкіри (ПКРШ), є клінічно значимим дерматозом. «Омолодження» контингенту пацієнтів з даною патологією, а також локалізація уражень на косметично значимих ділянках шкіри (обличчя, скальпу, шиї, розгинальних поверхонь кистей) пояснюють його медико-соціальну значимість.

Відомо, що пусковим механізмом і основним фактором ризику при актинічному кератозі, як і при раку шкіри, є кумулятивний вплив UV, а збільшення експозиції UVB корелює із виникненням і розвитком неоплазій в шкірі. На підставі цього зрозумілим є вплив на рівень захворюваності на раки шкіри, актинічний кератоз і інші преканцерози, навколишнього середовища і, в першу чергу, інтенсивності сонячного опромінення.

Згідно прогнозів, у зв'язку з виснаженням стратосферного озону і відповідно збільшенням інтенсивності випромінювання, у 2060 році очікується ріст раків шкіри приблизно на 10% в порівнянні з сьогоднішнім часом.

Мета дослідження – розробити і впровадити методику мотиваційного консультування пацієнтів з актинічним кератозом.

Підґрунтям для формування і реалізації патогенетично-обґрунтованої профілактики даного захворювання у нашій роботі були сучасні дані про етіопатогенез актинічного кератозу.

Необхідність забезпечення захисту організму людини в цілому від впливу УФ на даний час вже є очевидною і базується на сучасних знаннях про ефекти, які спричиняють УФ промені на здоров'я людини в цілому і в т.ч. на канцерогенез. Шкіра є першим і основним органом,

який постійно піддається впливу УФ, тому її ефективний захист від надмірної інсоляції є дуже важливим.

Розробляючи нашу методіку мотиваційного консультування пацієнтів з актинічним кератозом, ми також керувались припущеннями науковців про те, що пропагуючи необхідність використання сонцезахисних засобів (СЗЗ), навчаючи населення розумінню потреби захищати тіло від надмірної інсоляції з одночасним переконанням фундаментально змінювати поведінку і спосіб життя стосовно перебування на сонці, можна досягнути значимого зменшення навантаження УФ на організм, а значить в кінцевому результаті можна досягнути зниження рівня захворювання на актинічний кератоз і раки шкіри.

Хоча на даний час в доступних нам джерелах літератури не виявлено аргументованих детальних практичних рекомендацій щодо дотримання фото режиму, допустимої тривалості і інтенсивності природної і штучної інсоляції з врахуванням регіону проживання, сезону року, індивідуальних особливостей шкіри, віку, застосування сонцезахисних засобів рекомендується як обов'язковий профілактичний захід при актинічному кератозі.

Результати проведених досліджень виявили низький рівень обізнаності пацієнтів з актинічним кератозом щодо шкідливості гіперінсоляції (32,2%), знань правил перебування на сонці (13,3%) та необхідності фотозахисту (28,9%).

Одночасно нами було встановлено наявність вираженого кореляційного зв'язку між хронічною гіперінсоляцією в анамнезі та клінічними і морфологічними проявами захворювання.

Тому важливим завданням нашої роботи ми вважали проведення мотиваційного консультування досліджуваних пацієнтів, як невід'ємної і дуже важливої частини менеджменту актинічного кератозу, що повинно забезпечити отримання знань про потребу постійного застосування сонцезахисних засобів та емолієнтів впродовж життя.

Проведення такого консультування передбачало активну участь пацієнта і його персональний вибір своєї подальшої долі в аспекті збереження здоров'я, попередженні рецидивів, попередженні утворення неоплазій шкіри.

Разом з тим, проведення профілактичних заходів саме при актинічному кератозі також має забезпечувати попередження прогресування і

утворення нових вогнищ із субклінічних уражень, які залишаються клінічно не діагностованими і тому не піддаються своєчасно лікуванню.

Нами був розроблений і складений Алгоритм мотиваційного консультування пацієнтів, з врахуванням даних анкетування 2756 пацієнтів, які звернулись на прийом до дерматоонколога, а також 110 досліджуваних пацієнтів, включених в основну і в групу порівняння нашої наукової роботи.

Алгоритм складається з двох частин: інформативної і рекомендаційної.

В інформативну частину включено основні сучасні наукові дані про вплив UV на організм людини, і на шкіру, перш за все. Пацієнту роз'яснювали:

1) позитивні і негативні впливи UV на організм людини;

2) шкідливість і небезпечні наслідки для здоров'я хронічної сонячної інсоляції, гіперінсоляції;

3) необхідність застосування всіх методів захисту від впливу UV: одягу, сонцезахисних окулярів, капелюхів з широкими крисами, сонцезахисних засобів впродовж життя;

4) навчали правил перебування на відкритому сонці впродовж дня, з врахуванням періодів максимального випромінення UVB;

5) навчали правил нанесення сонцезахисних засобів;

6) роз'яснювали необхідність постійного нанесення емолієнтів з метою попередження сухості шкіри;

7) роз'яснювали необхідність постійного самостійного моніторингу стану шкіри, а також дотримання кратності консультування дерматологом.

Рекомендаційна частина програми включала:

1) донесення інформації про те, що пацієнт не повинен перебувати на відкритому сонці з 10 до 16 години;

2) інформацію про необхідність щоденно двічі (зранку і ввечері) наносити тоненьким шаром на попередньо очищену водою шкіру емолієнти;

3) інформацію про потребу щоденно у сонячні дні наносити сонцезахисні засоби у дозі 2,5 одиниці на кінчику пальця на всю поверхню обличчя і шиї, і проводити повторні нанесення через кожних 2,5-3 години перебування на відкритому сонці.

Оцінка проведеного нами консультування базувалась на показниках прихильності досліджуваних пацієнтів до застосування сонцеза-

хисних засобів і емолієнтів.

За результатами проведеного аналізу анамнестичних даних усіх досліджуваних пацієнтів, жодний не наносив сонцезахисні засоби згідно правил, через кожних 3 години, 4,4% наносили їх зрідка, в сонячні дні, 30,0% застосовували під час відпочинку. При цьому виявлено, що практика застосування сонцезахисних засобів зворотно корелювала з віком пацієнтів – $r = -0,49$ ($p < 0,001$), та рівнем поінформованості щодо шкідливості надмірної інсоляції – $r = -0,51$ ($p < 0,001$).

Прихильність до застосування сонцезахисних засобів і емолієнтів ми оцінювали при обстеженні пацієнтів через 12 місяців після проведення терапії, в періоді пост лікувального моніторингу.

Було встановлено, що частка пацієнтів, які наносили сонцезахисні засоби щоденно, через кожних 3 год., як було рекомендовано, склала 68,9% (62); які наносили не регулярно – 17,8% (16); а 2,2% (2) не застосовували, не дивлячись, що отримали рекомендації.

Щоденне використання сонцезахисних засобів зворотно корелювало зі ступенем важкості актинічного кератозу ($r = -0,30$; $p = 0,004$) і віком пацієнтів ($r = -0,45$; $p < 0,001$), проте вже не асоціювалось з рівнем поінформованості про шкідливість УФО.

Аналіз взаємозв'язку між застосуванням сонцезахисних засобів і виявленням маркерів фотоушкодження шкіри показав зворотну кореляцію між наявністю ознак фотоушкодження шкіри і застосуванням сонцезахисних засобів як до, так і після лікування – ($r = -0,21$; $p = 0,050$).

Висновок. Важливим результатом проведеного дослідження виявилось суттєве підвищення показників комплаєнтності пацієнтів щодо застосування сонцезахисних засобів і емолієнтів після проведеного нами мотиваційного консультування та їх призначення (86,7% і 81,1% відповідно), що мало безпосередній позитивний вплив на стан шкіри і підтверджено позитивною динамікою характеристик поверхні шкіри.

Поєднане застосування засобів антиоксидантної та протизапальної дії у комплексному лікуванні розацеа

Сторожук М. В., Денисенко О. І.

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», Чернівці*

Мета роботи – підвищити ефективність лікування хворих на розацеа з урахуванням показників медіаторів запалення і прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу шляхом поєданого застосування засобів протизапальної та антиоксидантної дії.

Матеріали та методи: Під спостереженням перебували 110 хворих на розацеа, з них 71 жінка та 39 чоловіків віком від 29 до 64 років У 36 (32,7%) пацієнтів діагностовано еритематозно-телеангіектатичну стадію (форму), а в 74 (67,3%) хворих – папуло-пустульозну стадію дерматозу. У хворих на розацеа визначали: вміст у сироватці крові окремих цитокінів протизапального спрямування – інтерлейкінів (ІЛ-4, ІЛ-8, ІЛ-10, ІЛ-17А, ІЛ-18) методом імуноферментного аналізу; стан прооксидантної системи крові – за вмістом у плазмі і в еритроцитах малонового альдегіду (МА), а сироват-

ці крові – фракцій окиснювальної модифікації білків, визначених за альдегідо- й кетонпохідними нейтрального (ОМБ E_{370}) та основного характеру (ОМБ E_{430}); стан ендогенної інтоксикації – за вмістом у сироватці крові середньомолекулярних пептидів (молекул середньої маси – МСМ); стан антиоксидантної системи крові – за вмістом в еритроцитах відновленого глутатіону (ВГ) і сироватковим рівнем церулоплазміну (ЦП) згідно відомих методів. Для оцінки клінічних проявів розацеа у хворих до і після лікування застосовували шкалу діагностичної оцінки розацеа (ЩДОР). Групу контролю склали 25 практично здорових осіб (донорів) подібного віку й статі. Статистичну обробку даних досліджень проведено методами статистичного аналізу.

Результати та обговорення. У хворих на розацеа встановлено вірогідне ($p < 0,05$) збіль-