

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-

шення вмісту малонового альдегіду у плазмі і в еритроцитах (відповідно: на 53,3 % та 23,9 %), у сироватці крові – молекул середньої маси (на 56,4 %) та фракцій окиснювальної модифікації білків – ОМБ E_{370} і ОМБ E_{430} (в 1,75 та 2,23 разу) на тлі незначного ($p > 0,05$) збільшення сироваткового вмісту церулоплазміну та вірогідного зменшення в еритроцитах вмісту відновленого глутатіону (на 20,9 %, $p < 0,001$). Також у хворих на розацеа встановлено вірогідне ($p < 0,05$) підвищення рівня цитокінів прозапального спрямування – ІЛ-8 (в 2,1 рази), ІЛ-17А (в 4,1 рази) та ІЛ-18 (в 1,6 рази) на тлі незначного ($p > 0,05$) підвищення рівня ІЛ-10 і тенденції до зниження ІЛ-4 (на 22,1 %, $p = 0,08$). Більш істотні зміни цих показників виявлено у хворих на папулопустульозну стадію порівняно з еритематозно-телеангіектатичною стадією розацеа. У процесі лікування хворі на розацеа були розподілені на дві репрезентативні групи: І (порівняльну) – 56 хворих, які отримали стандартну терапію дерматозу, та ІІ (основну) – 54 особи, яким додатково призначали антиоксидантний засіб етилметилгідроксипіридину сукцинат (Мексидол) та антигістамінні засоби із протизапальною дією (Біластин і Кетотифену фумарат). Після лікування у хворих на розацеа І групи виявлено

лише вірогідне зниження фракцій окиснювальної модифікації білків E_{370} (на 9,4 %, $p = 0,01$) та тенденцію до зменшення ІЛ-18 (на 22,7 %, $p = 0,15$), а у хворих основної групи – вірогідне зменшення малонового альдегіду в еритроцитах (на 16,2 %, $p < 0,05$), сироваткового рівня ОМБ E_{370} і ОМБ E_{430} (на 25,7 % і 24,9 %, $p < 0,05$), молекул середньої маси (на 23,5 %, $p < 0,05$) за збільшення відновленого глутатіону (на 10,7 %, $p = 0,011$), а також зменшення рівня ІЛ-8 (на 45,2 %, $p = 0,036$) та ІЛ-17А (на 49,4 %, $p = 0,006$) із наближенням до значень цих показників в осіб контрольної групи. У хворих основної групи також встановлено кращі клінічні результати лікування з вірогідним зменшенням у них показника шкали діагностичної оцінки розацеа відносно його значення після лікування у пацієнтів порівняльної групи (на 39,4%, $p < 0,001$).

Висновок. Посадане застосування у комплексному лікуванні хворих на розацеа засобів із антиоксидантною (Мексидол), антигістамінною і протизапальною дією (Біластин, Кетотифену фумарат) сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу і цитокінів прозапального спрямування, а також вірогідно покращує клінічні результати лікування таких пацієнтів.

Досвід комплексного лікування простого рецидивуючого герпесу

Ткач В. Є., Чмут В. Г., Козак Н. В.

Івано-Франківський національний медичний університет

Простий герпес – одна із частих вірусних інфекцій. По даних наших консультативних прийомів кожний 25-30 хворий звертався з простим герпесом. Вважають, що заражаються вірусом герпесу в ранньому дитинстві. Інфекція «дрімає» довгі роки, іноді все життя. При зниженні неспецифічного імунітету вірус «пробуджується», викликаючи герпетичні висипання. Провокуючими факторами є інфекції, переохолодження, гіповітамінози, інтоксикації, психоемоційні травми, тощо. Часто рецидивуючий герпес, особливо генітальний, негативно впливає на якість життя, приводить до психічних розладів, ось чому пошуки ефективних засобів терапії є вельми актуальними.

Мета роботи – оптимізація лікування та профілактики рецидивів простого герпесу.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 32 хворих, 17 чоловіків і 15 жінок віком від 20 до 50 років. У 10 пацієнтів був лябіальний, у 14 – генітальний, у решти 8 – іншої локалізації. Тривалість хвороби коливались від 1 до 5 років, ремісії від 3-4 міс. до 2-3 тижнів. У двох пацієнток з генітальним герпесом рецидиви наступали після кожного що двох-, трьохтижневого в шлюбні статевих актів. В групу дослідження не включали осіб з імунодефіцитом. З даних анамнезу з'ясовано, що причинами рецидивів було переохолодження (52%), аденовірусна або гриппозна інфекція (27%), стреси (17%), нез'ясовані фактори (4%). Пацієнтам в гострий період (до 5 днів від появи висипань) призначали Ацикловір Стада 800 мг 2 рази на добу 5 днів та інтерфе-