

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 пацієнтів 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-

ронстимулюючий препарат Лавомакс (Стада-Арцнайміттель АГ, ФРН) по 1 табл. (125мг) в день 2 дні, потім по 1 табл. через день 16 днів. Враховуючи, що пряма противірусна активність Лавомаксу зберігається до 8 тижнів з метою запобігання рецидивів та подовження ремісії, курс Лавомаксу повторювався кожні два місяці. Місцево на висипи застосовували анілінові барвники, креми Ациклостад, Липстер, Герпевір. Періодично хворі отримували вітаміни групи В, зокрема Неміал (ООО «Неофарм ЛТД»).

**Результати та обговорення.** Хворі спостерігались протягом року, 9 пацієнтів після одного-двох курсів терапії не з'явилися на контрольний огляд. До 6-місяців у 7 хворих рецидивів хвороби не спостерігалось, у решти 16 чол. подовжувалась ремісія до 2-2,5 міс., висипання були скупими у вигляді почервоніння, незначного

набряку і поодиноких везикульозних елементів. Ці хворі під час рецидиву додатково отримували Ацикловір Стада по 800мг. 3 рази в день 2 дні. До кінця року на тлі прийому що 8 тижнів Лавомаксу у 17 із 23 пацієнтів рецидивів не зареєстровано, у 6 хворих з генітальним герпесом було по 2-3 рецидиви (абортивна форма). Цікавим в анамнезі цих пацієнтів був факт лабільного статевого життя.

**Висновки.** Результати проведення клінічного дослідження свідчать про ефективність поєднаного застосування Ацикловір Стада в дозі 800 мг і Лавомаксу в дозі 125 мг для лікування простого рецидивуючого герпесу.

Комплексна терапія Ацикловіром Стада і Лавомаксом може бути методом вибору, поряд з іншими способами, для лікування і профілактики рецидивів простого герпесу.

## Сучасні способи боротьби з постакне

Тороус І. М., Кривень І. В., Вершигора М. І.

*Івано-Франківський національний медичний університет*

**Актуальність.** Постакне являє собою комплекс дефектів шкіри, які з'явилися, внаслідок вугревого висипу, себореї або неправильного лікування даних захворювань. Найбільш поширені прояви постакне - розширені пори, нерівномірна текстура шкіри, зміни судинного характеру, рубці, дисхромія. Основною локалізацією ураження є обличчя людини. Тому симптомокомплекс має суттєвий вплив на психоемоційну сферу та соціальний статус пацієнтів, може призвести до депресії, іпохондричних розладів, особливо яскраво це проявляється в підлітковому віці.

**Мета роботи** – вивчення ефективності та безпечності використання механічних пілінгів у пацієнтів з наслідками вугрової хвороби шкіри.

**Матеріали та методи.** Розглянуто дію поверхневих, серединних та глибинних пілінгів.

**Результати роботи.** Поверхневий пілінг стимулює проліферацію рогового шару за рахунок ексфоціації ороговілих клітин епідермісу. Спостерігається відновлення кольору шкіри, підвищення еластичності, вирівнювання рельєфу при неглибоких атрофічних змінах та усунення пігментних плям на шкірі.

Серединний пілінг проникає в глибокі шари

епідермісу до базальної мембрани. Загоєння шкіри після такого пілінгу сприяє виробленню великої кількості колагену, що в свою чергу веде до зменшення глибини рубців. Колір шкіри наближається до нормального за рахунок висвітлення пігментації та розсмоктування вторинних плям.

Глибинний пілінг – найефективніший, але й найбільш травматичний вид пілінгу. Характеризується руйнуванням базальної мембрани до сосочкового та сітчастого шарів дерми. Пілінг бореться з атрофічними, келоїдними рубцями; усуває розтяжки. Період реабілітації довготривалий, з постійним прийомом антибіотиків, протизапальних препаратів.

**Висновок.** Використання поверхневих та серединних пілінгів підтверджує високу ефективність і безпечність в боротьбі з постакне.

Глибинний пілінг – відповідальна процедура, тому потребує зваженого рішення. Такий вид пілінгів проводиться в стаціонарі, під наркозом. Проведення пілінгу обмежує пацієнта в сонячних ваннах і потребує регулярного використання сонцезахисних засобів з тривалим процесом реабілітації.