

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
ЗАХВОРЮВАНЬ СПОЛУЧНОЇ  
ТКАНИНИ З АУТОІМУННИМИ  
ПОРУШЕННЯМИ:  
ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ  
ДОСЛІДЖЕННЯ**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ  
ЗА МАТЕРІАЛАМИ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

*присвяченої 100-річчю з дня народження  
професора Б.Я.Задорожного*

м.Харків, 14-15 червня 2023 р

За редакцією проф. А.М.Дашука

Харків  
2023

ББК 55.83

УДК:616.5 + 616.97 + 687.55 + 614.2

А 46

Редакційна колегія: проф. В.А.Капустник, чл.-кор. НАМН України, проф. В.М.Лісовий, проф. Ю.В.Андрашко, доц. О.Д.Александрук, проф. С.А. Бондар, проф. А.М.Дашук (відп. редактор), проф. О.І.Денисенко, доц. Є.І.Добржанська (секретар), проф. А.Д.Дюдюк, проф. Л.Д.Калюжна, проф. В.Г.Кравченко, проф. Я.Ф.Кутасевич, проф. М.М.Лебедюк проф. Літус О.І., проф. Макуріна Г.І., проф. В.В.М'ясоєдов, доц. Л.В.Рощенюк, чл.-кор НАМН України В.І.Степаненко, проф. Т.В.Святенко, проф. О.О.Сизон

Адреса редакційної колегії: Україна, 61002, Харків, узвіз Куликівський, 15, кафедра дерматології, венерології та СНІДу,  
тел. (057) 700-41-33, e-mail: kafedradermahnmu@gmail.com

У збірнику наукових праць за матеріалами наукової конференції кафедри дерматовенерології Харківського національного медичного університету висвітлено вклад професора Задорожного Б.Я. в історії становлення і розвитку кафедри. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірно-венеричних хвороб.

Для науковців, фахівців.

А 45 Актуальні питання захворювань сполучної тканини з аутоімунними порушеннями: теоретичні та практичні дослідження: Збірник наукових праць. – Х.: ЕСТЕТ ПРІНТ, 2023. – 106 с.

**ISBN 978-617-95214-5-4**

*Редакційна колегія не завжди поділяє думки і погляди авторів. Відповідальність за зміст, підбір і викладення фактів у статтях несуть автори.*

*Відповідно до Закону України «Про авторське право і суміжні права» під час використання наукових ідей і матеріалів цього збірника посилання на авторів і видання є обов'язковим.*

ISBN 978-617-95214-5-4

ББК 55.83

© Харківський  
національний  
медичний університет,  
2023

**ДЕРМАТОМІОЗИТ І ПОЛІМІОЗИТ:  
КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ**

Дашук А.М., Добржанська Є.І., Рощенюк Л.В., Дашук А.А  
*Харківський національний медичний університет  
м Харків, Україна*

**Ключові слова:** аутоімунні захворювання, дерматоміозит, поліміозит, клініка, діагностика, лікування

Дерматоміозит (ДМ) та поліміозит (ПМ) – рідкісні запальні захворювання м'язів. Термін поліміозит використовують у тих випадках, коли запалення шкіри відсутнє.

Запальні міопатії (класифікація ідіопатичної класифікації Бохана та Пітера)

Група I поліоміозит

Група II дерматоміозит

Група III ПМ або ДМ із злоякісним новоутворенням

Група IV ПМ або ДМ

Група V ПМ або ДМ, пов'язана із судинним захворюванням.

Поліміозит. Симетрична проксимальна м'язова слабкість, особливо стегна, характерні для ПМ. У пацієнтів спочатку виникає складність піднімання зі стільця. При слабкості м'язів ший це призводить до труднощі піднімання голови («поникла голова»). Дисфункція глоткових м'язів може призвести до дисфагії та аспіраційної пневмонії. Артралгії є ознакою у 41% пацієнтів. Слабкість прогресує, іноді може виникнути спонтанна ремісія. Глибокі рефлекси сухожиль залишаються нормальними.

Дерматоміозит. Проксимальна м'язова слабкість є найпоширенішим проявом. Висип присутня у 40% пацієнтів. Шкірні зміни іноді передують початку м'язової слабкості за понад 1 рік. Дерматоміозит у дорослих може бути гострим, хронічним, рецидивним або циклічним.

Системна хвороба. Артралгії та/або артрит можуть бути присутніми у вигляді ранкової скутості. Дрібні суглоби рук, зап'ясток можуть бути залученими з розвитком симетричного не деформуючого артрити. Зустрічається захворювання стравоходу з проксимальною або дистальною дисфагією у 50% пацієнтів. Хвороба легень виникає у 50% пацієнтів. Неспецифічний інтерстиціальний пневмоніт чи дифузне альвеолярне ушкодження є найпоширенішим проявом. Кальциноз шкіри чи м'язів зустрічаються у 40% дітей. Вузлики видно над кістковими виступами.

Аміопатичний дерматоміозит. Термін аміопатичний дерматоміозит був застосований до трьох груп пацієнтів: тільки зі шкірними змінами, шкірні зміни тільки на початковому рівні з подальшим розвитком міозиту та шкірні зміни з нормальним рівнем м'язового ферменту у

сироватці крові на початковому рівні, але з міозитом, продемонстрованим електроміографією та у зразках біопсії м'язів.

Існує ряд дерматологічних особливостей властивих дерматоміозиту.

Геліотропна еритема повік (геліотроп: фіолетовий колір) - це термін, який використовується для опису зміна кольору навколо очей. Це патогномонічна ознака дерматоміозиту. Періорбітальний набряк і фіолетова зміна кольору може бути найранішою шкірною ознакою або в кінці процесу, коли дифузна еритема зникає.

Папули Готтрона, патогномонічні знаки ДМ, округлі від 0,2 до 1 см, червоні плоскі папули над кістками особливо з боків пальців, колін та ліктів. Іноді може бути товста псоріазоподібна лусочка. Декілька уражень можуть з'являтися одночасно в будь-який час перебігу хвороби, вони мають тенденцію залишатися фіксованими. Приблизно від 60 до 80% пацієнтів із дерматоміозитом мають папули Готтрона протягом хвороби.

Періунгальна еритема та телеангіектазія. Телеангіектазія найбільш помітна на проксимальному згині нігтя і виглядає як неправильної форми, червона, лінійна смуга. Капілярна мікроскопія нігтів з використанням офтальмоскопа виявляє ідентичні зміни тим, які спостерігаються при склеродермії.

Фіолетова еритема з'являється симетрично над кістковими виступами, такими як коліна, лікті та міжфалангові суглоби. Дифузна форма починається як плямиста, дифузна, червона або фіолетова еритема на шкірі обличчя, шиї, спини та рук, а потім можуть уражатися сідниці та ноги. Згодом висипання зливається і залучені області стають мінімально піднятими, злегка покритими лусочками. Дифузна червона еритема (злаякісна еритема) може з'явитися у пацієнтів з злаякісною пухлиною, що розвивається.

Пойкілодермія. Коли еритема зникає, дуже характерна картина може виникнути на відкритих місцях, що піддаються впливу. Пойкілодермія - це описовий термін, що складається з білих плям і коричневої пігментації, телеангіектазії та атрофії. Пойкілодермія також виникає як ізольоване явище при грибоподібному мікозі.

Ураження волосистої частини голови є досить частим симптомом дерматоміозиту. Ураження шкіри голови можуть бути спочатку діагностовані як псоріаз, себорейний дерматит або червоний вовчак.

Дерматоміозит при злаякісних новоутвореннях. Поліміозит та дерматоміозит може виникати як паранеопластичний синдром. У 30% пацієнтів пухлина з'явилася вперше, і згодом з'являються симптоми дерматоміозиту із середнім інтервалом 16 місяців. Висип та симптоми дерматоміозиту після резекції пухлини можуть рецидивувати. Рецидив дерматоміозиту може свідчити про появу рецидиву раку.

Дитячий дерматомиозит. Ювенільний дерматомиозит характеризується симетричною слабкістю, висипом та васкулітом. Можуть уражатися шлунково-кишковий тракт та міокард. Шкірні ураження подібні до таких при дерматомиозиті у дорослих. Середній вік появи становить 7-8 років. Відбувається кальциноз підшкірної клітковини приблизно у двох третин пацієнтів. Спостерігається м'язова атрофія, проксимальна слабкість, контрактури, синдром Рейно та артрит. Приблизно у 50% дітей гостра, швидко прогресуюча хвороба.

У клінічних аналізах спостерігається підвищення швидкості осідання еритроцитів, лактатдегідрогенази та аспаратамінотрансферази (АСТ). Підвищення рівня креатинкінази (КК) та альдолази можуть з'явитися пізніше, особливо у пацієнтів, які демонструють поступовий початок хвороби. Концентрація креатинфосфокінази підвищується, коли спостерігається ушкодження м'язів, антиядерні антитіла зазвичай виявляються. Захворюваність на рак низька. Смерть може наступити в гострій фазі в результаті міокардиту, прогресуючого міозиту, перфорації кишечника як прояв васкуліту та іноді ураження легень.

Лікарський дерматомиозит. У невеликій кількості випадків може бути викликаний прийомом гідроксимочевини, нестероїдних протизапальних засобів, хінідину, D-пеніциламіну та фактору некрозу пухлини (TNF).

Діагностичні дослідження включають м'язову біопсію слабких м'язів, біопсію залученої шкіри, електроміографію та вимірювання рівня м'язових ферментів. Один або кілька цих параметрів можуть бути нормальним під час діагностики або протягом хвороби.

М'язові ферменти. М'язові ферменти вивільнюються під час ушкодження м'язових клітин. Можуть бути підвищені рівні креатинкінази (КК), сироваткової глутамінно-оксалооцтової трансамінази (СГОТ), аланінамінотрансферази (АЛТ), лактатдегідрогенази (ЛДГ), АСТ і альдолази.

Гістопатологічні знахідки схожі на ті, що і при шкірному червоному вовчаку з гіперкератозом, вакуолізацією базальних кератиноцитів, нетриманням меланіну, периваскулярною лімфоцитарною інфільтрацією та епідермальною атрофією.

М'язова біопсія береться із проксимальної групи м'язів (біцепс або квадрицепс). Магнітно-резонансна томографія (МРТ) може використовуватися для точної діагностики локалізації ураженої ділянки біопсії. Буде виявлено мікрovasкулопатію та некроз м'язових волокон.

МРТ може допомогти встановити діагноз, щоб знайти відповідне місце для біопсії. Крім цього, МРТ виявляє підшкірний набряк, підвищений вміст у м'язах води, внутрішньом'язові відкладення кальцію, жирові відкладення, інфільтрацію або атрофію м'язів.

Для лікування дерматоміозиту з ураженням шкіри та м'язовими симптомами використовуються оральні кортикостероїди. Ад'ювантні імунодепресанти використовують, якщо м'язові симптоми не відповідають на пероральні стероїди. Фізіотерапія має важливе значення для запобігання контрактурам та м'язовій атрофії. Зовнішньо для лікування використовують мазь зі стероїдами та сонцезахисні креми.

Для лікування шкірних уражень використовують нестероїдні імуномодулятори, такі як такролімус мазь (0,1%) або пімекролімус крем (1%). Пацієнти зі шкірними ураженнями світлочутливі, вплив сонячного світла має бути зведений до мінімуму за рахунок використання сонцезахисних кремів. Протималярійні препарати іноді ефективні при лікуванні уражень шкіри. Протималярійні препарати не впливають на м'язові прояви захворювання. Можуть призначатися низькі дози метотрексату (від 5 до 15 мг на тиждень) або мікофенолату мофетилу (1 г двічі на день та збільшення до 1,5 г двічі на день).

Кальциноз. Кальциноз зустрічається у деяких дітей та підлітків. Раннє лікування може запобігти цьому ускладненню. Кальциноз важко лікувати, коли він лише встановлений. Призначають дилтіазем.

Прогноз поганий, коли м'язова слабкість існує понад 4 місяці до постановки діагнозу, з дисфагією, легeneвими захворюваннями та злоякісними новоутвореннями. Сумарне виживання досягає 73% після 8 років. Поліміозит майже завжди хронічний і має високий рівень рефрактерності до терапії кортикостероїдами. Дерматоміозит хронічний, але зазвичай реагує на кортикостероїдну терапію.

Література:

1. Дацук О.М. Шкірні хвороби. Х.: ТОВ "ЕСТЕТ ПРІНТ", 2019:139с.

2. Вольф К., Лоуелл А. Голдсміт, Стівен І. Кац та ін. Дерматологія Фіцпатрика в клінічній практиці: у 3 Т. Пер. з англ., заг. ред. Акад. А.А.Кубанової. М: Видавництво Панфілова; БІНОМ. лабораторія знань; 2012 - Т 3. - С. .

3. Степаненко В.І., Сизон О.О., Шупенько Н.М. та ін Дерматологія, венерологія: підручник. К.: КІМ. 2012:904с.

4. Томас П.Хебіф Шкірні хвороби. Діагностика та лікування. Пров. з англ. - 4-те вид. - М: МЕДпрес-інформ,; 2016: 704 с.:іл.

## **ДЕРМАТОМІОЗИТ І ПОЛІМІОЗИТ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ**

Дацук А.М., Добржанська Є.І., Рощенюк Л.В., Дацук А.А

Дерматоміозит та поліміозит рідкісні запальні захворювання м'язів. У даній статті розглядаються питання клініки, діагностики та лікування даних захворювань

## **DERMATOMYOSITIS AND POLYMYOSITIS: CLINIC, DIAGNOSTICS, TREATMENT**

Dashchuk A.M., Dobrzhanska E.I., Roschenyuk L.V., Dashchuk A.A

Dermatomyositis and polymyositis are rare inflammatory muscle diseases. This article discusses the issues of the clinic, diagnosis and treatment of these diseases.

Зміст:

*I. Загальні відомості*

*Капустник В.А., Дащук А.М.*

**ДО 100-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ  
ЗАДОРОЖНОГО БОРИСА ЯКИМОВИЧА** 3

*Дащук А.М., Добржанська Є.І.*

**ДОСВІД ЗАПРОВАДЖЕННЯ ДИСТАНЦІЙНОГО  
НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ДЕРМАТОЛОГІЇ,  
ВЕНЕРОЛОГІЇ І СНІД** 12

*II. Шкірні хвороби*

*Marta Szafarczyk-Różycka*

**OPTIMAL THERAPEUTIC APPROACH FOR  
GRANULEMATOUS ROSACEA** 16

*Дащук А.М., Добржанська Є.І., Роценюк Л.В., Дащук А.А.*

**ДЕРМАТОМІОЗИТ І ПОЛІМІОЗИТ: КЛІНІКА,  
ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ** 19

*Дащук А.М., Добржанська Є.І., Дащук А.А.*

**СКЛЕРОДЕРМІЯ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА,  
ЛІКУВАННЯ** 24

*Дащук А.М., Добржанська Є.І., Дащук А.А.*

**ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА,  
ЛІКУВАННЯ** 28

*Добржанська Є.І., Дащук А.А.*

**ДЕРМАТОСКОПІЧНА ОЦІНКА ЗАПАЛЬНИХ  
ЗАХВОРЮВАНЬ НІГТІВ** 34

*Добржанська Є.І., Дащук А.А.*

**НЕІНФЕКЦІЙНІ ГРАНУЛЕМАТОЗНІ  
ДЕРМАТОЗИ: КІЛЬЦЕПОДІБНА  
ГРАНУЛЬОМА ТА ЛІПОЇДНИЙ НЕКРОБІОЗ  
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)** 42

*Кравченко В.Г., Дащук А.М., Кравченко А.В.,*

*Ємченко Я.О., Васильєва К.В., Каменєв В.І.*

**РОЛЬ І ПРИНЦИПИ ВІТАМІНОТЕРАПІЇ В  
ДЕРМАТОЛОГІЇ (на замітку дерматологам і  
сімейним лікарям)** 49



<i>Литинська Т. О., Степаненко В.І., Іванов С.І.</i> <b>ПСОРИАТИЧНА ОНІХОДИСТРОФІЯ. СУЧАСНІ МЕТОДИ ТОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ</b>	<b>57</b>
<i>Поліон Н.М., Дюдюон А.Д., Гладких Н. О., Салей О.А., Степура В.П.</i> <b>ДОГЛЯД ЗА ШКІРОЮ ОБЛИЧЧЯ</b>	<b>65</b>
<i>Поліон Н.М., Дюдюон А.Д., Гладких Н.О., Салей О.А.</i> <b>ЗАГАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ ШКІРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ</b>	<b>71</b>
<i>Штиров І.М., Рижкова Н.О., Вінніков А.В.</i> <b>ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ БАРИЦИТИНІБА В ЛІКУВАННІ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТА</b>	<b>77</b>
<i>III. Венеричні хвороби</i> <i>Поліон Н.М., Дюдюон А.Д., Гладких Н. О.</i> <i>Салей О.А., Алі Л.Х., Степура В.П.</i> <b>МІКРОБІОМА СЛИЗОВОЇ ПІХВИ У ХВОРИХ НА БАКТЕРІАЛЬНИЙ ВАГІНОЗ</b>	<b>81</b>
<i>IV. ВІЛ/СНІД-інфекція</i> <i>Степаненко В.І., Іванов С.В., Литинська Т.О., Степаненко Р.Л., Федоренко О.Є., Коновалова Т.С.</i> <b>ТЕНДЕНЦІЇ ПЕРЕБІГУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДу: НОВІ РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ</b>	<b>86</b>
<i>V. Інфекції при яких уражаються інші органи і системи</i> <i>Карабан О.М., Малий В.П.</i> <b>ДЕЯКІ ШТРИХИ ІСТОРІЇ ЛІКВІДАЦІЇ НАТУРАЛЬНОЇ ВІСПИ</b>	<b>99</b>
<b>ЗМІСТ</b>	<b>104</b>