

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ЗАХВОРЮВАНЬ НІГТІВ:
ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ
ДОСЛІДЖЕННЯ**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
ЗА МАТЕРІАЛАМИ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
з міжнародною участю**

*присвяченої 140- річчю кафедри дерматології,
венерології і СНІДУ ХНМУ*

м.Харків, 21-22 листопада 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. О.І.Літус, проф. Г.І.Макуріна, проф. В.В.М'ясоєдов, доц. Л.В.Рощенюк, чл.-кор НАМН України, проф. 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 з міжнародною участю кафедри дерматовенерології та СНІДу Харківського національного медичного університету висвітлено становлення кафедри та її розвиток. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірних та венеричних хвороб.

Для науковців, фахівців та студентів медичних ВУЗів.

А 45 Актуальні питання захворювань нігтів: теоретичні та практичні дослідження: Збірник наукових праць. – Х.: ЕСТЕТ ПРІНТ, 2023. – 130 с.

ISBN 978-617-95214-6-1

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 978-617-95214-6-1

ББК 55.83

© Харківський
національний
медичний університет,
2023

**ІЗОЛЬОВАНИЙ АСПЕРГИЛЬОЗ ШКІРИ І НІГТІВ,
ЗУМОВЛЕНИЙ ПРОФЕСІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ПАЦІЄНТА.
СИМПТОМ «ЗАСУШЕНОГО ЛИСТЯ» ЗА АСПЕРГИЛЬОЗУ
НІГТІВ**

Кравченко В.Г.¹, Кравченко А.В.²

¹*Полтавський державний медичний університет*

²*Харківський національний медичний університет*

М е т а п у б л і к а ц і ї: привернути увагу до первинних проявів аспергильозу шкіри і нігтів, зумовлених професійними чинниками.

О б г о в о р е н н я і р е з у л ь т а т и: В клінічній практиці різних галузей медицини добре відома мікологічна інфекція, зумовлена плісеневими грибами. Як і при інших мікозах, їх активація пов'язана, насамперед, з широким використанням кортикостероїдних гормонів, цитостатиків, антибіотиків тощо, внаслідок чого розвивається виражена імуносупресія. В спеціальній літературі найчастіше повідомляються випадки так званого інвазивного аспергильозу з ураженням легень, верхніх дихальних шляхів, ЛОР-органів, тоді як ізольовані ураження шкіри і нігтів залишаються зазвичай поза увагою фахівців. Це може бути пов'язаним, як з відсутністю достатньої обізнаності дерматологів з даними питаннями чи діагностичної настроженості стосовно даної патології, так і з відсутністю можливості використання мікроскопічних, культуральних та імунологічних досліджень на аспергильозну інфекцію.

В и с н о в к и. Ізольований аспергильоз шкіри і нігтів в дерматологічній практиці зустрічається, напевно, частіше, ніж діагностується, оскільки загальне число хворих на мікози з відомих причин збільшується. Повідомлений випадок аспергильозного ізольованого ураження шкіри і нігтів можна розглядати як професійний, оскільки чітко пов'язаний із діяльністю пацієнта. Запропонований клінічний «симптом засушеного листя» має, на нашу думку, вагоме значення при встановленні клінічного діагнозу оніхомікозу, викликаного *A.flavus*, і який може слугувати в якості диференційної ознаки за інших грибкових уражень нігтів. Наш досвід підтверджує ефективність лікування *A. шкіри і нігтів* за методом «пульс - терапії» орунгалом та засвідчив її підвищення за умови поєднаної системної та місцевої протигрибкової дії антисептичного препарату Цидипол.

Ключові слова: професійний аспергильоз шкіри, нігтів, діагностика, симптом «засушеного листка», комбіноване лікування

В роботі дерматологів важливе місце належить грибковим захворюванням шкіри, серед яких існує група відносно рідких

цвільових (плісневих) мікозів [1,3,11,29], зумовлених аспергільозною інфекцією. Аспергільоз (А.) – це захворювання у людей, тварин і птахів. Збудниками А. є умовно – патогенні гриби роду *Aspergillus* (Аа.), головним чином *Aspergillus fumigatus*, *A. niger*, *A. flavus* та *A. nidulans*. Аа. доволі поширені в природі. Їх постійно можна знайти в ґрунті, зерні, борошні, сіні (особливо цвільових), у пилу приміщень, де обробляються шкури, вовна чи прядиво. Збудники виявлялися навіть у пилу лікувальних установ. Аа. проникають в організм, як правило, через повітря з пилом. Ось чому контамінований збудниками ґрунт становить найбільшу небезпеку в посушливий час року, особливо в період інтенсивних вітрів. Встановлено, що домінування того чи іншого виду гриба в ґрунті зумовлюється багатьма чинниками, зокрема, типом останнього, рівнем його засоленості, кліматом, характером місцевої рослинності [1, 9]. Захворюваність зазвичай носить спорадичний характер. Описані випадки сімейного А., де джерелом інфікування вважались тік і клуня, в яких утримували зерно [13], а також спалахи А. серед робітників пивоварень та спиртових заводів [10]. І все ж, із професійних груп найчастіше уражаються працівники сільського господарства, зернохосвищ, ткацьких і бавовнопрядильних підприємств, а також виробники етилового спирту і пива. На сучасному етапі мікологічна інфекція внаслідок широкого і, нерідко, неадекватного, використання потужних антибіотиків, цитостатиків, антиметаболітів та кортикостероїдних гормонів відбувається її помітна активізація [8,18, 28]. Як і при інших мікозах, найчастішими чинниками є застосування кортикостероїдів та нейтропенія [16, 22]. Менш часто інвазивні форми А. спостерігаються у хворих на пухлини і у осіб з невираженою імуносупресією [14, 25]. Найчастіше при інвазивному А. уражаються легені, верхні дихальні шляхи і суміжні з ними структури, а ураження шкіри - менш часті [29]. Первинне інфікування шкіри можливе, зазвичай в результаті порушення її певним патологічним процесом, в тому числі травмуванням [2, 24]; рідше шкіра втягується в процес внаслідок поширення інфекції із первинного осередку в дихальних шляхах. В одній серії спостережень пацієнтів гематологічними злоякісними захворюваннями аспергільозне ураження шкіри виявлене у 4% хворих [15]. В подібних випадках прояви А. розвиваються від папульозних до виразкових, причому виразки збільшуються в міру імуносупресії [21]. У разі ураження нігтів виникає зазвичай деформація нігтьових платівок, крихкість і зміна забарвлення на темно-жовтий або брунатно-зеленкуватий. Деякими дослідниками доведено сенсibiliзуючу дію плісневих грибів з розвитком алергійних реакцій [19, 20, 24, 28]. І якщо про інвазивні (бронхо-легеневий і ін.) форми А. медична література представлена достатньо великим числом спостережень

[12, 13, 23, 26, 28, 30], то А. шкіри і нігтів наразі не знаходить достатнього висвітлення на шпальтах професійної преси. Причиною цього може бути відсутність діагностичної настороженості дерматологів стосовно даної патології, інколи необізнаність, невикористання в диференційній діагностиці необхідних мікроскопічних, культуральних, імунологічних досліджень на Аа. А таких випадків, очевидно, значно більше, ніж про них повідомляється, особливо з погляду на професійне зараження. Але Аа. є збудниками захворювань типу “мадурської ступні”, відома їх етіологічна роль також при зовнішніх отитах з ураженнями шкіри зовнішнього вуха і шкіри зовнішнього слухового проходу, що є проблемним суміжним завданням для дерматологів і ЛОР – фахівців [4, 7]. В нашій статті під назвою “Отомікози в дерматологічній практиці”, в якій приведені клінічні спостереження за такими хворими, у яких етіологічним чинником захворювання були гриби роду *A. flavus* і *A. niger* [4]. Загалом ми спостерігали 46 хворих на отомікози шкіри зовнішнього вуха (у 22 із них виявлені гриби роду *S.albicans*, у 16 – *A.niger* і у 8 – *A.flavus*) з характерними для грибкового дерматозу явищами еритеми, інфільтрації і мокнуття в зовнішньому слуховому проході з наступним платівчастим лущенням шкіри слухового проходу. Хвороба супроводжується вираженим свербіжем, часто і вночі, що за клінічними ознаками нагадує екзему. Вирішального значення за таких умов набуває мікологічне дослідження.

Лабораторна діагностика А. ґрунтується на мікроскопічному дослідженні мазків, виготовлених з патологічного матеріалу – зішкребів з ураженої шкіри, мокротиння, промивних вод бронхів, тощо. При поверхневому ураженні шкіри Аа. зустрічаються серед клітин злущеного епітелію, при глибокому – виявляються в гранульомах і мікроабсцесах. Збудники морфологічно складаються із однотипного міцелію (шириною 4 –6 мкм), іноді виявляються “голівки” з конідіями. Для визначення роду грибів дуже важливу роль відіграють мікологічні посіви на поживні середовища. При посіві патологічного матеріалу на поживне середовище Сабуро Аа. швидко ростуть, утворюючи плоскі колонії – спочатку білі, трохи пухнасті або оксамитоподібні, а згодом приймають синювате, зеленкувате, брунатне, жовтувате й інше забарвлення (в залежності від виду гриба), при цьому поверхня їх стає борошністо-порошковидною. Культуру Аа. зазвичай можна виділити протягом трьох днів інкубації, але інколи для цього потрібен більш тривалий період, особливо у разі малої кількості збудника у досліджуваному матеріалі [29]. Аа. добре забарвлюються гематоксилін – еозином. При культуральному дослідженні на поживному середовищі Сабуро інформативною ознакою є повторні виявлення грибів в патологічному матеріалі, ріст не менш 5 колоній в 1 мл середовища, особливо при

наростанні їх числа в динаміці. Повідомлялося про позитивне використання ПЛР, яка демонструє високу чутливість тесту, зокрема за інвазивних форм А. [17, 27, 31].

З метою проведення раціонального і ефективного лікування А., безумовно «бажаним є попереднє лабораторне визначення етіології мікозу, а, якщо такі аналізи зробити неможливо, слід емпірично призначати системні етіотропні препарати, терапевтичний спектр дії яких дозволяє одночасно впливати на різні етіологічні поєднання збудників грибкових уражень» [3]. Препаратом вибору вважається орунгал, що характеризується високою ліпофільністю і кератофільністю та при пероральному вживанні швидко накопичується в шкірі і нігтьових платівках з тривалим перебуванням в них. Оскільки терапевтична концентрація орунгалу у нігтьових платівках зберігається понад 9 міс. після закінчення лікування, забезпечується можливість проводити лікування короткими курсами, що робить препарат максимально безпечним. Така «пульс-терапія» передбачає призначення орунгалу упродовж тижня із наступною 3-тижневою перервою [10].

Наводимо власне клінічне спостереження: пацієнт К., 39 років, мешканець райцентру, працівник дільниці зерносховища, робота якого була пов'язана з систематичними контрольними замірами вологості зерна. Тривалість захворювання приблизно 5 років і проявлялось воно поступовим ураженням шкіри долонь і нігтів обох кистей. Пацієнта непокоїв лише зовнішній стан долонь і нігтів (“люди з підозрою звертали увагу”...). Суб'єктивно: турбував незначний свербіж шкіри долонь. При огляді: спостерігалась помірна еритема шкіри долонь, підкресленість складок з борошністим лущенням в борозенках, що справляло враження рубромікозу. Привертала увагу сплюсненість нігтьових платівок та особливе «приглушено» зеленкувато-болотне забарвлення нігтьових платівок. Останнє нагадувало колір висушеного листя, що ми трактуємо як специфічний для *A. flavus* “симптом засушеного листя”. Піднігтьовий гіперкератоз був відсутній. Будь-яких ознак дерматозу на шкірі ступень і нігтів не спостерігалось. Повторними мікологічними дослідженнями зішкребів шкіри і шматочків нігтів кистей виявлялись міцелій грибів, а в посівах-гриби роду *Aspergillus flavus*. При клінічному обстеженні пацієнта, як і при допоміжних методах лабораторної діагностики у пульмонолога, гастроентеролога, невропатолога, терапевта іншої патології не виявлено. Даний випадок А. шкіри долонь і нігтьових платівок можна розглядати як специфічний і професійний, ізольований аспергільозний плісневий мікоз, пов'язаний з постійним контактом рук пацієнта з зерном, що слугувало провідним чинником у виникненні захворювання. Пацієнту проведено системне лікування орунгалом (пульс – терапія)

у поєднанні з місцевим - антисептичним препаратом Цидипол, що володіє протигрибковою і протизапальною дією [5, 6]. Шкіру долонь ретельно змащували гелеподібним препаратом, а на уражені нігтьові платівки після порушення поверхневого (блискучого) шару шляхом одноразового натирання «нульовкою» наждаку накладали шматочки марлі, просоченої Цидиполом. Метою місцевої маніпуляції було створення умов найбільш глибокого проникнення препарату в товщу нігтя. Процедури повторювали 2-3 рази на день. Шкірні прояви грибкового процесу на обох долонях зникли після двох курсів перорального приймання орунгалу і супутнього змащування шкіри долонь і нігтьових платівок. Шкіра стала м'якою, еластичною, без проявів лущення епідермісу і вираженим здоровим шкірним малюнком. Колір нігтів упродовж цього часу поступово змінювався і ставав спочатку сірим, а під кінець лікування придбавав звичайне забарвлення з помірним блиском. Трьохразові контрольні мікологічні дослідження відразу після терапії і упродовж 6 місяців після лікування підтвердили успішність терапії. Блискучість нігтьових платівок майже повністю відновилась.

Висновки. Приведений випадок А., як ізольованого ураження шкіри і нігтів, можна розглядати як професійний, оскільки чітко пов'язаний із діяльністю пацієнта. Можна допустити, що А. шкіри і нігтів в дерматологічній практиці зустрічається частіше, ніж він діагностується. Лікарі дерматологи мають бути більш обізнаними з плісеневою, зокрема, аспергільозною інфекцією, оскільки число таких хворих на сучасному етапі з відомих причин, вірогідно, збільшується.

При діагностиці дерматомікозів і оніхомікозів слід ширше використовувати культуральні та імунологічні методи досліджень, особливо у випадках, які потребують диференційної діагностики. Обов'язково необхідно враховувати професійну приналежність пацієнтів. Запропонований нами клінічний «симптом засушеного листа» має, на нашу думку, вагоме значення при встановленні клінічного діагнозу оніхомікозу, викликаного *A.flavus*, і який може слугувати в якості диференційної ознаки за інших грибкових уражень нігтів. Наш досвід підтверджує ефективність лікування А. шкіри і нігтів за методом «пульс - терапії» орунгалом та засвідчив підвищення її ефективності за умови поєднання системної та місцевої протигрибкової дії антисептичного препарату Цидипол.

Джерела інформації :

1. Билай В.И. Аспергиллы .- К., «Наукова думка»,1988,- 204с.
2. Даниелян Э.Е., Миракян М.Е., Айрапетян М.А. Профессиональный аспергиллез кожи.- Вестн.дерм.вен.,1964, № 4,с. 84-84.

3. Коляденко В.Г., Степаненко В.І. Плісєневі гриби – етіопатогенетичне значення у виникненні та розвитку мікозів - Український журнал дерматології, венерології, косметології, 2001, № 1, с. 41 – 48.
4. Кравченко В.Г. Отомикозы в дерматологической практике .- Дерматология и венерология, Киев,1978, вып.13, с. 63-65
5. Кравченко В.Г. Cidipol (Цидипол). Рекламно-комерческий проспект. Полтава, 1980, 31 с.
6. Кравченко А.В. Трихомонацидна, протигрибкова і контрацептивна дія Цидипола Автореф. Дис.канд.мед.наук, 1986, 16 с.
7. Кунельская В.Я. Отомикозы. М., Медицина, 1978,153 с.
8. Лещенко В.М.Аспергиллез .- М.,Медицина, 1973, -191 с.
9. Московец В.С., Цубина З.В. Распространение грибов рода *Aspergillus* в исследованных почвах Украины .К ., “ Наукова думка”,1971, с. 172-183.
10. Руденко А.В., Коваль Э.З. Орунгал: перспективы применения при микозах, обусловленных плесневыми грибами ., Проблемы медицины,1999, №3,с .18 –20.
11. Степанищева З.Г. *Aspergillus*, БМЭ, М.,1975, с.798 - 799.
12. Aisner J., Schimpff S., Wiernick W.- Treatment of invasive Aspergillosis : relation on early diagnosis and treatment to response .- Ann .Int.med ., 1977, 86, № 5, 539-544.
13. Christopher R .W. Edwards, Ian A. D. Bouchier - Davidsons principles and practice of Medicine – Київ,1994, т.1,582 с.(пер. з англ.)
14. Cornillet, A, Camus, C, Nimubona, S, et al. Comparison of epidemiological, clinical, and biological features of invasive aspergillosis in neutropenic and nonneutropenic patients: a 6-year survey. Clin Infect Dis 2006; 43:577.
15. D’Antonio, D, Pagano, L, Girmenia, C, et al. Cutaneous aspergillosis in patients with haematological malignancies. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2000; 19:362.
16. Denning, DW, Stevens, DA. Antifungal and surgical treatment of invasive aspergillosis: Review of 2,121 published cases (published erratum appears in Rev Infect Dis 1991; 13:345). Rev Infect Dis 1990; 12:1147.
17. Florent, M, Katsahian, S, Vekhoff, A, et al. Prospective Evaluation of a Polymerase Chain Reaction-ELISA Targeted to *Aspergillus fumigatus* and *Aspergillus flavus* for the Early Diagnosis of Invasive Aspergillosis in Patients with Hematological Malignancies. J Infect Dis 2006; 193:741.
18. Graves T., Fink J., Paterson R. et al. Familial Occurrence of allergic bronchopulmonary Aspergillosis. Ann. Int. Med., 1979, 91, №3, p. 378-382
19. Graves S., Patterson R., Mintzer R. et al .- Clinical and immunological criteria for diagnosis of allergic broncho - pulmonary aspergillosis. Ann. Int. Med., 1977, 86, №4, p.405-415.

20. Imbeau S., Wichols D., Flaherty D., Valdivina E .- Allergic bronchopulmonary aspergillosis . -J. Allergy clin.Immunology, 1978, 62, №4, 243-55
21. Isaac, M. Cutaneous aspergillosis. Dermatol Clin 1996,14, p.137-139.
22. Karp, JE, Burch, PA, Merz, WG. An approach to intensive antileukemia therapy in patients with previous invasive aspergillosis. Am J Med 1988,85,p.203-
23. Koester H.,Wozniak K., Friedrich E.,Kuhn G. – Zur bronchopulmonalen Aspergillose. Derm. Mon. Schrift – 1975,161, №10, s. 817-822
24. Novey H ., Wells I. - Allergic bronchopulmonary Aspergillosis Caused by Aspergillus ochraceus. Amer. J. Clin Pathol .,1978,70, №5, p.840-843
25. Ohmagari, N, Raad, II, Hachem, R, Kontoyiannis, DP. Invasive aspergillosis in patients with solid tumors. Cancer, 2004,101,2300.
26. Panke T., Mc.Mans A., Spebar M. Infektion of a Burn Wound by Aspergillus niger. Amer. J.Clin. Patol., 1979, 72, №2, 230-232.
27. Paterson PJ, Seaton S, McHugh, TD et al. Validation and clinical application of molecular methods for the identification of molds in tissue. Clin Infect Dis, 2006, 42,51.
28. Rosenberg M ., Patterson R., Mintzer R. et al .- Clinical and immunological criteria for diagnosis of allergic broncho - pulmonary aspergillosis. Ann. Int. Med., 1977, 86, №4, p.405-415.
29. Sugar A. M. Клинические особенности и диагностика инвазивного аспергиллеза (огляд). Медицина світу, Львів, 2006, ел.-ресурс
30. Walsh T., Hutchins G. Aspergillus mural. endocarditis. Amer. J. Clin. med., 1979, 71, №6, 640-644.
31. White PL, Linton CJ, Perry MD et al. The evolution and evaluation of a whole blood polymerase chain reaction assay for the detection of invasive aspergillosis in hematology patients in a routine clinical setting. Clin. Infect. Dis., 2006,42, p. 479-83.

**ІЗОЛЬОВАНИЙ АСПЕРГИЛЬОЗ ШКІРИ І НІГТІВ,
ЗУМОВЛЕНИЙ ПРОФЕСІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ПАЦІЄНТА.
СИМПТОМ «ЗАСУШЕНОГО ЛИСТЯ» ЗА АСПЕРГИЛЬОЗУ
НІГТІВ**

Кравченко В.Г¹., Кравченко А.В.²

¹Полтавський державний медичний університет

²Харківський національний медичний університет

Наведений випадок А., як ізольованого ураження шкіри і нігтів можна розглядати як професійний, оскільки чітко пов'язаний із професійною діяльністю пацієнта. Можна допустити, що А. шкіри і і

нігтів в дерматологічній практиці зустрічається частіше, ніж діагностується, оскільки число таких хворих на сучасному етапі з відомих причин, вірогідно, збільшується. При діагностиці необхідно враховувати професійну приналежність пацієнтів. Запропонований нами клінічний «симптом засушеного листа» має, на нашу думку, вагоме значення при встановленні клінічного діагнозу оніхомікозу, викликаного *A.flavus*, і який може слугувати в якості диференційної ознаки за інших грибкових уражень нігтів. Наш досвід підтверджує ефективність лікування *A. шкіри і нігтів за методом «пульс- терапія» орунгалом та засвідчив її підвищення за умови поєднання системної та місцевої протигрибкової дії антисептичного препарату Цидипол.*

ISOLATED SKIN AND NAIL ASPERGILLOSIS, DETERMINED BY THE PATIENT'S PROFESSIONAL ACTIVITY. "DRY LEAF" SYMPTOM OF NAIL ASPERGILLOSIS

Kravchenko V.G¹, Kravchenko A.V.²

¹Poltava State Medical University

²Kharkiv National Medical University

The given case of A., as an isolated lesion of the skin and nails, can be considered as professional, after which it is clearly related to the professional activity of the patient. It can be assumed that A. of the skin and nails in dermatological practice occurs more often than is actually diagnosed since the number of such patients at the modern stage is probably increasing for known reasons. When diagnosing, it is necessary to obtain a professional affiliation. The clinical "symptom of dried leaves" proposed by us has, in our opinion, a significant value in the established clinical diagnosis of onychomycosis caused by *A.flavus*, and which can serve as a differential sign for other fungal lesions of the nails. Our experience confirms the effectiveness of the treatment of A. skin and nails by the method of "pulse therapy" with orungal and means of its improvement under the conditions of the combination of systemic and local antifungal action of the antiseptic drug Cidipol.

Зміст:

I. Загальні відомості

Капустник В.А., Дащук А.М.

**ДО 140-РІЧЧЯ КАФЕДРИ ДЕРМАТОЛОГІЇ,
ВЕНЕРОЛОГІЇ І СНІДУ ХАРКІВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ** 3

II. Шкірні хвороби

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

**УРАЖЕННЯ НІГТІВ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА,
ЛІКУВАННЯ** 9

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

**УРАЖЕННЯ НІГТІВ ПРИ РІЗНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКІРИ** 20

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

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ОНІХОДИСТРОФІЙ 25

Дюдюк А.Д., Поліон Н.М., Тітов Г.І.,

Гладких Н.О., Салей О.А.

**СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЕТІОЛОГІЮ,
ЕПІДЕМІОЛОГІЇ, МЕТОДИ ТЕРАПІЇ
ХВОРИХ НА ОНІХОМІКОЗ** 30

Коваленко А.Ю., Міхневич О.В.

**НАПРЯМКИ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З
ТЕЛОГЕНОВОЮ АЛОПЕЦІЄЮ** 39

Кравченко В.Г.¹, Кравченко А.В.²

**ІЗОЛЬОВАНИЙ АСПЕРГИЛЬОЗ ШКІРИ І
НІГТІВ, ЗУМОВЛЕНИЙ ПРОФЕСІЙНОЮ
ДІЯЛЬНІСТЮ ПАЦІЄНТА. СИМПТОМ
«ЗАСУШЕНОГО ЛИСТЯ» ЗА АСПЕРГИЛЬОЗУ НІГТІВ** 46

Литинська Т.О., Раздайбедін С.М., Демченко О.В.

ПАРАПСОРІАЗ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ 54

Макуріна Г.І., Літвінова В.А.

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА
ВУЛЬГАРНУ ПУХИРЧАТКУ** 64

<i>Макурина Г.І., Чернеда Л.О.</i> ПРОБЛЕМИ ТА УСПІХІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ДЕВЕРЖИ	70
<i>Поліон Н.М., Дюдюк А.Д., Тітов Г.І., Гладких Н.О., Бойко О.В</i> ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АНТИФУНГАЛЬНИХ ЗАСОБІВ	77
<i>Рижкова Н.О., Штиров І.М., Вінніков А.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ОНІХОМІКОЗІВ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ	88
<i>Святенко Т.В.¹, Статкевич О.Л.²</i> ЗМІШАНА ПЕРВИННА РУБЦОВА АЛОПЕЦІЯ. ДЕКАЛЬВУЮЧИЙ ФОЛІКУЛІТ КЕНКО З УТВОРЕННЯМ КЕЛОЇДНИХ РУБЦІВ ПОТИЛИЦІ: КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	94
<i>Степаненко Р.Л., Федоренко О.Є., Степаненко В.І., Свирид С.Г., Іванов С.В.</i> СПЕКТР ЛІПІДІВ ВОДНО-ЛІПІДНОЇ МАНТІЇ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ	100
<i>Степаненко В.І., Федоренко О.Є., Степаненко Р.Л., Іванов С.В., Свирид С.Г.</i> ПОКАЗНИКИ РІВНЯ ЛІПІДІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА РІЗНІ СЕЗОННІ ТИПИ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ	110
<i>Marta Szafarczyk-Różycka</i> NAIL DYSTROPHY: SYMPTOMS, DIAGNOSIS AND TREATMENT	119
<i>III. Інфекції при яких уражаються інші органи і системи Карaban О.М., Малий В.П., Куцевляк С.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ЛЕГІОНЕЛЬОЗАХ	122
ЗМІСТ	128