

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ДЕРМАТОЛОГІЇ,
ВЕНЕРОЛОГІЇ
ТА ВІЛ/СНІД-ІНФЕКЦІЇ**

МАТЕРІАЛИ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

присвяченої 190-річчю професора О.Я.Бруєва

За редакцією проф. А.М.Дашука

Харків
2021

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, проф. О.Д.Александрук, проф. С.А.Бондар проф. Л.А.Болотна, 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 А.І., проф. Макуріна Г.І., проф. В.В.М'ясоєдов, доц. Л.В.Рощенюк, проф. О.О.Сизон, чл.-кор НАМН України В.І.Степаненко

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 кафедри дерматовенерології Харківського національного медичного університету висвітлено вклад професора О.Я.Бруєва в історії становлення і розвитку кафедри. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірно-венеричних хвороб.

Для науковців, фахівців.

А 45 Актуальні питання дерматології, венерології таі ВІЛ/СНІД інфекції:

Збірник наукових праць. – Х.: ЕСТЕТ ПРИНТ, 2021. – 94 с.

ISBN 978-617-95124-5-2

В сборнике научных трудов кафедры дерматовенерологии Харьковского национального медицинского университета отражен вклад профессора А.Я.Бруева в истории становления и развития кафедры. Рассмотрены вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения ряда кожных заболеваний.

Для научных работников, специалистов.

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 978-617-95124-5-2

ББК 55.83

© Харківський
національний
медичний університет,
2021

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МІКОТИЧНУ ЕКЗЕМУ

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

Ключові слова: мікоз стоп, оніхомікоз, мікотична екзема

Мікоз стоп та оніхомікоз визнані найбільш поширеними нозологіями у осіб похилого віку. При цьому частота і важкість ураження із віком також збільшується [1]. Тривале існування мікотичного процесу на тлі існуючих атрофічних змін шкіри призводить до сенсibilізації організму грибковими антигенами. Чинниками мікотичної екземи є *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum* та *Candida albicans*. В сукупності із нейроендокринними, метаболічними, інфекційно-алергічними, вегетосудинними розладами обумовлює розвиток мікотичної екземи. Згідно із клінічними рекомендації використовують комбінації лікарських засобів – глюкокортикостероїдів, антибіотиків та антимікотиків [2]. Глюкокортикостероїди для зовнішнього використання діють на клітини епідерміса, дерми, резидентні клітини імунної системи, забезпечують неспецифічний антипроліферативний і протизапальний ефект. Також глюкокортикостероїдні препарати володіють низкою побічних реакцій: телеангіектазії, атрофія шкіри, стероїдні вугрі. Використання сучасних зовнішніх антибактеріальних та антимікотичних засобів дозволяє уникнути багатьох побічних ефектів системної терапії, але при тривалому використанні часто виникає сенсibilізація, патологічний процес посилюється алергічним дерматитом [3]. У пацієнтів похилого віку використання однокомпонентних протигрибкових препаратів може посилити алергічне запалення.

Відомий спосіб лікування мікотичної екземи антигістамінними засобами, десенсibilізуючими засобами, протигрибковими препаратами, засобами зовнішнього застосування – кортикостероїдними мазями із протигрибковими препаратами (фузідерм Б, імакорт) [4].

Мета дослідження: розробити спосіб лікування мікотичної екземи у осіб похилого віку шляхом підвищення його ефективності.

Для лікування мікотичної екземи у осіб похилого віку ми призначали розчин натрію тіосульфат 30% 5 мл внутрішньовенно 14 діб, лоратадин 0,01 г 1 раз на добу 14 діб, тербінафін 0,25 г 1 раз на день протягом 14 діб, в якості місцевої терапії призначають цидіпол 2 рази на добу шляхом протирання ділянок еритематозно-сквамозних

бляшок, згрупованих папул та везикул, ерозій та навколишніх ділянок видимо здорової шкіри.

Цидіпол (cidipolum) – це комбінований препарат, на 100,0 г препарату – 0,3 г циміналя, 5,0 г димексиду і 94,7 г поліетиленоксиду. Препарат цидіпол є антисептичним препаратом широкого спектру дії. Виключною властивістю цидіполу, завдяки присутності в ньому димексиду, є його здатність проникати крізь неушкоджену шкіру і в такий спосіб діяти на збудників хвороби в товщі тканин. Саме з цією властивістю препарату пов'язаний його більш глибокий та надійний профілактичний ефект.

Ефективність способу доведена клінічними дослідженнями.

Обстежено 50 хворих із мікотичною екземою, середній вік хворих – $56,86 \pm 4,05$ роки. Діагноз встановлювали на підставі клінічних, анамнестичних та бактеріоскопічних даних підтвердження мікотичного процесу. Пацієнти були розподілені на п'ять груп по 10 осіб в кожній. Дані про терапевтичну ефективність лікування мікотичної екземи у осіб похилого віку із застосуванням різних схем наведені нижче.

Хворі першої групи отримували терапію за наступною схемою лікування:

1. Натрію тіосульфат 30% 5 мл внутрішньовенно 14 діб.
2. Лоратадин 0,01 г 1 раз на добу протягом 14 діб.
3. Тербінафін 250 мг 1 раз на день протягом 14 діб.
4. Зовнішньо – цидіпол 2 рази на добу. Цидіполом протирають

ділянки шкірного висипу та навколишні ділянки видимо здорової шкіри.

Хворі другої групи отримували терапію за наступною схемою лікування:

1. Натрію тіосульфат 30% 5 мл внутрішньовенно 14 діб.
2. Лоратадин 0,01 г 1 раз на добу протягом 14 діб.
3. Ітраконазол 100 мг 1 раз на добу протягом 15 днів.
4. Зовнішньо – цидіпол 2 рази на добу. Цидіполом протирають

ділянки шкірного висипу та навколишні ділянки видимо здорової шкіри.

Хворі третьої групи отримували терапію за наступною схемою лікування:

1. Натрію тіосульфат 30% 5 мл внутрішньовенно 14 діб.
2. Цетиризин 0,01 г 1 раз на добу 14 діб.
3. Тербінафін 250 мг 1 раз на день протягом 14 днів.
4. Зовнішньо – цидіпол 2 рази на добу. Цидіполом протирають

ділянки шкірного висипу та навколишні ділянки видимо здорової шкіри.

Хворі четвертої групи отримували терапію за наступною схемою лікування:

1. Натрію тіосульфат 30% 5 мл внутрішньовенно 14 діб.
2. Лоратадин 0,01 г 1 раз на добу протягом 14 діб..
3. Тербінафін 250 мг 1 раз на день протягом 14 днів.
4. Зовнішньо – 1-2% розчин йоду, яким протирають ділянки шкірного висипу та навколишні ділянки видимо здорової шкіри.

Хворі п'ятої групи отримували терапію за наступною схемою лікування:

1. Кальцію глюконат 10% 5 мл внутрішньовенно 14 діб.
2. Лоратадин 0,01 г 1 раз на добу протягом 14 діб.
3. Тербінафін 250 мг 1 раз на день протягом 14 діб.
4. Зовнішньо – цидіпол 2 рази на добу. Цидіполом протирають ділянки шкірного висипу та навколишні ділянки видимо здорової шкіри.

Порівняльний аналіз різних схем лікування дозволив зробити висновок, що найкращі результати отримали за першою схемою лікування.

В першій групі хворих клінічне одужаннями спостерігали у 80% хворих на мікотичну екзему. В 20% спостережень було констатовано значне поліпшення патологічного процесу. Середня тривалість лікування хворих цієї групи становила $14,1 \pm 0,5$ днів.

В той же час у хворих, які отримували лікування за другою схемою клінічне одужання було констатовано у 70% хворих, значне поліпшення у 30%. Середній термін лікування хворих цієї групи становив $16,2 \pm 0,5$ днів.

В третій групі пацієнтів клінічне одужання спостерігалось також у 70% хворих, значне поліпшення у 20%, а незначне у 10%. Середній термін лікування хворих цієї групи становив $14,3 \pm 0,2$ днів.

В четвертій групі пацієнтів клінічне одужання спостерігалось у 20% хворих, значне поліпшення у 60%, а незначне у 20%. Також слід підкреслити, що середня тривалість лікування хворих цієї групи становила $18,1 \pm 0,1$ днів

В п'ятій групі у хворих, які отримували лікування за п'ятою схемою клінічне одужання було констатовано також у 70% хворих, значне поліпшення у 30%. Середній термін лікування хворих цієї групи становив $15,2 \pm 0,3$ днів.

Таким чином, строки лікування хворих на мікотичну екзему у осіб похилого віку при різних схемах лікування варіюють в значних межах. Від $14,1 \pm 0,5$ ліжко-днів при застосуванні першої схеми лікування до $18,1 \pm 0,1$ ліжко-днів при використанні четвертої схеми.

На підставі всього вищевикладеного можна зробити висновок, що перша схема лікування є найбільш ефективною.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад.

Приклад № 1. Хворий Н., 59 років. Звернувся до лікарні зі скаргами на сверблячий висип на нижніх третинах гомілок та стоп обох кінцівок.

З приводу рецидивуючої мікотичної екземи звертався до лікарні із 2010 року. Більше 15 років страждає на мікоз стоп у вигляді сквамозної клінічної форми. Раніш неодноразово отримував з приводу мікотичної екземи антигістамінні препарати, гіпосенсибілізуючи препарати, ентеросорбенти, зовнішньо клотримазол крем. При цьому спостерігався короточасний ефект. У 2018 році звертався за медичною допомогою 5 разів.

При госпіталізації на шкірі нижньої третини гомілок та стопах спостерігалися ерітематосквамозні бляшки. Краї бляшок підвищені та дуже чіткі, по краям поодинокі везикули, папули та пустули. Місцями розчухи та геморагічні кірочки.

При обстеженні було виявлено, що внутрішні органи – без патології, загальний аналіз крові – без патології. При мікроскопічному дослідженні лусочок із ділянки запалення виявлений *Trichophyton rubrum*.

Діагноз основний: мікотична екзема.

Призначено лікування: лоратадін 0,01 г 1 раз на день 14 діб, тербінафін 0,25 г 1 раз на день протягом 14 днів, в якості зовнішньої терапії - цидіпол 2 рази на добу шляхом протирання ділянок шкірного висипу та навколишніх ділянок видимо здорової шкіри.

У результаті лікування на 4 день спостерігали зменшення інтенсивності забарвлення осередків, зникнення папул та пустул. На 6-й день отримали негативний результат мікроскопічного дослідження лусочок. Помітне збліднення осередків з центру спостерігали на 10-й день. Повне завершення регресування осередків екземи отримали на 14-й день. Хворого було виписано зі стаціонару на 14-й день лікування з клінічним одужанням.

Таким чином, призначення цидіполу у комплексній терапії хворих на мікотичну екзему підвищує ефективність лікування таких хворих.

Література:

1. Crissey J.T. Common dermatophyte infections. A simple diagnostic test and current management // Postgrad. Med. 1998. Vol. 103. № 2. P. 191–205.

2. Болотная Л.А., Рябова О.А. Современные взгляды на патогенез и лечение экземы // Дерматол. та венерол. – 2002. – № 2. – С. 20–23

3. Бакулев А.Л., Кравченко С.С., Платонова А.Н. Микробная экзема: современные возможности топической терапии с использованием сульфатаиозола серебра// . Вестник дерматологии и венерологии 2015; (1): 111—121.

4. Степаненко В.І. Дерматологія венерологія: підручник для студентів вищих медичних учбових закладів України IV рівня

акредитації, лікарів-інтернів, лікарів / В.І. Степаненко. – К.: видавництво КІМ, 2012. – 903 с.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МІКОТИЧНУ ЕКЗЕМУ

Дашук А.М., Добржанська Є.І., Рощенко Л.В., Дашук А.А.

Мікоз стоп та оніхомікоз визнані найбільш поширеними нозологіями у осіб похилого віку. При цьому частота і важкість ураження із віком також збільшується. Тривале існування мікотичного процесу на тлі існуючих атрофічних змін шкіри призводить до сенсibilізації організму грибковими антигенами. Чинниками мікотичної екзemi є *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum* та *Candida albicans*. В сукупності із нейроендокринними, метаболічними, інфекційно-алергічними, вегетосудинними розладами обумовлює розвиток мікотичної екзemi. Використання сучасних зовнішніх антибактеріальних та антимікотичних засобів дозволяє уникнути багатьох побічних ефектів системної терапії, але при тривалому використанні часто виникає сенсibilізація, патологічний процес посилюється алергічним дерматитом.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИКОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ

Дашук А.М., Добржанская Е.И., Рощенко Л.В., Дашук А.А.

Микоз стоп и онихомикоз признаны наиболее распространенными нозологиям у лиц пожилого возраста. При этом частота и тяжесть поражения с возрастом также увеличивается. Длительное существование микотического процесса на фоне существующих атрофических изменений кожи приводит к сенсibilизации организма грибковыми антигенами. Факторами микотической экземы являются *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum* и *Candida albicans*. В совокупности с нейроэндокринными, метаболическими, инфекционно-аллергическими, вегетососудистая расстройствами обуславливает развитие микотической экземы. Использование современных внешних антибактериальных и противогрибковых средств позволяет избежать многих побочных эффектов системной терапии, но при длительном использовании часто возникает сенсibilизация, патологический процесс усиливается аллергическим дерматитом.

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH MYCOTIC ECZEMA

Dashchuk AM, Dobrzhanskaya EI, Roshchenyuk LV, Dashchuk AA

Mycosis of the feet and onychomycosis are recognized as the most common nosologies in the elderly. The frequency and severity of the lesion also increases with age. Prolonged existence of the fungal process against the background of existing atrophic changes in the skin leads to sensitization of the body by fungal antigens. Factors of fungal eczema are *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum* and *Candida albicans*. In combination with neuroendocrine, metabolic, infectious-allergic, vascular disorders causes the development of fungal eczema. The use of modern external antibacterial and antifungal agents avoids many side effects of systemic therapy, but with prolonged use often sensitization occurs, the pathological process is exacerbated by allergic dermatitis.

Зміст:

I. Загальні відомості

Капустник В.А., Лесовой В. Н., Дацук А.М., Николаева А.А

К 190-ЛЕТІЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

ПРОФЕССОРА

АЛЕКСАНДРА ЯКОВЛЕВИЧА БРУЕВА

3

Кравченко В.Г., Дацук А.М., Кравченко А.В., Ємченко Я.О.,

Попова І.Б

НЕДОЛІКИ В РЕАЛІЗАЦІЇ

РЕФОРМУВАННЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ

ГАЛУЗІ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

6

Сирова Г.О., Завада О.О., Петюніна В.М., Чаленко Н.М.,

Макаров В.О.

ПРОПОГАНДА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

СЕРЕД СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ ХНМУ

13

II. Шкірні хвороби

Şuhratowa Altinai

SKLERODERMİYA

15

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

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ

НА МІКОТИЧНУ ЕКЗЕМУ

19

Добржанская Е.И., Дацук А.А., Деркач Ю.В.

ЭКЗАНТЕМА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

25

Добржанская Е.И., Дацук А.А., Деркач Ю.В.

СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

31

Одінцова І.В., Поліон Н.М., Дюдюк А.Д.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ, КЛІНІЧНІ ФОРМИ

ТА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА СЕБОРЕЙНИЙ ДЕРМАТИТ

37

Фоміна Л.В.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ

НУМУЛЯРНОЇ ЕКЗЕМИ У ДІТЕЙ І ДОРОСЛИХ

45

Фоміна Л.В.

КОМБІНОВАНА ТОПІЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ

ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ

50

III. ВІЛ/СНІД-інфекції

<i>Дашук А.М., Добржанская Е.И., Дашук А.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ	57
---	-----------

<i>Дашук А.М., Добржанская Е.И., Дашук А.А.</i> ЖЕНЩИНА И ВИЧ	69
---	-----------

IV. Інфекції, при яких уражаються інші органи і системи

<i>Єрмоленко Т.І., Чорна Н.С., Братчук К.В.</i> ПОРІВНЯЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ СЕДАТИВНОЇ ТА АНТИСТРЕСОВОЇ ДІЇ ПРЕПАРАТІВ НОВО-ПАСИТ ТА КОРВАЛОЛ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	75
---	-----------

<i>Мішина М.М., Дашук А.М., Гопта О.В., Бондаренко О.В., Марченко І.А., Мозгова Ю.А., Дашук А.А., Мішин Ю.М.</i> ВИНИКНЕННЯ ВТОРИННИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ФОНІ ЕКЗЕМАТОЗНОГО УРАЖЕННЯ ШКІРИ ВУШНОЇ РАКОВИНИ ВНАСЛІДОК ІМПЛАНТЕЦІЇ МЕТАЛЕВИХ СТОРОННІХ ТІЛ	83
--	-----------

<i>Фоміна Л.В.</i> ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ	86
---	-----------

ЗМІСТ	91
--------------	-----------

Актуальні питання дерматології, венерології та ВІЛ/СНІД інфекції

Матеріали наукової конференції
присвяченої 190-річчю професора О.Я.Бруєва
(Українською, російською та англійською мовами)

Редактор *Дацук А. М.*
Комп'ютерна верстка *Плотнікова С. О.*

Формат 60х84 1/16.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк.5,58. Обл.-вид. арк.5,85 .
Наклад 300 прим. Зам.ЕП-0211211.

Видавництво «ЕСТЕТ ПРІНТ»
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №6381 від 3.09.18 р.

Віддруковано в друкарні ТОВ «ЕСТЕТ ПРІНТ»
61093, м. Харків, вул.. Рилєєва, 60
Тел.: (050) 831-58-36