

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ДЕРМАТОЛОГІЇ ТА ВЕНЕРОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»

Журнал заснований у 1996 р.

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Головний редактор – **Я.Ф. Кутасевич**, д-р мед. наук, професор, директор
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», завідувач відділення
дерматології, інфекційних і паразитарних захворювань шкіри

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Заступник головного редактора – **Г.М. Бондаренко** (Харків, Україна)**В.П. Адашкевич** (Вітебськ, Республіка Білорусь), **С.С. Арифов** (Ташкент, Узбекистан),
Г.М. Біляєв (Харків, Україна), **Л.А. Болотна** (Харків, Україна),
В.М. Волкославська (Харків, Україна), **М.С. Гончаренко** (Харків, Україна),
Т.Г. Євтушенко (Харків, Україна), **О.І. Літус** (Київ, Україна),
Г.І. Мавров (Харків, Україна), **І.О. Олійник** (Харків, Україна),
Ю.В. Сметанін (Харків, Україна), **Е.М. Солошенко** (Харків, Україна)Науковий редактор – **Г.К. Кондакова** (Харків, Україна)

Засновник: ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Атестовано: затверджено постановою президії ВАК України від 01.07.10 № 1-05/5

Адреса редколегії:

вул. Чернишевська, 7/9, м. Харків, 61057,
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН
України», журнал «Дерматологія та венерологія»
Тел.: +38 (057) 706-32-00
Тел./факс: +38 (057) 706-32-03

Реєстраційне свідоцтво: КВ № 3912 від 27.12.1999 р.

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ
«Інститут дерматології та венерології НАМН
України». Протокол № 9 від 26.09.2017 р.

Адреса для листування:

вул. Чернишевська, 7/9, м. Харків, 61057,
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН
України», журнал «Дерматологія та венерологія»
E-mail: idvnamnu@ukr.net
Сайт: idvnamnu.com.ua
Тел.: +38 (057) 706-32-00
Тел./факс: +38 (057) 706-32-03

Видавець:

ТОВ «Медичний журнал
«Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія»

Генеральний директор: Анастасія Чаплиженко

Шеф-редактор: Анна Артюх, artuykh.kiai@gmail.com

Відповідальний секретар: Олена Білоконь

Дизайн/комп'ютерна верстка: Тамара Музика

Менеджер з реклами: Марина Артеменко,
artemenko@id-zu.com

Фінансовий відділ: +38 (044) 364-40-25

Відділ передплати та розповсюдження:
+38 (044) 364-40-29, peredplata.zu@gmail.comАдреса редакції: вул. Механізаторів,
2, м. Київ, 03035; тел.: +38 (044) 364-40-11

Підписано до друку: 30.10.2017 р.

Друк: ТОВ «Прінтінг Індастрі».
01033, м. Київ, вул. Короленківська, 4.

Наклад: 1000 прим

Електронна версія журналу розміщена на офіційному сайті ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»: www.journal.idvnamnu.com.ua; сайті Національної бібліотеки України ім. В.І. Вернадського: www.nbuv.gov.ua; сайті Наукової електронної бібліотеки: www.elibrary.ru.

Статті видання індексуються науковою інформаційною системою Google Scholar.

Журнал «Дерматологія та венерологія» зареєстровано у Міжнародних наукометричних базах: Index Copernicus, Ulrich's Periodicals Directory, Російський індекс наукового цитування (РІНЦ).

Цілковите або часткове розмноження у будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції. Матеріали з позначкою © публікуються на правах реклами. Позначка © використовується для публікацій рекламного характеру, які містять інформацію про медичні лабораторії, послуги медичних клінік, медичну апаратуру, інше, у тому числі лікарські засоби, які не занесені до переліку заборонених для рекламування. Публікації з позначкою © містять інформацію про лікарські засоби і призначені для медичних та фармацевтичних працівників. Правовий режим інформації, викладеної у цьому виданні або наданої для розповсюдження на спеціалізованих заходах з медичної тематики, у першу чергу визначається Законом України від 04.04.1996 р. №123/96ВР «Про лікарські засоби». Відповідальність за зміст рекламних та інформаційних матеріалів несуть особи, які подали матеріали для розміщення у журналі.

Передрук матеріалів дозволяється лише з дозволу редакції.



За своєю чутливістю і специфічністю експрес-тест на сифіліс ІХГ (98,1 %) не поступався загальноновизнаним методам лабораторної діагностики: РЗКт (92,6–96,9 %), ІФА (98,9 %), РПГА (98,5 %), РІФ (98,5 %). Позитивні значення в двох або трьох із застосованих реакцій, до яких входив метод ІХГ, давали змогу провести верифікацію сифілісу за допомогою серологічних методів у всіх обстежених соматичних пацієнтів і показали можливість і своєчасність заміни рутинного РЗКт сучасними, доступнішими, швидшими у використанні і досить чутливими методами лабораторної діагностики. Слід зазначити, що кожна із застосованих тест-систем – CITO TEST Syphilis, New vision diagnostics Профітест, OnSaite Rapid Test – має низку своїх переваг.

Висновки

Отримані порівняльні результати постановки трепонемних методів у поєднанні з ІХГ дозволяють рекомендувати його впровадження до складу серологічних реакцій на сифіліс у соматичних стаціонарах. Впровадження в лабораторну практику імунохроматографічних експрес-тестів з обов'язковим підтвердженням позитивних результатів у дерматовенерологічних закладах розширює можливості серодіагностики, забезпечує ефективніше виявлення сифілісу на всіх його стадіях, особливо у пацієнтів першого та другого рівня обстеження і осіб, що входять до груп ризику.

УДК 616.527-085.357-06-084

Обґрунтування профілактики ускладнень глюкокортикостероїдної терапії у хворих на акантолітичну пухирчатку

В.А. Літвінов, В.П. Федотов

Запорізький державний медичний університет

Акантолітична пухирчатка – тяжкий системний дерматоз, частота якого становить 1 % хворих в загальній структурі дерматологічної патології і в основі якого залишається автоагресія з розвитком акантолізису. Провідним препаратом для імуносупресивного впливу на автоалергічні процеси є глюкокортикостероїди, які призначаються на досить тривалий період, нерідко довільно, що призводить до появи багатьох серйозних ускладнень з боку різних органів і систем.

Мета роботи: обґрунтувати показання та методику поетапного використання методів профілактики ускладнень терапії глюкокортикостероїдами хворих на акантолітичну пухирчатку.

Було проведено чотирьохразове дослідження 25 хворих на вульгарну пухирчатку: до лікування, на 2–3-му тижнях прийому високих доз глюкокортикостероїдів (І етап), після 1,0–1,5 міс лікування при зниженні доз гормонів (ІІ етап) і через 3–4 міс після виписки зі стаціонару, коли хворий отримував підтримувальну терапію глюкокортикостероїдними препаратами амбулаторно (ІІІ етап). Вивчали клінічні особливості та перебіг дерматозу, функцію печінки, жировий, вуглеводний та білковий обміни, оксидативний стрес і систему оксиду азоту, а також проводили біфункціональний моніторинг добового артеріального тиску і частоти пульсу за допомогою системи CardioTens (Meditech, Угорщина).

Для комплексного лікування використовували як загальноприйняті препарати (глюкокортикостероїди, антибіотики, вітаміни, дезінтоксикаційні препарати, антициди, препарати Са, К, антимиотики та ін.), так і деякі засоби, які ми рекомендуємо за даними наших досліджень. Дозу глюкокортикостероїдів визначали на основі віку, статі та ваги хворих, супутної та перенесеної патології та ін. Спочатку призначали високі ударні дози від 60–100 до 150–300 мг на добу преднізолонного еквіваленту. Потім, після регресу шкірних проявів дозу гормону дуже обережно і поступово знижували, поки не досягли мінімальної підтримувальної ефективної дози, яка забезпечує ремісію захворювання впродовж досить тривалого часу (1–2 таблетки на добу). Іноді у разі розвитку повної ремісії можливо повністю відмінити гормони.

На основі вивчення добового тиску, який виявив статистично значуще збільшення кількості хворих з недостатнім нічним зниженням артеріального тиску non-dipper і групінight peakers, а також консультації кардіолога вранці призначали Мікардіс (чи мікопрес) по 80 мг і ввечері – амлодипін (Стамло, Аген) по 5 мг. Ми рекомендуємо використовувати статини на ІІІ етапі, коли різко знижуються активність синтази оксиду азоту під впливом глюкокортикостероїдів. Прийом статинів (Роксера 10 мг ввечері 1 раз на добу), за нашими даними, підвищує рівень NO-синтази, що позитивно впливає на відновлення низки важливих функцій організму, а також нормалізацію рівня холестерину, особливо низької щільності, знижує частоту інфарктів і інсультів, зменшує запалення в судинах.

Також рекомендуємо використовувати 1 % розчин реамбирину на І і ІІІ етапах лікування пухирчатки (це добре збалансований полііонний розчин з додаванням янтарної кислоти). Дія препарату обумовлена здатністю підсилювати компенсаторну активацію аеробного гліколізу, знижувати рівень пригнічення окисних процесів. Реамберин вводиться внутрішньовенно крапельно по 400 мл (через добу – 2 інфузії, а потім 2 рази на тиждень, № 8–10). Ми знову звернулись до ізотонічних розчинів натрія хлориду, який вводили внутрішньовенно крапельно по 400 мл на ІІІ етапі лікування з метою стимуляції функції наднирників, а також дезінтоксикації, нормалізації порушень нервової системи та кровообігу.

З профілактичною метою було проведено зниження згортальної здатності крові за допомогою призначення інгібіторів агрегації тромбоцитів – Зілт 75 мг або Плагрил (Д-р Реддіс) 75 мг – вранці одноразово на ІІ і ІІІ етапах лікування для профілактики тромбоутворення і можливої емболії. Сечогінні засоби призначали одноразово вранці натще – трифас 5 мг, 1 раз на 1–2 тиж на ІІ і ІІІ етапах лікування – як для нормалізації артеріального тиску, так і для виведення рідини з організму для профілактики недостатності серцевої діяльності. Для регуляції мікрофлори кишечника рекомендовані пробіотики (ентерожерміна) по 1–2 флакони 1 раз на добу, 14 днів на кожному етапі лікування. Гепатопротектори необхідні на всіх етапах лікування. Так, на першому етапі ми рекомендуємо прийом есенціале-Н по 1 капсулі тричі на добу, а на ІІ і ІІІ етапах – гепабене по 1 капсулі двічі на добу. Показаний АТФ на І і ІІ етапах лікування внутрішньом'язово по 1 флакону (10 мл), який покращує метаболізм і енергозабезпечення тканин, підсилює мозковий та коронарний кровообіг. Прийом АТФ доцільно чередувати через добу з кокарбоксилазою внутрішньом'язово по 3,0 (0,05 г коферменту), яка нормалізує діяльність серцево-судинної системи, коронарний кровообіг, а також при ацидозі.

Необхідно проводити контроль діурезу, рівня глюкози у крові та сечі, аналіз калу на приховану кров.

Ми не вважаємо за доцільне у хворих на пухирчатку використовувати анаболічні стероїди, седативні та заспокійливі препарати, антидепресанти.

Висновки

1. Рекомендовано з метою профілактики ускладнень глюкокортикостероїдної терапії поетапний прийом як стандартних, так і рекомендованих нами засобів в залежності від доз гормонів.