

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, artyukh.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](http://www.journal.idvnamnu.com.ua); сайті Національної бібліотеки України ім. В.І. Вернадського: [www.nbuv.gov.ua](http://www.nbuv.gov.ua); сайті Наукової електронної бібліотеки: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru).

Статті видання індексуються науковою інформаційною системою Google Scholar.

Журнал «Дерматологія та венерологія» зареєстровано у Міжнародних наукометричних базах: Index Coperticus, 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.

врожденного сифилиса. Также появились новые механизмы устойчивости возбудителей бактериального и вирусного происхождения к антибиотикам и химиопрепаратам.

Известно, что липосомальные формы лекарственных средств позволяют значительно повысить эффективность и качественно изменить характер их действия. С точки зрения биологической совместимости липосомы идеальны как переносчики лекарственных препаратов. Они изготавливаются из природных липидов, и поэтому нетоксичны, не вызывают нежелательных иммунных реакций и разрушаются под действием обычных ферментов, присутствующих в организме. Липосомальные формы лекарственных препаратов позволяют уменьшить терапевтическую дозу антибиотиков, пролонгировать их действие, уменьшить сроки лечения, а также снизить их токсичность. Использование липосом для лечения сифилиса еще недостаточно используется в мире.

Для лечения сифилиса используют бензилпенициллин, так как он обладает антимикробным бактерицидным действием. Однако при введении препарата возможны аллергические реакции: кожные высыпания, крапивница, озноб, головная боль, интерстициальный нефрит. Кроме того, использование бензилпенициллина для лечения сифилиса вызывает образование в крови больных метгемоглобина, который содержит избыточное окисленное железо в эритроцитах крови и не может переносить кислород, в результате чего страдает функция эритроцитов.

**Целью работы** была оценка результатов эффективности лечения больных скрытым сифилисом с использованием липосомального препарата Липин.

#### Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 10 больных поздним скрытым сифилисом. Лечение сифилиса проводилось согласно инструкции МЗ Украины. Кроме того, в комплексное лечение был добавлен липосомальный препарат Липин. Группу сравнения составили 8 больных сифилисом, получавших лечение согласно стандартной методике. Липин вводился, согласно инструкции, капельно, бензилпенициллин – согласно обычным схемам лечения.

#### Результаты

После проведенного комплексного лечения Липином и бензилпенициллином в течение 5–10 дней титр антител в крови больных стал в 4 раза меньше, чем до госпитализации. В группе больных, получавших только бензилпенициллин, титр антител в течение одного курса лечения не падал и оставался на уровне титров до госпитализации. Кроме того, у больных в течение лечения комплексом Липин и бензилпенициллин не было отмечено образования метгемоглобина, в то время как у больных, получавших только бензилпенициллин, уровень метгемоглобина выросал от 4 до 9 % (при норме 1 %).

#### Выводы

Пилотные данные анализа негитивации серологических реакций после лечения больных сифилисом позволяют говорить об ускорении негитивации у пациентов, получавших комплексную терапию, включающую липосомальный препарат Липин и бензилпенициллин.

УДК 616.517-07-089-056.83

## Загальноклінічна характеристика хворих на псоріаз курців тютюну

**О.С. Ковальова, В.П. Федотов**

*Запорізький державний медичний університет*

Підвищення ефективності терапії псоріазу – одна з актуальних проблем сучасної наукової та практичної дерматології, що обумовлено відсутністю чітких знань етіології дерматозу та багатьох факторів патогенезу, а також складністю та тривалістю лікування. Роль куріння тютюну при псоріазі не вивчалась, хоча не виникає сумніву негативний вплив його на перебіг дерматозу. Тому лікування псоріазу у хворих курців тютюну залишається невирішеною проблемою.

**Мета роботи:** визначення деяких патогенетичних механізмів впливу паління тютюну на виникнення та перебіг псоріазу.

Основну групу дослідження становили 72 хворих на псоріаз віком від 24 до 56 років, які активно щоденно палили (51 чоловік і 21 жінка) упродовж 6 років і більше. У всіх хворих був встановлен вульгарний або бляшковий псоріаз з локальним ураженням (44 хворих), поширеними формами (28 пацієнтів). 20 хворих не вживали тютюну (група порівняння). Контрольна група складалася з 34 практично здорових осіб.

Визначали якість життя за допомогою опитувальників МОЗ, вивчали мотиви куріння, спадковість, шкідливі звички, стан здоров'я. Для визначення нікотинної залежності використовували опитувальник К.О. Fagerstrom. Також вивчали індекс курця, проводили підрахунок пачко-років. Факт куріння та кількісний розрахунок поточного нікотинного навантаження визначали за допомогою імуноферментного хемілюмінесцентного дослідження концентрації котинінів у ранковій порції сечі.

24 пацієнти мешкали у сільській місцевості, 48 – у містах. 58 пацієнтів були одружені, 14 – не одружені, 18 не мали певного роду занять, 22 пацієнти працювали в торгівлі та сфері послуг, 21 – були службовцями, 8 – сільгосппрацівниками, 3 – робочими. 41 з 12 хворих мали інші шкідливі звички та обтяжливі фактори (вживання алкоголю – 8 пацієнтів, недостатня гігієна – 21, відсутність фізичної культури – 62, зловживання кавою – 24). Ненормований робочий час був у 51 хворого, відсутність спеціальних місць для паління – 64.

Вплив негативних факторів на розвиток і перебіг псоріазу треба враховувати при розробці методів лікування і профілактики. Із супутньої патології у курців тютюну переважали гіпертонічна хвороба, стенокардія, атеросклероз, ангіопатія, геморої, захворювання органів дихання, травлення, розлади ВНС, психічні хвороби і розлади поведінки, спричинені вживанням тютюну. Звертає на себе увагу більша кількість серцево-судинних захворювань, хвороб органів травлення, дихальних шляхів, уражень ротової порожнини, можливо, патогенетично пов'язані з впливом паління тютюну.

Тест Фагерстрома у хворих на псоріаз курців тютюну становив  $(5,2 \pm 4,3)$  бала і був 0 у хворих, що не палили. Індекс курця був  $(226 \pm 208)$ , кількість пачко-років –  $(22,8 \pm 21,9)$  при 0 – у хворих на псоріаз, які не палять. Концентрація котинінів у сечі була у досліджуваних хворих курців тютюну  $(9239 \pm 8393)$  нмоль/л, а в тих, що не палили, – менше 350 нмоль/л, що було статистично достовірним ( $p < 0,05$ ). Таким чином, у хворих на псоріаз курців тютюну, на відміну від хворих на псоріаз, що не палили, спостерігались збільшення середніх показників за індексом курця, концентрації котинінів у сечі, кількості балів за тестом Фагерстрома, кількості пачко-років, що було статистично достовірним.

Нами встановлено, що рівень куріння істотно вищий у хворих на псоріаз чоловіків, ніж у жінок ( $\chi^2 = 5,9, p < 0,05$ ). Більшість хворих на псоріаз жінок швидше звикають до регулярного куріння, хоча вдвічі раніше палити починають чоловіки. Аналіз мотиваційних факторів, що сприяють залученню до куріння, свідчать про негативний вплив соціального

оточення, а також роль психологічних негараздів. 40 % жінок вказують на зв'язок між інтенсивністю куріння і поганим настроєм, а 65 % чоловіків вважають, що куріння допомагає у спілкуванні та встановленні контактів з людьми. Вважають, що куріння може бути ознакою внутрішнього дискомфорту, психологічних проблем.

Результати опитування дають підстави стверджувати, що проблема куріння багатофакторна, що пов'язано з інтенсивним зростанням досить поширеної звички, різноспрямованістю власних і соціальних причин. У хворих, які зловживали курінням, встановлено особливості клінічних проявів і перебігу псоріазу, а саме переважали дисеміновані форми; частіше уражались долоні та підшви; частіше виявлялась псоріатична оніходистрофія; торпідність до терапії.

Психоемоційний стан, за даними опитувальників, у курців значно знижений, особливо в жінок. У них вірогідно пригнічені показники соціальної активності та психічного здоров'я. Якість життя жінок-курців, хворих на псоріаз, гірша, ніж чоловіків, за рахунок зниження фізичної активності, психічного здоров'я, соціальної активності.

#### Висновки

1. Встановлено, що рівень куріння вищий у чоловіків, вони раніше починають курити, але жінки швидше звикають до куріння, що свідчить про роль психологічних негараздів у формуванні шкідливих звичок.
2. У цих хворих середні показники за індексом курця вищі у 1,5 раза, а вміст котинінів у сечі, кількість балів за тестом Фагерстрома та пачко-років – майже вдвічі.
3. Визначено особливості клінічних проявів та перебігу псоріазу у курців тютюну (дисемінація процесу, ураження долоней та підшв, частіше виявляється оніходистрофія, торпідність до терапії).

УДК 577.322.7

## Вплив препарату цефтріаксон на резистентність мембран еритроцитів

Г.К. Кондакова, Е.М. Солошенко, О.В. Левицька, Г.О. Семко

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Відомо, що антибіотики, які діють на плазматичні мембрани, можуть порушувати осмотичні властивості клітин (Баева Е.С. і соавт., 2013). Зміни проникності еритроцитарних мембран людини для молекул антибіотиків значною мірою визначають перебіг патологічного процесу та можуть слугувати критерієм функціонування біомембран в організмі. Виходячи з цього, актуальним є вивчення впливу на резистентність мембран еритроцитів антибіотиків, які застосовують для лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, зокрема трихомонозу.

**Мета дослідження** – вивчити *in vitro* вплив антибіотика цефтріаксон на ступінь осмотичного та перекисного гемолізу еритроцитів людини.

#### Матеріали та методи

У дослідженні були використані еритроцити донорів, що звернулись для обстеження до клініки ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ». Попередньо проби крові, стабілізовані цитратом натрію, інкубували впродовж 2 год за температури 37 °С в присутності цефтріаксону в концентрації 250 мкг/мл. Структурний стан еритроцитів оцінювали шляхом визначення рівня перекисного та осмотичного гемолізу. Резистентність еритроцитів до дії перекису вивчали за методом Михайлова С.С. та співавт. (1999), рівень осмотичного гемолізу оцінювали в гіпоосмолярному розчині хлориду натрію у концентрації 0,45 %. Гемоліз еритроцитів реєстрували за допомогою спектрофотометра СФ-46 при довжині хвилі 536 нм.

#### Результати

Отримані експериментальні дані вказують на посилення гемолітичної активності еритроцитів під впливом цефтріаксону, про що свідчить збільшення у 2 рази рівня перекисного гемолізу. Показано, що накопичення молекул цефтріаксону в мембранах еритроцитів призводить до збільшення гемолітичної активності еритроцитів у середовищі 0,45 % хлориду натрію. Згідно з літературними даними, інкубування еритроцитів у гіпоосмотичному середовищі робить їх чутливими до дії ендогенних факторів, і майже 90 % еритроцитів перебувають у стадії сферуляції. Тому препарат цефтріаксон можна охарактеризувати як речовину з вираженими гемолітичними властивостями.

#### Висновки

Таким чином, препарат цефтріаксон при взаємодії з мембранами еритроцитів індукує в них приховані структурні ушкодження мембрани, що спричинює збільшення гемолітичної активності еритроцитів.

УДК 616.5-006.6-073.58

## Порівняльна характеристика теледерматоскопічної та дерматоскопічної діагностики немеланомних раків шкіри

К.І. Кравець<sup>1</sup>, І.І. Сидоренко<sup>2</sup>, О.В. Богомолець<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти

<sup>2</sup> Інститут дерматокосметології доктора Богомолець, м. Київ

Щороку у світі немеланомний рак шкіри діагностують у 2–3 млн людей, і ця цифра збільшується. З кожним роком кількість випадків зростає і в Україні. Нестача кваліфікованих кадрів у цій сфері та відсутність можливості у деяких пацієнтів з віддалених регіонів подолати відстань для очної консультації змушують шукати нові діагностичні можливості. Однією з таких можливостей є дистанційна діагностика.

В даній роботі порівнюються результати теледерматоскопічної та дерматоскопічної діагностики немеланомних раків шкіри, на основі чого робляться висновки з приводу ефективності даного методу діагностики.

Для аналізу були відібрані пацієнти з попереднім діагнозом раку шкіри, які звернулись на теледерматологічну консультацію, пройшли очну консультацію дерматолога та видалили новоутворення з наступним гістологічним дослідженням. Адміністратор проводив теледерматоскопічну фіксацію зображення фотоапаратом Sony Cyber-shot DSC-W800 з насадкою DermLite PRO HR,