

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю

«Здобутки та проблеми дерматовенерологічної науки в військовий час»

(конференція присвячена 30-річчю
Національної академії медичних наук України)

23-24 листопада 2023 р., м. Харків

Peculiarities of skin microbiota in patients with psoriatic disease

Astsaturov H. Ye., Syzon O.O., Babak I.D., Dashko M.O.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv

Characteristic changes in the macroorganism state are reflected in the disorders of microbial landscape of all topographical skin zones. It should be noted that the study of the skin microbial landscape in patients with psoriasis have episodic and unstructured nature. Thus, it is claimed that the findings of the skin microbiocenosis disorder in patients with psoriasis are characterized by changes in the quantitative and qualitative spectrum of microorganisms, in particular, by the appearance of *Staphylococcus haemolyticus* in the foci, probable increase in the number of *Corynebacterium spp.*, *Micrococcus spp.*, *Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus capitis*, *Staphylococcus aureus* on the background of an oppression or a significant increase in the colonization of *Staphylococcus epidermidis*. The purpose of our work was to investigate the quantitative composition of microscopic flora and the degree of skin induration of patients with psoriasis, depending on the clinical course (clinical form, stage) and duration of the disease.

Materials & Methods: The study of the skin microscopic flora was performed from the lesions in 37 patients with psoriasis, which were under observation. 28 apparently healthy persons formed the control group. The material was taken using a replica plating method with subsequent microbiological identification of microorganisms.

Results: It has been established that patients with psoriasis, which were under observation, had the skin microbial landscape of the lesions formed mainly of *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, *Bacillus* and *Micrococcus* genera. The clearest microbial contamination of the lesions has been observed in psoriatic erythroderma, slightly less accentuated skin microbial contamination has been found in patients with the widespread form of dermatitis and the presence of arthropathy, and the least number of microorganisms have been found in patients with common psoriasis without complicated phenomena. The progressive stage of psoriasis has been characterized by a higher level of microbial contamination. It has been established that patients with psoriasis have a very significant dependence of contamination degree of *S. aureus*, *S. epidermidis* and *S. saprophyticus* from the duration of dermatitis course, the growth of which had contributed to the intensification of microbial contamination. Thus, the highest level of microbial contamination have been observed in patients with erythroderma, progressive stage of the pathological progress and duration of the disease for more than 20 years.

Conclusions. Analyzing the obtained results, we observed a tendency that *Staphylococcus aureus* and *Staphylococcus epidermidis* are the dominant components of the skin microbial landscape of lesions in patients with psoriasis, which allows us to consider them as trigger factors of the pathological process.

Intensity of the immune response in their body, which in turn leads to the formation of immunodeficiency.

The given data are the results of scientific research work 0120U105735

Оптимізація топічного лікування мікозів стоп в пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу

Бабак І.Д., Сизон О.О., Чаплик-Чижо І.О. Дашко М.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Найбільш розповсюдженими дерматологічними захворюваннями у хворих на діабет типу 2 є сквамозно-гіперкератотична форма мікозу ступней. Шкірна симптоматика розвивається повільно, починаючи з утворення невеличких змозолістей та гіперкератозу в ділянках, що зазнавали тиску. Приєднанню грибкової інфекції сприяє порушення кровообігу та травматизація шкіри стоп. Однією з ланок вирішення проблеми є підбір необхідного препарату, який містить компоненти с вираженими кератолітичними та гідратуючими властивостями.

Метою дослідження стало вивчення клінічної ефективності бальзаму для ніг від змозолістей та гіперкератозу з протигрибковим ефектом.

Матеріали і методи лікування. Під нашим спостереженням знаходилося 32 хворих (17 чоловіків і 15 жінок у віці від 43 до 53 років) з мікотичним ураженням стоп. Діагноз грибкового ураження стоп підтверджувався мікроскопічним дослідженням на предмет виявлення патологічних грибів у вогнищах ураження. У всіх пацієнтів давність захворювання на цукровий діабет складала від 2 до 5 років.

Результати та їх обговорення. Перед нанесенням бальзаму на шкіру стоп із змозолістями та гіперкератотичними ділянками всім пацієнтам був рекомендований гігієнічний догляд. Після чого наносився бальзам на проблемні ділянки сухої, чистої шкіри ніг два рази на день. В усіх пацієнтів на підшвах шкіра була суха, атрофічна, лущилась, мала рожево-фіолетове забарвлення на кінчиках пальців; на ступнях – крайовий гіперкератоз всієї п'яти, в міжпальцевих проміжках присутні ознаки рубромікозу або епідермофїтії. Всіх хворих турбував свербіж, відчуття болю та дискомфорту при ходьбі.

високоонкогенних ВПЛ методом полімеразної ланцюгової реакції), цитологічне та гістологічне дослідження. Рецидив визначався як виявлення інфекції одним і тим же генотипом ВПЛ протягом як мінімум 6–12 місяців (персистуюча інфекція) та/або цитологічна зміна та/або цервікальне гістологічне ураження будь-якого ступеня (SIL/CIN) у пацієнтів з негативним котестом у першому пост-контролі. Оцінювали рецидив протягом 6–60 місяців після лікування. Для статистичної обробки даних використовували програму Microsoft Excel. Достовірність динаміки показників оцінювали за t-критерієм Стьюдента для парних варіант. Вірогідними вважали їх відмінності при значеннях $p < 0,05$.

Результати досліджень показали, що у жінок основної групи рецидив CIN I діагностовано у 10,0% випадків, в групі порівняння – у 15,0% випадків. Проведені дослідження показали і нижчу частоту рецидиву CIN II у жінок основної групи (7,5%) на відміну від жінок групи порівняння (12,5%). Рецидив CIN III стався у 2,5% жінок основної групи та 5,0% жінок групи порівняння. Аналіз груп підтвердив нижчий рівень рецидиву CIN у жінок основної групи, на відміну від жінок групи порівняння. Можливо, це пов'язано із перехресною блокадою інфікування новими генотипами ВПЛ. Також підвищення природної імунної відповіді шляхом вакцинації жінок, раніше інфікованих ВПЛ, може стримувати реплікацію вірусу і тим самим запобігти його реактивації та перетворення на активну продуктивну інфекцію і, отже, викликати неоплазію шийки матки. Отримані результати показали високу ефективність застосування вакцинації проти ВПЛ у жінок після органозберігаючого лікування передраку та початкового РШМ у запобіганні розвитку рецидивів, що підтверджує ефективність, етіопатогенетичну обґрунтованість та доцільність застосування запропонованої тактики в клінічній практиці.

Висновок. Таким чином, дані дослідження вказують на те, що вакцинація проти ВПЛ може відігравати допоміжну роль до хірургічного лікування неопластичних уражень шийки матки і, відповідно, зниження ризику їх рецидивів і подальшого обтяження процесу.

Застосування реакції непрямой імунофлуоресценції (технологія біочип) для серологічної діагностики епштейн-барр-вірусної у пацієнтів із локалізованою склеродермією

Жук О.О.¹, Гук М.Т.¹, Шкільна М.І.¹, Смаглий З.В.¹, Грицишин Л.Є.¹, Семенова Р.О.²

¹Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль

²КНП «Тернопільський обласний клінічний шкірновенерологічний диспансер» Тернопільської обласної ради

Вступ. Локалізована склеродермія – хронічна хвороба сполучної тканини з переважним ураженням шкіри і підлеглих тканин, яка характеризується появою вогнищ склерозу на тлі запальних явищ (еритеми, набряку) і подальшим розвитком атрофії та гіпо- чи гіперпигментації шкіри. Тригерними чинниками розвитку локалізованої склеродермії можуть бути травми, стреси, вакцинація, підвищений радіаційний фон, нейроендокринні порушення, контакт із хімічними речовинами, вживання деяких медичних препаратів, укуси комах, перенесені вірусні або бактерійні інфекції, зокрема кліщові інфекції, спричинені *Borrelia burgdorferi s. L.* та *Bartonella spp.*

Епштейн-Барр вірус (англ. – Epstein-Barr virus (EBV), вірус герпесу людини 4-го типу досить розповсюджений у людській популяції. За даними науковців у різних регіонах світу серопозитивними щодо цього збудника є близько 90–95% дорослих.

Хронічна EBV-інфекція може характеризуватися загальною слабкістю, білью голови, підвищеною пітливістю, кашлем, утрудненим носовим диханням, неприємними відчуттями в горлі, болями в м'язах і суглобах, наявністю висипань на шкірі. Оскільки хронічна активна EBV-інфекція немає патогномонічних проявів чи характерної симптоматики, суттєві складнощі виникають при діагностиці недуги, особливо встановленні її стадії. Натепер здебільшого застосовують імунологічні методи діагностики.

Мета – діагностувати EBV-інфекцію у хворих із локалізованою склеродермією жителів Тернопільської області за вмістом сироваткових антитіл класів М та G до вірусного капсидного антигену та його білків: gp125 і p19, антитіл класу G до ядерного і раннього антигенів, визначених одночасно за допомогою РНІФ (технологія БІОЧИП).

Матеріал і методи. Під спостереженням було 25 хворих віком від 18 до 57 років із локалізованою склеродермією, які протягом 2019–2023 рр. лікувались амбулаторно в КНП «Тернопільський обласний клінічний шкірновенерологічний диспансер» Тернопільської обласної ради. Чоловіків було 9 (36,0%), жінок – 16 (64,0%).

Діагноз локалізованої склеродермії встановлювали на підставі характерних клінічних проявів недуги і формулювали згідно з класифікацією МКХ-10, код L94.0.

Для діагностики EBV-інфекції використали мультиплексну РНІФ (технологія БІОЧИП), тест-система «BIOCHIP Sequence EBV (with avidity determination)» (EUROIMMUN, Німеччина), яка містить капсидний антиген (англ. – viral capsid antigen, VCA) і його білки: gp125 і p19, ядерний (англ. – Epstein-Barr nuclear antigen, EBNA) і ранній антигени EBV (англ. – early antigen, EA).

Результати визначення специфічних антитіл до зазначених антигенів EBV оцінювали в полі зору флуоресцентного мікроскопа (Olympus IX70, ок ×10, об ×20;40) за яскраво-зеленим світінням імунного комплексу антиген-антитіло, міченого флуоресцеїном, яке було специфічним для кожного із вказаних антигенів.

Результати. За допомогою реакції непрямой імунофлуоресценції (технологія БІОЧИП) у 21 (84,0%) із 25 пацієнтів із локалізованою склеродермією діагностовано хронічну EBV-інфекцію, 42,9% із яких мали стадію реактивації, 33,3% – давнє інфікування, 23,8% – хронічну інфекцію з недавньою реактивацією.

Окрім наявності вогнищ склеродермії, пацієнтів найчастіше турбували збільшення лімфатичних вузлів (42%) і біль у м'язах та суглобах (32%).

Висновок. РНІФ з використанням технології БІОЧИП для діагностики хронічної EBV-інфекції у пацієнтів із локалізованою склеродермією, мешканців Тернопільської області застосований вперше і продемонстрував високу інформативність.

Психіатрія та дерматологія – дві дисципліни, одна проблема

Ковтун Л.О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса,

Сучасна психодерматологія – це розділ медицини, який поєднує взаємодію між дерматологією та психіатрією або навпаки психіатрією та дерматологією, де головну роль у патогенезі хвороби відіграють біологічні, психологічні та соціальні фактори. Воєнний стан в Україні не є винятком, від цього негативного тригера страждають як пацієнти з хронічними шкірними хворобами, так і пацієнти з психічними розладами.

Шкіра та нервова система тісно пов'язані одна з одною анатомічними, фізіологічними, функціональними зв'язками. Спочатку свого розвитку вони походять від одного зародкового листка – ектодерми, потім на них впливають однакові гормони та нейроендокринні фактори.

Стародавні вчені вважали, що стрес може мати значний вплив на організм. Гіппократ, грецький лікар, відомий як батько медицини, стверджував, що стрес може викликати різноманітні захворювання, включаючи проблеми з травленням, головні болі та втому.

Гален, римський лікар, вважав, що стрес може послабити імунну систему і зробити людину більш сприйнятливою до хвороб.

Ці ранні спостереження заклали основу для сучасного розуміння впливу стресу на організм.

У 1799 році британський дерматолог Роберт Віллан задокументував психодерматозний стан – маячний паразитоз.

Британський дерматолог та хірург Вільям Джеймс Еразм Вілсон вперше застосував поняття «шкірний невроз», з поясненням таких захворювань, як алопеція, гіпергідроз, свербіж, марення паразитами та їх зв'язок з депресією, тривогою.

Фізичний та психічний стрес має великий вплив на нервову, ендокринну та імунну системи, які можна об'єднати в одну нейро-імунно-шкірну систему. Порушення в імуннозахисті, імунорегуляції, імуннопатології приводить до загострення дерматозів або виникнення нових при психічних розладах.

Мета роботи: зрозуміти складний зв'язок між нервовою системою і шкірою, а також те, як з одного боку психологічні фактори можуть впливати на здоров'я та зовнішній вигляд шкіри, з другого боку, як хронічні дерматози впливають на стан нервової системи.

Результати та їх обговорення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я до 20% людей у всьому світі відчувають психічні розлади, а до 10% людей мають захворювання шкіри.

Дослідження в цій галузі показали, що психічні розлади, такі як тривога і депресія, можуть призвести до шкірних захворювань, таких як акне, екзема, псоріаз. Крім того, захворювання шкіри також можуть нести значний вплив на психічне здоров'я.

Досвідчений дерматолог завжди повинен запідозрити психічні або психологічні розлади у шкірного пацієнта, адже шкірне захворювання – це «зовнішня видима хвороба, а психічний розлад – це «внутрішня» невидима хвороба. Цю невидиму хворобу можна розпізнати в тісному контакті з пацієнтом, який має довіру до лікаря

Для виявлення та оцінки психодерматологічних розладів застосовуються такі методи, як опитувальники: індекс якості життя в дерматології (DLQI); індекс самообслуговування в дерматології, орієнтований на людину (PeDeSI); індекс інвалідності при псоріазі (PDI); опитувальник Dermatitis Family Impact (DFI).

Єдиної загальновизнаної системи кваліфікації психодерматозних розладів не існує, але найбільш загальновизнаною є система, яка розроблена John Y.M. Коо та Chai Sue Lee.

Згідно цієї класифікації психодерматологічні розлади поділяють на три категорії.

До першої категорії відносять психофізіологічні розлади, коли емоційний стрес може посилити симптоми, прикладом є псоріаз, екзема, нейродерматит. В шкірних хворобах цієї категорії психічні фактори відіграють важливу роль в етіології та клінічному перебігу. Ці захворювання шкіри прискорюються або загострюються стресовими ситуаціями.

Друга категорія – це первинні психічні розлади, які призводять до шкірних симптомів. До них відносяться розлад дерматологічних уявлень (марення паразитозу), порушення сприйняття тіла (дисморфічні розлади тіла), порушення контролю імпульсів (трихотіломанія, невротичні екскоріації, екскоріроване акне, нейродерміт, оніхотіломанія, вузликове пруритго), симульовані шкірні захворювання (артифікаційний дерматит, симульований дерматит), психогенний свербіж, шкірні фобії, атипичні больові розлади (глосодінія, вульводінія, скротодінія).

До третьої категорії відносять вторинні психічні розлади, коли спотворений стан шкіри може призвести до психологічних проблем, таких як депресія та тривога.

Якщо з психофізіологічними розладами кваліфікований дерматолог може впоратись самостійно, то з пацієнтами другої та третьої категорій потрібна допомога психіатра та психолога.

Висновки. Психодерматологія – це перспективний напрямок, як в дерматології, психіатрії, психології. Лікування психодерматологічних розладів повинно бути тісно пов'язано з цими дисциплінами.

Лікар дерматолог мусить запідозрити та мати на увазі психічні розлади у пацієнтів з хронічними та довгопротікаючими дерматозами, використовувати у лікуванні не тільки дерматологічні фактори, а психологічні і соціальні.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0121U113996)

Визначення динаміки формування стійкості до діоксидину референс штамів *S. aureus* ATCC 25923, *P. aeruginosa* ATCC 27853

¹Кутасевич Я.Ф., ¹Джорасва С.К., ²Ляпунов М.О., ¹Гончаренко В.В.

¹ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

²ДНУ «Науково-технологічний комплекс «Інститут монокристалів НАН України», м. Харків

В сучасних умовах світовою тенденцією мікроекології інфекцій є зростання резистентності різних збудників до дії антимікробних препаратів, прямим відображенням якої є можлива клінічна неефективність антибактеріальної терапії, що призводить до негативних наслідків соціального та економічного характеру. Більшість дослідників визнають, що антибіотикорезистентність досягла критичного рівня та далі зберігає тенденцію до поширення.

Мета: вивчення динаміки формування стійкості до діоксидину референс штамів *S. aureus* ATCC 25923, *P. aeruginosa* ATCC 27853.

Матеріали і методи Селекцію стійких варіантів мікроорганізмів здійснювали шляхом послідовних пересівань бактеріальної культури в нові порції поживного бульйону, який містить концентрації препарату, що ступінчасто підвищуються, починаючи з концентрації, удвічі меншої мінімальної бактерицидної концентрації (МБК).

Результати досліджень Штам *S. aureus* ATCC25923 в умовах селективного тиску ступінчастого підвищення концентрацій діоксидину сформував високий рівень стійкості до цього препарату (МБК=20 мг/мл) протягом 29 днів (7 пасажів). Цей рівень стійкості в два рази перевищив концентрацію діоксидину у препараті, а рівень МБК цього штаму вчетверо, порівняно з вихідним. Для штаму *P. aeruginosa* ATCC 27853 за 20 діб (6 пасажів) культивування в умовах селективного тиску діоксидину відбулося підвищення МБК діоксидину 8 разів – до значення 10 мг/мл. Показано, що препарат, що вивчається, виявляв більш високий рівень активності проти грамнегативних бактерій, ніж проти грампозитивних бактерій,