

до топографического (примеры: «микоз стоп», «микоз волосистой части головы» и т. д.), а терапию назначать эмпирически, прибегая к препаратам широко спектра действия. Авторы этих руководств мотивируют такой менеджмент этих инфекций высокой стоимостью посевов, необходимостью поддержания квалификации соответствующего персонала, выделением площадей для лабораторий, некоторой частью расходов чувствительности к антимикотикам *in vitro* и *in vivo*.

Однако, более чем 12-летнее наблюдение за приёмом дерматолога поликлинического звена показывает, как минимум, спорность такой практики. В условиях украинской медицины, стоимость проведения посевов (в т. ч. в коммерческих

лабораториях) на порядок меньше, чем курсовая стоимость системного лечения антимикотиками. Таким образом, коррекция лечения с учетом результатов микологического исследования незначимо удорожает весь курс, а наоборот – избавляет пациента от необходимости приема заведомо неэффективных препаратов (а иногда и заставляет задуматься об альтернативах системному лечению, если возбудитель резистентен ко всем доступным для пациента препаратам). Также такой подход позволят существенно сократить пул резистентных возбудителей в целом. Эти преимущества на данном этапе позволяют заявить если не об обязательности, то о крайней желательности проведения идентификации возбудителя на поликлиническом этапе.

## Застосування лікувальної косметики *Acneout* у комплексному лікуванні акне

Николайчук Х. Я., Сенчук Л. О., Александрук О. Д.

*Івано-Франківський національний медичний університет*

**Актуальність.** Вугрова хвороба – це зовсім не супутня і малозначима хвороба шкіри. Цей дерматоз виникає у осіб-підлітків із «західним стилем життя»: незбалансоване харчування з надмірним вживанням високоглікемічних продуктів (солодощі, чіпси, газовані напої, хлібобулочні вироби, фаст-фуд), нераціональні режими роботи та відпочинку, неправильний догляд за шкірою (зловживання косметикою, самолікування) і часто є причиною депресій, невпевненості у собі, сильного емоційного стресу. Деякі автори бачать чіткий зв'язок наявності акне в підлітковому віці із ризиком ожиріння, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету II типу і хвороби Альцгеймера у дорослих. Тому лікування даного захворювання в першу чергу починається з дієтотерапії, але все ж вибір місцевої терапії при легкому і середньому ступенях важкості дерматозу має вирішальне значення.

Часто пацієнт вже має досвід лікування акне, тому подальше лікування потребує ефективніших засобів, які б скорочували його терміни, не спричиняли дискомфорт і, при можливості, попереджали розвиток постакне.

У даний час ринок насичений різноманітною лікувальною косметикою для жирної і вугрової шкіри, кожен лікар «полюбляє» ту чи іншу лінію,

а ми хочемо поділитися досвідом лікування вугрової хвороби легкого та середнього ступеня важкості серією дерматологічної косметики *Acneout*.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням перебував 31 підліток (22 дівчат і 9 хлопців) віком 11-17 років, з середньою тривалістю хвороби 1-4 роки, легким та середнім перебігом важкості. Всі пацієнти вже мали досвід застосування противугрової терапії.

Препарати серії *Acneout* призначалися тривалістю 2-3 місяці з метою отримання стабільного позитивного ефекту. Під час вибору методики лікування враховувався тип шкіри, характер і поширеність висипань; стан шкіри: у п'ятьох пацієнтів - з вираженою жирністю, множинними запальними папулами і пустулами, розлитою еритемою – використовували гель для вмивання, активний лосьйон і гідроактивний крем; у 10 – з чутливою шкірою, множинними комедонами, поодинокими запальними папулами, в окремих зонах з помірним лущенням і у 8 – з чутливою шкірою, схильною до куперозу (ці пацієнти використовували пінку для вмивання, матуючий тонік і гідроактивний крем); у 6 – із запальними папулами і пустулами, післязапальними плямами і рубцями (ці пацієнти

використовували пінку для вмивання, активний лосьйон і відновлюючий крем з SPF30); у двох пацієнти – із комбінованою шкірою (ці пацієнти використовували пінку, активний лосьйон, гідроактивний крем).

Усім хворим крім топічного лікування проводилася дієто-, вітамінотерапія, у 7 – антибіотикотерапія, косметичні процедури (чистки, Д'Арсонвалізація).

**Результати.** Значне покращення стану шкіри відмічалася вже на третьому тижні лікування у 25 пацієнтів, на 5 тижні – у 6. Переносимість

препаратів була доброю. В одному випадку відмічалася подразнююча дія, яка швидко знялася заміною лосьйону на крем. Препарати показали високу ефективність в зовнішньому лікуванні: швидкий регрес запальних елементів, комедонолітична дія, зменшення жирності шкіри, виражений висвітлюючий ефект, вирівнювання поверхні шкіри завдяки злущуванню, звуження пор.

**Висновок.** Оцінюючи отримані результати, можна вважати ці препарати перспективними в комплексній терапії акне легкого та середнього ступенів тяжкості перебігу.

## Клінічні та епідеміологічні особливості перебігу себорейного дерматиту

Одінцова І. В.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро*

Себорейний дерматит – хронічний запальний дерматоз із частими загостреннями патологічного процесу, який характеризується еритематозно-сквамозними висипами в себорейних ділянках шкірного покриву, переважно на волосистій частині шкіри голови та нерідко з наявністю різного ступеню суб'єктивних відчуттів.

Актуальність себорейного дерматиту полягає в багатогранності етіопатогенетичних факторів захворювання, серед яких можна виділити особливості реагування організму на рівні різних органів і систем, зокрема шлунково-кишкового тракту, нервової і ендокринної системи.

У нашому дослідженні у 67 хворих на себорейний дерматит у віці від 18 до 57 років був вивчений кількісний і якісний склад мікроорганізмів уражених ділянок шкіри. Середній вік пацієнтів склав 29,5 року. Серед обстежених хворих на себорейний дерматит чоловіків було 45 (67,2%), жінок 22 (32,8%). Серед обстежених нами хворих у 37 (55,2%) патологічний процес локалізувався тільки на шкірі волосистої частини голови, а у 30 (44,8%) до патологічного процесу залучались і другі ланки шкіри. Тривалість захворювання коливалася від 1 року до 15 років.

Всім хворим, що були під нашим спостереженням, було проведено комплексне клінічне, лабораторне, інструментальне обстеження, що включає спеціальні дерматологічні методи і прийоми (визначення основних феноменів і ознак клінічних проявів), традиційні загально клінічні

методи (загальний і біохімічний аналізи крові).

Серед хворих на себорейний дерматит, які були під нашим спостереженням, жінок було 22 (32,8%), чоловіків 45 (67,2%). Відповідно до віку: 18-30 років було 15 (23,4 %) і 18 (26,9 %); 31-40 років - 9 (13,4 %) і 13 (19,4 %); 41-55 років - 6 (8,9 %) і 6 (8,9 %). Тобто, серед хворих на себорейний дерматит, які були під нашим спостереженням, переважали чоловіки і взагалі – пацієнти у віці найбільшої соціальної та репродуктивної активності.

Скарги з боку шлунково-кишкової системи були виявлені тільки у 21 хворого (31,3 %).

Проведені обстеження 67 хворих на себорейний дерматит дозволили констатувати у 39 (58 %) жирну себорею. Змішану форму себорейного дерматиту встановлено у 20 (30 %) хворих; ця форма проявлялася в помірному підсиленні саловиділення на шкірі обличчя та тулуба та виникненням поодиноких комедонів та вугрової висипки. Суху форму себорейного дерматиту встановлено у 8 (12%) хворих; для цієї форми було характерно зниження саловиділення та наявність різного розміру та кількості лусочок. Патологічний стан розвивався найчастіше в потилично-скроневій ділянці, а потім поширювалося на всю поверхню шкіри голови. Низька частота сухої форми себорейного дерматиту, на нашу думку, обумовлена тим, що хворі з незначним клінічним проявленням захворювання дуже рідко звертаються за спеціалізованою медичною допомогою.