



Національний
медичний університет
імені О. О. Богомольця

Українська асоціація
лікарів-дерматовенерологів
і косметологів

ISSN 1727-5741 (Print)
ISSN 2522-1035 (Online)

№ 2 (89)
2023

УЖДВК

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ ДЕРМАТОЛОГІЇ ВЕНЕРОЛОГІЇ КОСМЕТОЛОГІЇ

РЕЦЕНЗОВАНЕ НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ
СПЕЦІАЛІЗОВАНЕ ВИДАННЯ

Піогенна гранульома —
сучасні методи діагностики
та лікування

Склеротерапія
при телеангіектазіях
нижніх кінцівок

Лазерна терапія
папіломатозу шкіри

 УЖДВК

 ВІТ-А-ПОЛ
ВИДАВНИЧА ГРУПА

Ukrainian Journal of
Dermatology, Venereology,
Cosmetology

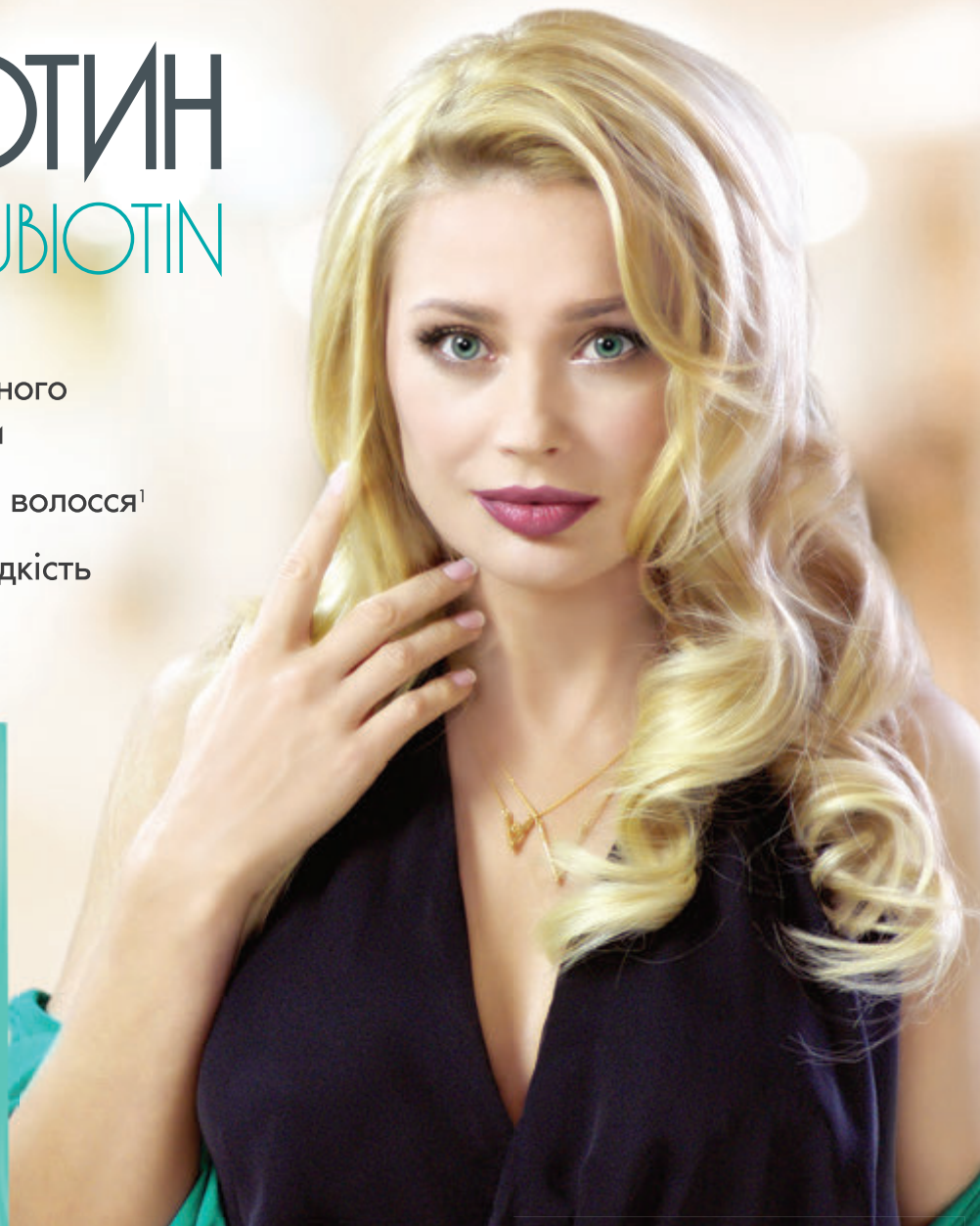
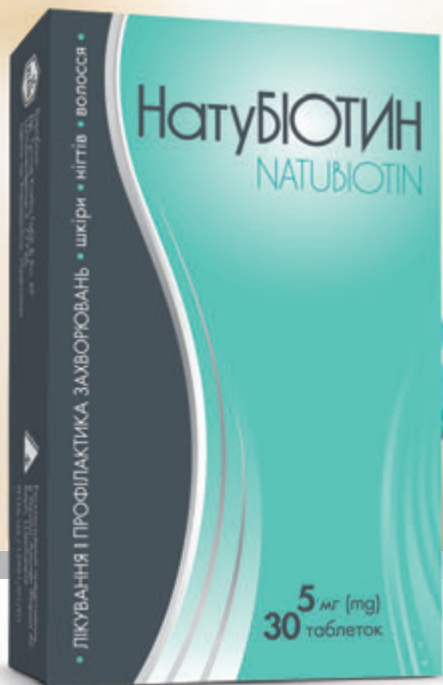
Scientific and practical journal

WWW.UJDVC.COM.UA

НатуБІОТИН

NATUBIOTIN

- запускає процеси природного відновлення тканин шкіри
- сприяє росту та здоров'ю волосся¹
- збільшує товщину та швидкість росту нігтів²



НІМЕЦЬКИЙ БІОТИН ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ВОЛОССЯ • НІГТІВ • ШКІРИ

1. Калюжна Л.Д., Гречанська Л.В., Петренко А.В. Системна підтримка формування та росту волосся при alopeciaх і захворюваннях стрижня волосини. Дерматологія та венерологія. 2020. № 2 (88). С. 29–34. 2. Garbers I, Miola A, Dias P. Efficacy of 2.5 mg oral biotin versus 5% topical minoxidil in increasing nail growth rate, 04 March 2021. doi.org/10.1111/exd.14316.

Інформація про лікарський засіб для медичних та фармацевтичних працівників для застосування у професійній діяльності.

НАТУБІОТИН таблетки по 5 мг або 10 мг біотину, по 30 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці, РП UA/15961/01/01; UA/15961/01/02 від 13.05.2017.

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу НАТУБІОТИН. Склад: діючі речовини: 1 таблетка містить 5 мг або 10 мг біотину. Фармакотерапевтична група: Прості препарати вітамінів. Код АТХ А11Н А05. Показання: Лікування і профілактика захворювань, спричинених дефіцитом біотину: захворювання шкіри, нігтів, волосся. Протипоказання: Гіперчутливість до біотину або до інших компонентів препарату. Спосіб застосування та дози: Рекомендована доза дорослим при лікуванні дефіциту біотину (захворювання нігтів, волосся, шкіри) – 1 таблетка по 5 мг на добу. Побічні реакції: З боку імунної системи: дуже рідко (< 1/10000) алергічні реакції, включаючи кропив'янку.

Виробник: Др. Густав Кляйн ГмБХ & Ко. КГ, 77736 Целль ам Хармерсбах, Німеччина.

Ексклюзивний дистриб'ютор: ПрАТ «Натурфарм», вул. Лісна, 30а, м. Київ, Пуща-Водиця, 04075; телефон: (044) 401-81-03.

Якщо Ви хочете повідомити про виникнення побічної реакції і/або маєте запитання стосовно медичної інформації і/або скарги на якість лікарського засобу, будь ласка, надсилайте листа на електронну адресу: pharmacovigilance-ua@alpenpharma.com.

Інформацію подано скорочено. Будь ласка, ознайомтесь з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу, перш ніж застосовувати або призначати препарат.



Ексклюзивний представник в Україні:
«Альпен Фарма АГ» (Alpen Pharma AG), Берн, Швейцарія.

ISSN 1727-5741 (Print)
ISSN 2522-1035 (Online)

DOI: 10.30978/UJDVK

Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця

Українська асоціація лікарів-
дерматовенерологів і косметологів

№ 2 (89)
2023

УЖДВК

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ ДЕРМАТОЛОГІЇ ВЕНЕРОЛОГІЇ КОСМЕТОЛОГІЇ

РЕЦЕНЗОВАНЕ НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ
СПЕЦІАЛІЗОВАНЕ ВИДАННЯ

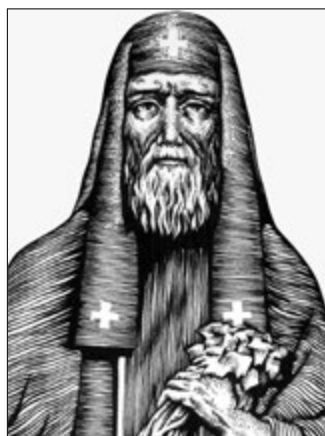
ЗАСНОВАНИЙ У ЛЮТОМУ 2001 РОКУ
ВИХОДИТЬ 4 РАЗИ НА РІК

КИЇВ // ТОВ «ВІТ-А-ПОЛ» // 2023 р.

Журнал зареєстровано в міжнародних наукометричних системах та спеціалізованих каталогах Index Copernicus, Google Scholar, Science Index, Ulrich's Periodicals Directory, Scientific Indexing Services, ResearchBib, ICMJE, Polska Bibliografia Naukowa, CrossRef, WorldCat, OUCI, Scilit

Журнал внесено до загальнодержавних баз даних «Україніка наукова», «Наукова періодика України» Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського

Матеріали публікуються в УРЖ «Джерело»



**Преподобний
Агапіт Печерський,**
найвідоміший цілитель
Київської Русі XI століття



**Стукovenков Михайло Іванович
(1842—1897),**
перший завідувач кафедри дерматології і сифілітичних хвороб медичного факультету Університету св. Володимира

Ukrainian Journal of Dermatology,
Venerology, Cosmetology

Scientific and practical journal

WWW.UJDVC.COM.UA

Засновники

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Українська асоціація лікарів-дерматовенерологів і косметологів
Приватне підприємство «ІНПОЛ ЛТМ»

РЕЦЕНЗОВАНЕ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ
СПЕЦІАЛІЗОВАНЕ
ВИДАННЯ

Реєстраційне свідоцтво
КВ № 13586-2560ПР від 16.01.2008 р.

Рекомендовано Вченою радою
НМУ імені О.О. Богомольця
Протокол № 11 від 23.06.2023 р.

Журнал включено до Переліку
наукових фахових видань України
з медичних наук, в яких можуть
публікуватися результати
дисертаційних робіт на здобуття
наукових ступенів доктора наук,
кандидата наук та ступеня доктора
філософії. Категорія «Б»
Додаток 4 до наказу
Міністерства освіти і науки України
№ 886 від 02.07.2020 р.

Видавець
Товариство з обмеженою
відповідальністю «ВІТ-А-ПОЛ»
www.vitapol.com.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої
справи ДК № 4757 від 05.08.2014 р.

Відповідальний секретар
Берник О.М.

Періодичність — 4 рази на рік

Друк
ТОВ «ПРО ФОРМАТ»
02166, Київ, вул. Кубанської
України, 45Б, оф. 16
(код ЄДРПОУ 41438677)
Свідоцтво суб'єкта видавничої
справи ДК № 5942 від 11.01.2018 р.

Підписано до друку 27.06.2023 р.
Замовлення № 223Д
Ум. друк. арк. 8,13
Формат 60×84/8
Папір офсет.
Наклад — 600 прим.

Адреса редакції та видавця
03179, м. Київ, вул. Академіка
Єфремова, 19а, оф. 3

Телефони: (44) 298-00-60, 298-00-61

E-mail: vitapol3@gmail.com

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

Степаненко В.І.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Головченко Д.Я. (Київ)
Коган Б.Г. (Київ)
Короленко В.В. (Київ)
Курченко А.І. (Київ)
Литинська Т.О. (Київ)
Петренко В.І. (Київ)

Свирид С.Г. (Київ)
заступник головного редактора
Сизон О.О. (Львів)
заступник головного редактора
Степаненко Р.Л. (Київ)
Федоренко О.Є. (Київ)
Шупенько М.М. (Київ)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Айзятупов Р.Ф. (Лиман)
Александрук О.Д.
(Івано-Франківськ)
Андрашко Ю.В. (Ужгород)
Батпеннова Г.Р. (Казахстан)
Бондар С.А. (Вінниця)
Бондаренко Г.М. (Харків)
Галаговець А. (Словаччина)
Галникіна С.О. (Тернопіль)
Грандо С.А. (США)
Дащук А.М. (Харків)
Денисенко О.І. (Чернівці)
Діл К. (Італія)
Дудченко М.О. (Полтава)
Дюдюн А.Д. (Дніпро)
Іщейкін К.Є. (Полтава)
Калюжна Л.Д. (Київ)
Кіладзе Н. (Грузія)
Корольова Ж.В. (Київ)
Кравченко В.Г. (Полтава)

Кутасевич Я.Ф. (Харків)
Лебедюк М.М. (Одеса)
Лобанов Г.Ф. (Київ)
Макуріна Г.І. (Запоріжжя)
Рахматов А.Б. (Узбекистан)
Резніченко Н.Ю. (Запоріжжя)
Рижко П.П. (Харків)
Рощенко Л.В. (Харків)
Святенко Т.В. (Дніпро)
Ткач В.Є. (Івано-Франківськ)
Чернишов П.В. (Київ)
Федорич П.В. (Київ)
Франкенберг А.А. (Дніпро)
Фучіжи І.С. (Одеса)
Akay B.N. (Туреччина)
Jafferany M. (США)
Karimov S. (Азербайджан)
Rosendahl C. (Австралія)
Ruzichka T. (Німеччина)

Відповідальні секретарі

Пуришкіна О.Д.
Коляденко К.В.

Відповідальність за зміст, добір та викладення фактів у статтях несуть автори.
Передрук опублікованих статей можливий на умовах ліцензії CC BY-ND 4.0 © ⓘ ⊖.
Знаком □ позначена інформація про лікарські засоби для медичних працівників.
Матеріали зі знаком © друкуються на правах реклами.
За зміст рекламних матеріалів відповідають рекламодавці.
Видання призначене для фахівців галузі охорони здоров'я.
Портрет Агапіта Печерського виконано художником В.О. Сердюковим.

∞ Надруковано на безкислотному папері

ЗМІСТ

- НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ**
- 4 Піогенна гранульома — гіпотези щодо етіопатогенезу, клінічні форми і ознаки, сучасні методи діагностики та вибір раціональної тактики лікування
Р.В. Грищенко
- 9 Перипроцедурний менеджмент при виконанні склеротерапії у пацієнтів з телеангіектазіями нижніх кінцівок
Х.О. Корольова, Ж.В. Корольова, В.В. Теплий
- 14 Використання комбінованої лазерної терапії в лікуванні папіломатозу шкіри
Ж.В. Корольова, Є.О. Васильчук

ФАРМАКОТЕРАПІЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ

- 18 Себорейний дерматит: унікальні можливості вітамінотерапії
Н.Ю. Резніченко, Г.І. Резніченко, С.А. Сміян, Ю.Г. Резніченко

ОГЛЯДИ

- 27 Сучасні клініко-епідеміологічні особливості проявів деяких комунікативних інфекційних зооантропонозних екзантем у часи війни
О.Є. Федоренко, С.В. Іванов, В.І. Степаненко
- 40 Медико-соціальні та епідеміологічні аспекти захворюваності на професійні дерматози у працівників водного транспорту (огляд літератури)
К.О. Талалаєв, М.М. Лебедюк, Р.С. Васьянов, М.І. Голубятников

ПРОБЛЕМИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ

- 47 Скринінгові системи спостереження та дистанційні методи діагностики онкопроліферативних захворювань шкіри в умовах воєнного часу
О.В. Гаврилюк, Є.М. Міхнова, А.О. Гаврилюк, М.Д. Баженов

З ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ

- 51 Недерматологічні захоплення відомих дерматологів
С.С. Корхов, М.М. Лебедюк

ДО УВАГИ АВТОРІВ

CONTENTS

- SCIENTIFIC RESEARCHES**
- 4 Pyogenic granuloma — hypotheses of etiopathogenesis, clinical forms and features, modern diagnostic methods and choice of rational treatment tactics
R.V. Hryshchenko
- 9 Periprocedural management of sclerotherapy in patients with telangiectasias of the lower extremities
Kh.O. Korolova, Zh.V. Korolova, V.V. Teplyi
- 14 The use of combined laser therapy in treatment of skin papillomatosis
Zh.V. Koroleva, E.O. Vasilchuk

PHARMACOTHERAPY IN DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

- 18 Seborrheic dermatitis: unique possibilities of vitamin therapy
N.Yu. Reznichenko, G.I. Reznichenko, S.A. Smiian, Yu.G. Reznichenko

REVIEWS

- 27 Modern clinico-epidemiological features of the course of some communicable infectious zoonthropous exanthemas in times of war
O.Ye. Fedorenko, S.V. Ivanov, V.I. Stepanenko
- 40 Medico-social and epidemiological aspects of occupational dermatoses incidence among water transport workers (literature review)
K.O. Talalayev, M.M. Lebedyuk, R.S. Vastyanov, M.I. Golubyatnikov

PROBLEMS OF THE DERMATOVENEROLOGICAL SERVICE

- 47 Screening surveillance systems and remote methods of diagnosis of oncoproliferative skin diseases in wartime conditions
O.V. Havryliuk, Y.M. Mikhnova, A.O. Havryliuk, M.D. Bazhenov

HISTORY OF MEDICINE

- 51 Non-dermatological interests of well-known dermatologists
S.S. Korkhov, M.M. Lebedyuk

FOR AUTHORS

Р.В. Грищенко^{1,2}¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ²ПП «Інститут дерматокосметології доктора Богомолець», Київ

Піогенна гранульома — гіпотези щодо етіопатогенезу, клінічні форми і ознаки, сучасні методи діагностики та вибір раціональної тактики лікування

Мета роботи — проаналізувати сучасні гіпотези щодо етіопатогенезу і клінічні ознаки піогенних гранулом (ПГ) та визначити значущість ультразвукової діагностики (УЗД) цих новоутворень для вибору індивідуалізованої тактики лікування з урахуванням стадії проліферації пухлин.

Матеріали та методи. Протягом 2020–2022 рр. у клініці ПП «Інститут дерматокосметології доктора Богомолець» (Київ) на амбулаторному лікуванні перебували 94 пацієнти з діагнозом «піогенна гранульома». Вік більшості (72 %) обстежених — від 1 до 12 років, що корелює з даними наукових досліджень інших авторів з відповідної проблеми. У всіх пацієнтів проводили збір анамнезу (зі слів батьків або особисто) щодо можливих причин виникнення новоутворень та для визначення характеру їхнього розвитку. Усім особам було проведено комплексне діагностичне інструментальне дослідження ПГ (дерматоскопія, УЗД, патогістологічна діагностика). Тактику лікування у кожному клінічному випадку вибирали індивідуалізовано з урахуванням результатів обстеження та з огляду на стадію проліферації пухлини (радіохвильове видалення або лікування із застосуванням імпульсного судинного лазера на фарбнику з довжиною хвилі 595 нм).

Результати та обговорення. Всього було амбулаторно обстежено та проліковано 94 хворих з ПГ. За віком серед обстежених переважали діти від 1 до 8 (48 %) і від 8 до 12 років (24 %). Підлітків та осіб юнацького віку (12–18 років) було 6 %, старше 18 років — 22 %. У 45 пацієнтів новоутворення локалізувались на шкірі обличчя, у 7 — на шиї, у 9 — на верхніх кінцівках, у 6 — на нижніх кінцівках, у 27 — на шкірі тулуба. З урахуванням результатів комплексного обстеження хворих з ПГ, у тому числі даних УЗД шкіри в ділянках, уражених ПГ, що дає змогу визначити глибину інвазії пухлини разом з екзофітною частиною, в 87 клінічних випадках було проведено радіохвильове видалення новоутворень з їхньою подальшою патогістологічною діагностикою. В 6 клінічних випадках було обрано та здійснено терапію видалення ПГ з використанням імпульсного судинного лазера на фарбнику з довжиною хвилі 595 нм. В одному клінічному випадку, враховуючи достатньо великий розмір пухлини (понад 2 см) та виявлену за даними УЗД значну васкуляризацію новоутворення, було виконано діагностичну ексцизійну біопсію в межах здорових тканин. Рецидиви ПГ після лікування спостерігали через 2 міс у 2 із 94 пацієнтів, зокрема після терапії імпульсним судинним лазером. У подальшому в цих двох пацієнтів ПГ було видалено за допомогою радіохвильового методу. Рецидивів захворювання не зареєстровано.

Висновки. Аналіз сучасних даних літератури щодо ПГ та результати власного клінічного спостереження і лікування хворих з відповідними новоутвореннями дають підстави стверджувати, що УЗД цих пухлин шкіри є достатньо інформативним і перспективним методом діагностики, який дає можливість виявити стадію проліферації та обрати раціональну індивідуалізовану тактику лікування. Враховуючи, що УЗД пухлини шкіри — відносно новий метод у дерматології, доцільними є подальші дослідження у відповідному напрямку, що дасть змогу підвищити її діагностичну інформативність.

Ключові слова

Піогенна гранульома, ультразвукова діагностика, тактика лікування.

Піогенна гранульома (ПГ), або ботріомікома, — це доброякісна проліферуюча судинна пухлина невідомої етіології. ПГ може виникати в осіб обох статей та в будь-якому віці, але переважно її виявляють у дітей [8]. Протягом попередніх десятиліть панувала думка, що ПГ є гіпертрофованою гранулематозною реакцією на інфекційне або гнійне ураження, що спонукало до використання таких термінів, як «ботріомікома» та «*granuloma pyogenicum*» [16]. ПГ є доброякісною проліферацією численних капілярів, які розташовуються у формі часточок. З метою уникнення термінологічної плутанини на підставі результатів патогістологічних досліджень ПГ/ботріомікому було запропоновано називати часточковою капілярною гемангіомою [15]. Найчастіше ПГ виникає на ділянках обличчя та верхньої частини тулуба.

Мета роботи — проаналізувати сучасні гіпотези щодо етіопатогенезу і клінічні ознаки ПГ та визначити значущість ультразвукової діагностики (УЗД) цих новоутворень для вибору індивідуалізованої тактики лікування з урахуванням стадії проліферації пухлин.

Низка авторів вважають, що ангіонеогенез є ґрунтовним процесом, який має важливе значення як для нормальної фізіології (репаративні процеси), так і для патофізіології (неопластичний процес, хронічний запальний процес тощо) [9]. Враховуючи це, ПГ становлять особливий інтерес, оскільки і досі існує припущення про дисрегенераторну природу цього новоутворення на тлі запального процесу [7]. Разом з тим зазначено, що лише у 7 % пацієнтів виникнення таких новоутворень було безпосередньо пов'язано з наявністю травми в анамнезі. Вірогідним чинником появи ПГ можуть бути також існуючі вади розвитку судин [2, 3, 17].

У літературі є дані про виникнення множинних дисемінованих ПГ після прийому пероральних контрацептивів, а також є одне повідомлення про появу ПГ після трансплантації нирки [1, 23].

Деякі автори вважають, що гормони і, зокрема, естрогени можуть підсилювати запальні реакції в тканинах, особливо в період вагітності [12]. Це вказує на доцільність проведення подальших досліджень, що сприятиме визначенню справжнього значення естрогенів у розвитку ПГ.

Численні дослідники вивчали можливий вплив низки лікарських препаратів на виникнення ПГ. Зокрема, було встановлено зв'язок виникнення ПГ після/або під час прийому системних та місцевих ретиноїдів, антиретровірусних [4], протипухлинних засобів [19], системного 5-фторурацилу [5], інгібіторів тирозинкінази (гефітініб, ерлотиніб, лапатиніб, афатиніб і осимерти-

ніб) [11, 21], інгібіторів BRAF (вемурафеніб, енкарафеніб) [10, 20], а також імуносупресивних засобів і, зокрема, антагоністів фактора некрозу пухлини-альфа (TNF-альфа) — етанерцепту [18].

ПГ спочатку переважно має вигляд маленької папули червоного кольору, яка в подальшому, протягом тижнів або місяців, переходить у швидку екзофітну фазу росту і зрештою стабілізується. Забарвлення ПГ варіює від яскраво-червоного до фіолетового. Діаметр її коливається від кількох міліметрів до кількох сантиметрів залежно від фази росту та часу виникнення. Окремі поодинокі новоутворення можуть групуватись. Можливими є також дисеміновані ураження. Поверхня новоутворення може легко травмуватись, що провокує профузну кровотечу, яку важко зупинити. Переважна більшість пацієнтів з ПГ звертаються до лікаря із заклеєними пластиром новоутвореннями, щоб запобігти їхній можливій травматизації та виникненню кровотечі [16].

Можливі ускладнення лобулярної капілярної гемангіоми:

- виразка;
- крововилив від травми;
- вторинні інфекції;
- косметичне спотворення, яке може бути психологічним стресом для пацієнта, особливо якщо ураження локалізується на обличчі [14].

За даними патогістологічних досліджень часточкова капілярна гемангіома будується з часточок, складовими яких є капіляри, при цьому кожна часточка може містити центральну живильну кровоносну судину. Вони розвиваються всередині грануляційної тканини з посиленою васкуляризацією з часточками або пучками тонкостінних капілярів, що проникають у пухку фіброзну строму, із розсіяними фібробластами та змішаним запальним інфільтратом [15]. Проведення імуногістохімічного дослідження переважно є недоцільним, враховуючи характерний анамнез та гістологічну структуру. Разом з тим наявність атипових новоутворень може потребувати проведення такого дослідження. Фарбування матеріалу є позитивним для судинних маркерів, таких як CD31, CD34 та антиген фактора VIII, але на відміну від інфантильної гемангіоми — негативним для транспортера глюкози-1 (GLUT1) [13, 22].

Основними методами лікування хворих на ПГ натеper є діагностична ексцизійна біопсія, радіохвильове видалення, яке характеризується незначною травматизацією, лазерне поетапне лікування імпульсним судинним лазером на фарбнику з довжиною хвилі 595 нм, CO₂-лазером, а також глибока контактна кріодеструкція. Врахо-

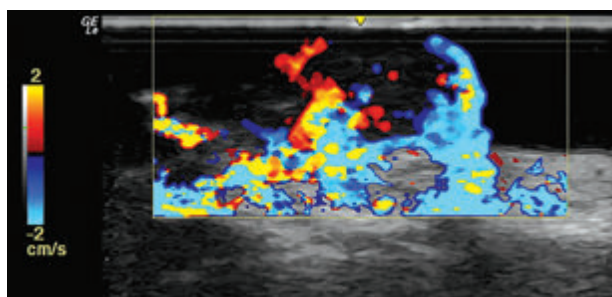


Рис. 1. Характерні УЗ-ознаки ПГ: новоутворення округлої форми, контури рівні, ехоструктура дифузно неоднорідна, гіпо- або анехогенна, активно васкуляризована



Рис. 2. Характерними дерматоскопічними ознаками ПГ є біла ороговіла облямівка навколо папули й однорідні червоні грудочки, розділені білими фібринними лініями, які за фактурою нагадують малину



Рис. 3. Пацієнтка С., 2 роки, з ПГ. До лікування

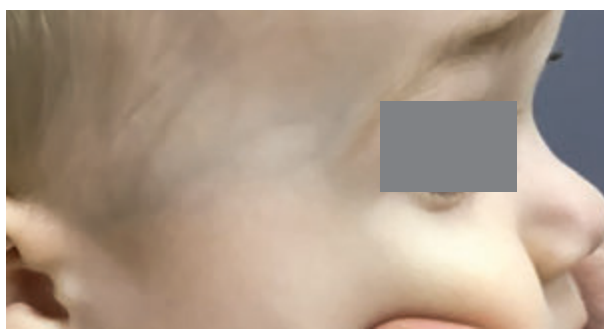


Рис. 4. Пацієнтка С., 2 роки, через 2 міс після видалення ПГ з використанням радіохвильового методу

вуючи те, що ПГ подібно до інфантильної гемангіоми експресує бета-адренергічні рецептори, останніми роками для її лікування запропоновано використовувати місцеві та пероральні бета-блокатори (тимолол, пропранолол, бетаксол) [6].

Матеріали та методи

Протягом 2020–2022 рр. у клініці ПП «Інститут дерматокосметології доктора Богомолець» (Київ) на амбулаторному лікуванні перебували 94 пацієнти з діагнозом «піогенна гранульома». Вік більшості (72 %) з них становив від 1 до 12 років, що корелює з даними наукових досліджень інших авторів з відповідної проблеми. У всіх пацієнтів проводили збір анамнезу (зі слів батьків або особисто) щодо можливих причин виникнення новоутворень та для визначення характеру їхнього розвитку. При цьому 88 пацієнтам попередньо робили УЗД для вибору найбільш раціональної тактики лікування. У 6 хворих УЗД новоутворення не проводили, враховуючи наявність кровотечі або з огляду на особливості анатомічної ділянки. Серед обстежених переважали діти віком від 1 до 8 (48 %), від 8 до 12 (24 %), від 12 до 18 (6 %) років та підлітки старше

18 років (22 %). Хворих чоловічої статі було 41, жіночої – 53.

Вибір тактики лікування здійснювали індивідуалізовано у кожному клінічному випадку з урахуванням результатів обстеження та з огляду на стадію проліферації пухлини (радіохвильове видалення або лікування із застосуванням імпульсного судинного лазера на фарбнику з довжиною хвилі 595 нм).

Результати та обговорення

У 45 пацієнтів з клінічним та/або патогістологічним діагнозом ПГ (часточкова капілярна гемангіома) новоутворення локалізувались на шкірі обличчя, у 7 – на шиї, у 9 – на верхніх кінцівках, у 6 – на нижніх кінцівках, у 27 – на тулубі. Окремі клінічні випадки та результати УЗД обстежених із ПГ представлено на рис. 1.

Дерматоскопічні ознаки ПГ представлено на рис. 2.

З урахуванням даних УЗД шкіри в ділянках ураження ПГ, зокрема глибини інвазії пухлини разом з екзофітною частиною, в 87 клінічних випадках було проведено радіохвильове видалення з подальшою патогістологічною діагнос-

тикою. В 6 клінічних випадках здійснено терапію імпульсним судинним лазером на фарбнику з довжиною хвилі 595 нм. В одному клінічному випадку, враховуючи достатньо великий розмір новоутворення (2 см) та посилену васкуляризацію пухлини за даними УЗД, виконано діагностичну ексцизійну біопсію в межах здорових тканин.

Рецидиви ПГ після проведеного лікування спостерігали через 2 міс у двох із 94 обстежених. Відповідні рецидиви були зареєстровані у пацієнтів після терапії імпульсним судинним лазером. У подальшому у цих двох пацієнтів ПГ було видалено з використанням радіохвильового методу і проведенням патогістологічної діагностики. Ускладнень після різних варіантів лікування не спостерігали в жодному клінічному випадку.

Один із результатів лікування представлено на рис. 3 і 4.

Батьки пацієнтки С., 2 років, повідомили про появу новоутворення, що виникло після травми. Його розміри протягом 2 тиж дуже швидко збільшувались і воно почало кровоточити. На підставі дерматоскопічних ознак та даних анамнезу було рекомендовано проведення УЗД новоутворення для вибору тактики лікування. Діагноз до проведення лікування: травмована ПГ. На рис. 4 представлено результати огляду через 2 міс після

видалення новоутворення з використанням радіохвильового методу і подальшим патогістологічним дослідженням. Згідно з результатами дослідження підтверджено діагноз ПГ.

Диференційну діагностику ПГ потрібно проводити з амеланотичною/малопігментною меланомою, невусом Шпіца, базальноклітинною карциномою та ангіосаркомою. З огляду на це незалежно від того, який метод лікування буде обрано, обов'язково має бути проведена патогістологічна діагностика, що дасть змогу максимально точно встановити диференційний діагноз.

Висновки

Аналіз сучасних даних літератури щодо проблеми ПГ та результати власного клінічного спостереження і лікування хворих з відповідними новоутвореннями дають підстави стверджувати, що УЗД цих пухлин шкіри є достатньо інформативним і перспективним методом діагностики, який дає можливість визначити стадію проліферації та обрати раціональну індивідуалізовану тактику лікування.

Враховуючи, що УЗД пухлини шкіри — відносно новий метод у дерматології, доцільними є подальші дослідження у відповідному напрямку, що дасть змогу підвищити її діагностичну інформативність.

Список літератури

- al-Zayer M, da Fonseca M, Ship JA. Pyogenic granuloma in a renal transplant patient: case report. *Spec Care Dentist*. 2001;21(5):187-90. doi: 10.1111/j.1754-4505.2001.tb00253.x.
- Andrikopoulou M, Chatzistamou I, Gkilas H, et al. Assessment of angiogenic markers and female sex hormone receptors in pregnancy tumor of the gingiva. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013;71(8):1376-81. doi: 10.1016/j.joms.2013.03.009.
- Arbiser JL, Weiss SW, Arbiser ZK, et al. Differential expression of active mitogen-activated protein kinase in cutaneous endothelial neoplasms: implications for biologic behavior and response to therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(2):193-7. doi: 10.1067/mjd.2000.111632.
- Bouscarat F, Bouchard C, Bouhour D. Paronychia and pyogenic granuloma of the great toes in patients treated with indinavir. *N Engl J Med*. 1998;338(24):1776-7. doi: 10.1056/NEJM199806113382417.
- Curr N, Saunders H, Murugasu A, et al. Multiple periungual pyogenic granulomas following systemic 5-fluorouracil. *Australas J Dermatol*. 2006;47(2):130-3. doi: 10.1111/j.1440-0960.2006.00248.x.
- Dany M. Beta-blockers for pyogenic granuloma: A systematic review of case reports, case series, and clinical trials. *Journal of drugs in dermatology: JDD*. 2019;18(10):1006-1010. PMID: 31584779.
- Fekrazad R, Nokhbatolfighahaei H, Khoei F, Kalhori KA. Pyogenic granuloma: surgical treatment with Er: YAG laser. *Journal of Lasers in Medical Sciences*. 2014;5(4):199-205. PMID: 25653822; PMCID: PMC4281984.
- Giblin A, Clover A, Athanassopoulos A, Budny P. Pyogenic granuloma — the quest for optimum therapy: audit of twenty of 408 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2007;60:1030-5. doi: 10.1016/j.bjps.2006.10.018.
- Godfraind C, Calicchio ML, Kozakewich H. Pyogenic granuloma, an impaired wound healing process, linked to vascular growth driven by FLT4 and the nitric oxide pathway. *Modern Pathology*. 2013;26(2):247-255. doi: 10.1038/modpathol.2012.148.
- Henning B, Stieger P, Kamarachev J, et al. Pyogenic granuloma in patients treated with selective BRAF inhibitors: another manifestation of paradoxical pathway activation. *Melanoma Res*. 2016;26(3):304-7. doi: 10.1097/CMR.0000000000000248.
- High WA. Gefitinib: a cause of pyogenic granulomalike lesions of the nail. *Arch Dermatol*. 2006;142(7):939. doi: 10.1001/archderm.142.7.939-a.
- Hugoson A. Gingival inflammation and female sex hormones. A clinical investigation of pregnant women and experimental studies in dogs. *J Periodontol Res Suppl*. 1970;5:1-18.
- Johnson EF, Davis DM, Tollefson MM, et al. Vascular Tumors in Infants: Case Report and Review of Clinical, Histopathologic, and Immunohistochemical Characteristics of Infantile Hemangioma, Pyogenic Granuloma, Noninvoluting Congenital Hemangioma, Tufted Angioma, and Kaposiform Hemangioendothelioma. *Am J Dermatopathol*. 2018; 40(4):231-239. doi: 10.1097/DAD.0000000000000983.
- Kapadia SB, Heffner DK. Pitfalls in the histopathologic diagnosis of pyogenic granuloma. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 1992;249(4):195-200. doi: 10.1007/BF00178468.
- Mills SE, Cooper PH, Fechner RE. Lobular capillary hemangioma: the underlying lesion of pyogenic granuloma. A study of 73 cases from the oral and nasal mucous membranes. *Am J Surg Pathol*. 1980;4:470-9. PMID: 7435775.
- Parul Sarwal, Kamolyut Lapumnuaypol. Pyogenic Granu-

- loma. 2021. November 21 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556077/>). PMID: 32310537.
17. Patrice SJ, Wiss K, Mulliken JB. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma): a clinicopathologic study of 178 cases. *Pediatr Dermatol.* 1991;8(4):267-76. doi: 10.1111/j.1525-1470.1991.tb00931.x.
 18. Patruno C, Balato N, Cirillo T, et al. Periungual and subungual pyogenic granuloma following anti-TNF- α therapy: is it the first case? *Dermatol Ther.* 2013;26(6):493-5. doi: 10.1111/dth.12022.
 19. Piguet V, Borradori L. Pyogenic granuloma-like lesions during capecitabine therapy. *Br J Dermatol.* 2002;147(6):1270-2. doi: 10.1046/j.1365-2133.2002.05000_6.x.
 20. Sammut SJ, Tomson N, Corrie P. Pyogenic granuloma as a cutaneous adverse effect of vemurafenib. *N Engl J Med.* 2014;371(13):1265-7. doi: 10.1056/NEJMc1407683.
 21. Segaeert S, Van Cutsem E. Clinical signs, pathophysiology and management of skin toxicity during therapy with epidermal growth factor receptor inhibitors. *Ann Oncol.* 2005;16(9):1425-33. doi: 10.1093/annonc/mdi279.
 22. Seyedmajidi M, Shafae S, Hashemipour G, et al. Immunohistochemical Evaluation of Angiogenesis Related Markers in Pyogenic Granuloma of Gingiva. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(17):7513-6. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.17.7513.
 23. Usui S, Kogame T, Shibuya M, et al. Case of multiple disseminated cutaneous lobular capillary hemangioma that developed while taking oral contraceptive pills. *J Dermatol.* 2019;46(6):e202–e203. doi: 10.1111/1346-8138.14762.

R.V. Hryshchenko^{1,2}

¹*Bogomolets National Medical University, Kyiv*

¹*Dr. Bogomolets Institute of Dermatology and Cosmetology, Kyiv*

Pyogenic granuloma — hypotheses of etiopathogenesis, clinical forms and features, modern diagnostic methods and choice of rational treatment tactics

Objective — to analyze modern hypotheses of etiopathogenesis and clinical features of pyogenic granulomas (PG) and to determine the importance of ultrasound of these neoplasms for the choice of individualized tactics of their treatment, taking into account the stage of tumor proliferation.

Materials and methods. During 2020–2022, 94 patients with a diagnosis of «pyogenic granuloma» (PG) underwent outpatient treatment under our supervision at Dr. Bogomolets Institute of Dermatology and Cosmetology (Kyiv). The largest number of patients with PG examined by us was aged from 1 to 12 years (72 %), which correlates with the data of scientific research by other authors on the relevant problem. Anamnesis was collected in all examined patients (according to the patients and their parents) regarding the possible causes of neoplasms and the nature of their development. All the patients underwent a complex diagnostic instrumental examination of PG (dermoscopy, ultrasound, histopathology). The choice of treatment tactics was carried out individually in each specific clinical case, taking into account the results of the examination and the stage of tumor proliferation (radio wave removal or treatment with a 595nm pulsed dye laser was carried out).

Results and discussion. A total of 94 patients with PG were examined and treated on an outpatient basis. By age, children from 1 to 8 years old (48 %) and from 8 to 12 years old (24 %) prevailed among the examined. There were 6 % of teenagers and young adults (12–18 years old), 22 % over 18 years old. In 45 patients, neoplasms were localized on the skin of the face, in 7 — on the neck, in 9 — on the upper limbs, in 6 — on the lower limbs, in 27 — on the skin of the trunk. In 87 clinical cases, radio wave removal of neoplasms with their subsequent pathohistological diagnosis was carried out taking into account the results of a comprehensive examination of patients with PG, including the data of ultrasound of the skin in the areas affected by PG, which makes it possible to determine the depth of tumor invasion together with the exophytic part. In 6 clinical cases, PG removal therapy was selected and performed using a pulsed vascular dye laser with a wavelength of 595 nm. In one clinical case, taking into account the sufficiently large size of the tumor (more than 2 cm) and the significant vascularization of the neoplasm revealed by ultrasound, a diagnostic excisional biopsy was performed within healthy tissues. Recurrences of PG after treatment were observed after 2 months in 2 of 94 patients, in particular, after pulsed vascular laser therapy. Subsequently, in these two patients, PG was removed using the radio wave method. No recurrences of the disease were registered.

Conclusions. The analysis of modern literature on the problem of PG and the results of own clinical observation and treatment of patients with the corresponding neoplasms indicate that ultrasound of these skin tumors is a sufficiently informative and promising diagnostic method that allows identifying the stage of proliferation and choosing the rational individualized treatment tactics. Considering that the use of ultrasound of skin tumors is a relatively new methods in dermatology, further research in the relevant direction is appropriate, which will increase its diagnostic informativeness.

Keywords: pyogenic granuloma, ultrasound, treatment tactics.

Дані про автора:

Грищенко Роман Вадимович, аспірант кафедри дерматології та венерології з курсом косметології НМУ імені О.О. Богомольця, лікар-дерматовенеролог, онколог, лікар ультразвукової діагностики ІІІ «Інститут дерматокосметології доктора Богомольця»
<https://orcid.org/0000-0001-6582-3903>
 01601, м. Київ, бульв. Тараса Шевченка, 13
 E-mail: romio.grin@gmail.com

Х.О. Корольова¹, Ж.В. Корольова², В.В. Теплий¹¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ²Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ

Перипроцедурний менеджмент при виконанні склеротерапії у пацієнтів з телеангіектазіями нижніх кінцівок

Мета роботи — визначити вплив певних медикаментозних та немедикаментозних факторів, які застосовують до та після процедури склеротерапії (СТ), на кінцевий результат лікування.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 104 пацієнти віком від 18 до 60 років, яким було проведено СТ для лікування телеангіектазій та ретикулярного варикозу нижніх кінцівок. Пацієнтів було розділено на підгрупи залежно від призначення флеботоніків та зовнішніх засобів після процедури. Результати оцінено через 1, 3 та 6 міс після лікування.

Результати та обговорення. Згідно із самооцінкою пацієнтів найкращий косметичний результат було досягнуто в підгрупі, де застосовували флеботоніки в комбінації із зовнішньою терапією гелем з гепарином натрію, порівняно з підгрупами, в яких не призначали флеботоніки ($p < 0,01$). У підгрупі, де застосовували лише флеботоніки, результат також був кращим порівняно з підгрупами, в яких флеботоніки не призначали ($p = 0,03$; $p < 0,01$). Самостійне застосування гелю з гепарином натрію не дало статистично значущого поліпшення при порівнянні підгруп ($p = 0,26$). Статистично значущої різниці в рецидивах захворювання між підгрупами не виявлено ($p = 0,729$).

Висновки. Ультразвукове доплерівське картування з детальним визначенням джерел живлення ретикулярного варикозу та телеангіектазій дає можливість визначити оптимальну етапність лікування для попередження рецидивів захворювання. На косметичний результат СТ позитивно впливає призначення після процедури флеботоніків, особливо в комбінації із засобом для зовнішньої терапії — гелем з гепарином натрію ($p < 0,01$). Застосування цих препаратів не впливає на кількість рецидивів захворювання ($p = 0,729$), що вірогідно пов'язано з технічною неможливістю виявити джерела живлення перед процедурою.

Ключові слова

Телеангіектазії, «вени-павучки», склеротерапія, компресійний трикотаж, ретикулярний варикоз.

Склеротерапія (СТ) — ін'єкційний метод лікування для усунення ретикулярних вен (РВ) і телеангіектазій (ТАЕ), так званих вен-павучків на нижніх кінцівках [2, 6]. Наразі його широко використовують завдяки простоті виконання і невисокій вартості [3]. Виділяють такі чотири різновиди СТ: класична рідинна, ехосклеротерапія, СТ foam-foam та мікросклеротерапія [1, 6]. Механізм дії полягає в застосуванні внутрішньопросвітненого склерозивного агента для запуску ендотеліального ушкодження з подальшою оклюзією цих сегментів [1, 2, 6].

Метод має такі позитивні риси: мініінвазивність, висока косметичність, відсутність операційного та анестезіологічного ризику, короткий термін реабілітації. Саме тому СТ у зарубіжній літературі зараховують до амбулаторних або «офісних» процедур і часто її виконують саме лікарі-косметологи [8, 10, 11, 13].

ТАЕ та РВ нижніх кінцівок є дуже поширеною проблемою, тому Американське товариство дерматологічної хірургії (ASDS) розробляє та періодично оновлює консенсусні документи щодо різних аспектів дерматологічної хірургії і ліку-

вання цієї патології. У документах детально описані варіанти розчинів для СТ, їхні оптимальні концентрації, форма введення склерозанта та діаметри голок для його введення у вени різного калібру [12].

Попри це поза увагою залишається багато питань щодо менеджменту пацієнтів перед СТ. У пацієнтів та хірургів чи косметологів виникають такі питання: як підготуватися до процедури? Які обов'язкові обстеження варто зробити і чому? Що робити після СТ? Коли доцільно оцінювати результати лікування? Як їх покращити?

Окрему увагу привертають ускладнення СТ. Є повідомлення про низку небажаних явищ, пов'язаних з процедурою, включаючи біль у місці ін'єкції, місцевий набряк, еритему, крововиливи, залишкову гіперпигментацію, гіпопигментацію, локальні некрози шкіри, рубці. При СТ РВ і ТАЕ серйозні побічні ефекти, такі як біль у грудях, неврологічні порушення, анафілаксія, випадкова артеріальна пункція, тромбоз глибоких вен і легенева емболія, виникають украй рідко, частіше їх фіксують після пінної склероабляції крупнокаліберних підшкірних вен. Гіперпигментація є найчастішим небажаним побічним явищем при СТ. За даними різних авторів, вона виникає в 10–50 % випадків через 1–6 міс після процедури та має різний ступінь вираженості — від невеликих точкових плям у місці ін'єкції до великих за площею ділянок гіперпигментації, що спричиняє косметичний дискомфорт у пацієнтів [2, 4, 5].

Дискутабельним є питання щодо застосування у пацієнтів з ТАЕ та РВ флеботоніків і флебопротекторів, основним механізмом дії яких є нормалізація структури та функції судин мікроциркуляторного русла. Найбільш відомими компонентами препаратів цієї групи є комбіновані лікарські засоби, до складу яких входять діосмін та гесперидин, які виявляють флеботонічний та протизапальний ефект, що полегшує перебіг післяпроцедурного періоду [2, 9].

Мета роботи — визначити вплив певних медикаментозних та немедикаментозних факторів, які застосовують до та після процедури СТ, на кінцевий результат лікування.

Матеріали та методи

Проведено проспективне рандомізоване контрольоване дослідження, в якому брали участь 104 хворих, переважно жінок — 98 (94,2 %), віком від 18 до 60 років. Критерії включення: наявність РВ або ТАЕ (С1 клас варикозу за СЕАР-класифікацією) і згода пацієнта на участь у дослідженні. Критерії виключення: наявність РВ або ТАЕ на тлі інших форм варикозної хвороби, перенесені раніше радикальні операції з приводу

варикозної хвороби, незгода пацієнта, відсутність комплаєнсу щодо застосування компресійної терапії та її тривалості.

До окремої групи включено 41 (39,4 %) пацієнта із рецидивом РВ або ТАЕ і попереднім досвідом СТ. З моменту попередньої процедури у них пройшов щонайменше рік, щонайбільше — 5 років.

Крім загальноклінічних обстежень, усім обов'язково виконували ультразвукове кольорове дуплексне картування (УЗД КДК) вен нижніх кінцівок. Його мета — визначити місця венозного рефлюксу, а у пацієнтів тільки з ТАЕ — виявити РВ, з яких відбувається кровопостачання «вен-павучків». Місця венозного рефлюксу позначали для оперативного втручання (мініфлебектомії) за Müller (при цьому видаляли і най-більші РВ).

Дослідження проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації та рекомендацій Міжнародної ради з гармонізації Належної клінічної практики (International Council for Harmonization Good Clinical Practice).

Усім пацієнтам виконали склерозацію РВ та ТАЕ рідким 0,5–1 % полідоканолом. За даними УЗД КДК місця венозного рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення визначили і намітили перед втручанням та усунули під час мініфлебектомії за Müller. У післяопераційний період усім пацієнтам було рекомендовано протягом 4 тиж носити панчохи II класу компресії.

Після проведення СТ усіх обстежених рандомізували на дві групи за допомогою таблиці випадкових чисел, генерованій в програмі Statistica 13. Пацієнтам першої групи з першого дня після СТ призначали флеботоніки (препарати мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції діосмін + гесперидин) у дозі 1000 мг/добу протягом 1 міс. Пацієнти другої групи після процедури не отримували флеботоніків. Також пацієнтів кожної групи розділили на дві підгрупи: в першій підгрупі рекомендували протягом 3 тиж змащувати місця ін'єкцій двічі на день гелем, що містить гепарин натрію у другій підгрупі (зовнішньої терапії) гель не застосовували. Отже, було сформовано чотири підгрупи по 26 пацієнтів у кожній: А1 — флеботоніки + гель з гепарином натрію, А2 — флеботоніки, В1 — гель з гепарином натрію, В2 — відсутність будь-якої медикаментозної терапії.

Результати лікування оцінювали через 1, 3 та 6 міс. Згідно з рекомендаціями European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders для цього достатньо лише клінічної, візуальної оцінки. Задоволеність ефектом визначали за допомогою опитувальника для пацієнта, за яким він мав оці-

Таблиця. Самооцінка пацієнтами результатів СТ, бал

Термін оцінки	Підгрупа пацієнтів				p
	A1 (n = 26)	A2 (n = 26)	B1 (n = 26)	B2 (n = 26)	
1 міс	42	37	32	30	A1, A2 (p = 0,07) A1, B1 (p < 0,01)
3 міс	44	41	36	32	A1, B2 (p < 0,01) A2, B1 (p = 0,03)
6 міс	44	39	33	30	A2, B2 (p < 0,01) B1, B2 (p = 0,26)

нити результат лікування на підставі одного з критеріїв, що потім трансформували в бали: цілком задоволений результатом — 2 бали, частково задоволений — 1, не бачу позитивних змін — 0. Потім підраховували суму балів у кожній підгрупі.

Також кінцевою точкою дослідження вважали рецидив РВ і звертали увагу на залишкову гіперпігментацію. У разі виникнення рецидивів проводили контрольне УЗД. Рецидивом вважали повне чи часткове відновлення візуалізації судин на місці виконання склерозації. Наявність рецидиву та гіперпігментації оцінювали через 3 та 6 міс.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою програмного забезпечення Statistica 13 та MedStat. Для варіаційних рядів використовували критерій W Шапіро—Уїлка для перевірки розподілу на нормальність. Порівняння двох незалежних вибірок, в яких розподіл не відрізнявся від нормального, здійснювали за критерієм Стюдента. Якщо розподіл відрізнявся від нормального для порівняння двох пов'язаних вибірок, послуговувались T-критерієм Вілкоксона, для порівняння центральних тенденцій для двох незалежних вибірок при розподілі, що відрізнявся від нормального, — W-критерієм Вілкоксона.

Результати та обговорення

Ми намагались визначити причини негативного результату попередніх процедур СТ серед 41 (39,4 %) пацієнта. У 38 (92,6 %) з них було виявлено джерела рефлюксу в ділянках, де РВ або ТАЕ проявилися знову після проведеної СТ. З анамнезу відомо, що 26 (63,4 %) пацієнтам взагалі не проводили УЗД КДК до СТ, а 15 (36,6 %) його здійснювали для виключення магістральних форм варикозу без пошуку джерел рефлюксу в РВ та ТАЕ. Це підтверджує наявні в літературі рекомендації, що перед процедурою усім без винятку пацієнтам потрібно виконувати УЗД КДК, причому не рутинне, а з детальним пошуком джерел венозного рефлюксу, які можуть жити РВ або ТАЕ.

Результати самооцінки СТ пацієнтами наведені в таблиці.

Виходячи з даних таблиці, можна стверджувати, що найкращий результат лікування згідно

із самооцінкою пацієнтів був у підгрупі, де застосовували флеботоніки в комбінації із зовнішньою терапією гелем з гепарином натрію, порівняно з підгрупами, в яких не призначали флеботоніки (p < 0,01). У підгрупі, де застосовували лише флеботоніки, результат також був кращим порівняно з таким у підгрупах, в яких флеботоніки не призначали (p = 0,03; p < 0,01). Самостійне застосування гелю з гепарином натрію не дало статистично значущого поліпшення при порівнянні підгруп (p = 0,26). За даними повторного оцінювання результати дещо змінились, але статистично незначуще.

У підгрупі пацієнтів, які після процедури застосовували флеботоніки та гель з гепарином натрію, рецидив РВ та ТАЕ через 3 міс спостерігали в 4 (15,4 %) випадках. У групі, де призначали лише флеботоніки, в 5 (19,3 %) випадках був зареєстрований рецидив РВ, що потребував повторної склерозації. В підгрупі, де застосовували лише гель з гепарином натрію, рецидиви відзначено в 4 (15,4 %), а в підгрупі без жодної медикаментозної терапії — в 6 (23,1 %) випадках. Статистично значущої різниці між підгрупами не виявлено (p = 0,729). Отримані результати не змінилися через 6 міс, тобто нових рецидивів захворювання не було. За даними повторного УЗД КДК у 3 пацієнтів з рецидивами вдалося відшукати джерела живлення РВ та ТАЕ, які не були виявлені під час первинного обстеження. Переконані, що причиною рецидиву можуть бути судини, що живлять, спричиняючи швидку реканалізацію склерозованих РВ та ТАЕ. Такі судини часто технічно неможливо визначити на УЗД КДК через їхній дуже маленький діаметр.

Гіперпігментацію зареєстровано у 2 (7,7 %) пацієнтів підгрупи, де після процедури застосовували флеботоніки та гель з гепарином натрію, та у 3 (11,5), які не отримували медикаментозної терапії. Жодного випадку гіперпігментації не було у пацієнтів, які наносили гель з гепарином натрію, проте різниця не була статистично значущою (p > 0,05). Також пацієнти відмічали, що при застосуванні гелю з гепарином натрію усі крововиливи в місцях ін'єкцій швидко зникали. Візуальне косметичне поліпшення зони, яка під-

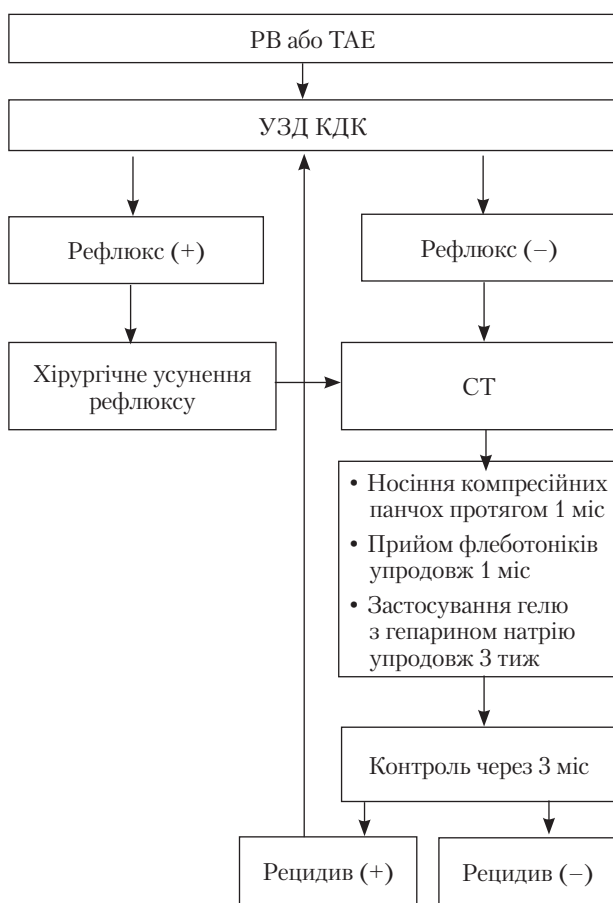


Рисунок. Алгоритм перипроцедурного ведення пацієнтів з РВ та ТАЕ при виконанні СТ

лягала СТ, вони відмітили вже через 7–10 днів після її проведення.

Позитивний вплив на післяпроцедурний період та поліпшення косметичних результатів після застосування флеботоніків можна пояснити механізмом їхньої дії, який пов'язаний з потенціюванням дії пристінкового норадреналіну. Крім флеботонічної дії, препарати на основі діосміну та гесперидину мають виражений протизапальний ефект завдяки блокуванню синтезу простагландину E2 та тромбоксану B2, які є головними медіаторами запалення. Діосмін та гесперидин також підвищують пропульсивну активність лімфатичних судин. Виражений вплив вони чинять на вирішальний фактор трофічних розладів за хронічної венозної недостатності — активацію лейкоцитів. Діосмін та гесперидин пригнічують адгезію та міграцію нейтрофільних лейкоцитів, перешкоджаючи пошкодженню мікроциркуляторного русла [9]. Отже, головними механізмами дії діосміну та гесперидину є підвищення тону вен, зменшення вираженості запальних реакцій, стимуляція лімфо-

відтоку, усунення мікроциркуляторних розладів [9], що справляє загальний позитивний ефект у післяпроцедурний період.

Причини утворення гіперпигментації мало вивчені. Механізм СТ полягає в застосуванні внутрішньопросвітного склерозивного агента для запуску ендотеліального ушкодження з подальшою оклюзією цих сегментів. Використовують різні хімічні агенти, які спричиняють пошкодження, зневоднення і руйнування ендотеліальних клітин, призводячи до елімінації вени. Часто тонкі ТАЕ можуть руйнуватись під тиском рідини в момент введення препарату, тоді відбувається його екстравазація разом з компонентами крові, що може бути причиною розвитку гіперпигментації. Гепарин, який проникає крізь шкіру, зменшує запальний процес, чинить антитромботичну дію, покращує мікроциркуляцію та активує тканинний обмін, завдяки чому прискорює процеси розсмоктування гематом і тромбів та зменшення набряклості тканин, опосередковано знижуючи ризик гіперпигментації.

Оптимальним терміном контролю результату лікування ми вважаємо 3 міс, оскільки після цього кількість рецидивів не збільшується, а отже, пацієнтам з рецидивними або залишковими судинами показано проведення повторної СТ, так званої корекції.

На основі результатів нашого дослідження ми розробили простий алгоритм перипроцедурного ведення пацієнтів з РВ та ТАЕ (рисунок).

Висновки

УЗД КДК з детальним визначенням судин, які можуть бути джерелом живлення розширених РВ та ТАЕ, є обов'язковим етапом підготовки до СТ, що дає змогу визначити оптимальну етапність лікування для попередження рецидивів захворювання.

Призначення флеботоніків після процедури позитивно впливає на косметичний результат СТ, визначений за даними самооцінки пацієнтів, особливо в комбінації із зовнішньою терапією гелем з гепарином натрію ($p < 0,01$). При цьому самостійне нанесення гелю з гепарином натрію не впливає на результат лікування ($p = 0,26$).

Застосування флеботоніків та гелю з гепарином натрію не впливає на кількість рецидивів захворювання ($p = 0,729$), що вірогідно пов'язано з технічною неможливістю виявити джерела живлення РВ та ТАЕ перед виконанням процедури.

Місцеве застосування гелю з гепарином натрію позитивно впливає на попередження виникнення гіперпигментації в післяпроцедурний період, проте не є статистично значущим ($p > 0,05$).

Список літератури

1. Alder G, Lees T. Foam sclerotherapy. *Phlebology*. 2015 Nov;30(2 Suppl):18-23. doi: 10.1177/0268355515589536.
2. Ávila Oliveira R, Riera R, Vasconcelos V, Baptista-Silva JC. Injection sclerotherapy for varicose veins. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Dec 10;12(12):CD001732. doi: 10.1002/14651858.CD001732.pub3.
3. Bertanha M, Sobreira ML, Filho C, et al. Polidocanol versus hypertonic glucose for sclerotherapy treatment of reticular veins of the lower limbs: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15(1):497. doi: 10.1186/1745-6215-15-497.
4. Coleridge Smith P. Management of reticular veins and telangiectasies. *Phlebology*. 2015 Nov;30(2 Suppl):46-52. doi: 10.1177/0268355515592770.
5. Karmacharya RM, Shrestha B, Singh A, et al. Short Term Outcome of Adjunct Foam Sclerotherapy for Varicose Veins in Patients Subjected to RFA at Dhulikhel Hospital, Nepal. *Int J Vasc Med*. 2019 Oct 7;2019:4956437. doi: 10.1155/2019/4956437.
6. Kern P. Sclerotherapy of telangiectasias: a painless two-step technique. *Dermatol Surg*. 2012;38(6):860-864. doi: 10.1111/j.1524-4725.2012.02376.x.
7. Liu A, Boen M, Fabi S, Goldman MP. Sclerotherapy in Aesthetic Medicine: Myths and Realities. *Dermatol Surg*. 2022 Sep 1;48(9):972-977. doi: 10.1097/DSS.0000000000003465.
8. Parlar B, Blazek C, Cazzaniga S, et al. Treatment of lower extremity telangiectasias in women by foam sclerotherapy vs. Nd:YAG laser: a prospective, comparative, randomized, open-label trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(3):549-554. doi: 10.1111/jdv.12627.
9. Partsch H. Varicose veins and chronic venous insufficiency. *Vasa*. 2009 Nov;38(4):293-301. doi: 10.1024/0301-1526.38.4.293.
10. Rabe E, Breu FX, Cavezzi A, et al. European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders. *Phlebology*. 2014 Jul;29(6):338-54. doi: 10.1177/0268355513483280.
11. Ramelet AA. Sclerotherapy in tumescent anesthesia of reticular veins and telangiectasias. *Dermatol Surg*. 2012;38(5):748-751. doi: 10.1111/j.1524-4725.2011.02287.x.
12. Weiss MA, Hsu JT, Neuhaus I, et al. Consensus for sclerotherapy. *Dermatol Surg*. 2014;40(12):1309-18. doi: 10.1097/dss.0000000000000225.
13. Willenberg T, Smith PC, Shepherd A, Davies AH. Visual disturbance following sclerotherapy for varicose veins, reticular veins and telangiectasias: a systematic literature review. *Phlebology*. 2013;28(3):123-131. doi: 10.1258/phleb.2012.012051.

Kh.O. Korolova¹, Zh. V. Korolova², V.V. Teplyi¹

¹ *Bogomolets National Medical University, Kyiv*

² *Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv*

Periprocedural management of sclerotherapy in patients with telangiectasias of the lower extremities

Objective – to reveal the effect of certain medicinal and nonmedicinal factors that can be applied before and after the sclerotherapy procedure on the final result of the treatment.

Materials and methods. The study included 104 patients aged 18 to 60 years who underwent sclerotherapy for the treatment of telangiectasias and reticular varicosities of the lower extremities. Patients were divided into subgroups depending on the appointment of phlebotonics and external means after the procedure. Results were evaluated 1, 3, and 6 months after treatment.

Results and discussion. According to the self-assessment of patients, the best cosmetic result was achieved in the subgroup that used phlebotonics in combination with external therapy with heparin sodium gel, compared to the subgroups in which phlebotonics were not prescribed ($p < 0.01$). In the subgroup where only phlebotonics were used, the result was also better compared to the subgroups in which phlebotonics were not prescribed ($p = 0.03$; $p < 0.01$). Self-administration of sodium heparin gel did not provide a statistically significant improvement when comparing the subgroups ($p = 0.26$). No statistically significant difference in disease recurrence was found between the subgroups ($p = 0.729$).

Conclusions. Ultrasound Doppler mapping with a detailed definition of the feeding sources of the reticular veins and telangiectasias allows determining the optimal stages of treatment to prevent the recurrence of the disease. The appointment of phlebotonics in the postprocedure period has a positive effect on the cosmetic result of sclerotherapy, especially in combination with external therapy with heparin sodium salt gel ($p < 0.01$). The use of phlebotonics and gel with heparin sodium salt does not affect the number of relapses of the disease ($p = 0.729$), which is probably due to the technical impossibility of detecting feeding sources in the preprocedural period.

Keywords: telangiectasias, «spider veins», sclerotherapy, compression stockings, reticular varicose veins.

Дані про авторів:

Корольова Христина Олександрівна, д. філос., асист. кафедри хірургії № 2

<https://orcid.org/0000-0002-6088-7884>.

03110, м. Київ, вул. Солом'янська, 17

E-mail: miss.krissti@gmail.com

Корольова Жаннета Валентинівна, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології

<https://orcid.org/0000-0001-7451-0714>

Теплий Валерій Віталійович, д. мед. н., проф. кафедри хірургії № 2

Ж.В. Корольова, Є.О. Васильчук

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ

Використання комбінованої лазерної терапії в лікуванні папіломатозу шкіри

Мета роботи — порівняти ефективність комбінованого аблятивного та неаблятивного методів лікування лазером і кріодеструкції у хворих з поширеним папіломатозом.

Матеріали та методи. Для лікування застосовано: лазерну систему Fotona SP Spectro new, яка має дві маніпули — для аблятивного (довжина хвилі 2940 нм, ербієвий лазер) та неаблятивного (неодимовий Nd:YAG лазер, довжина хвилі 1064 нм) методів лікування, сканер Fotona S11 (неодимовий лазер, довжина хвилі 1064 нм) та кріоспрей Cry-ac.

Під спостереженням перебували 45 пацієнток з поширеним рецидивним папіломатозом із підтвердженою папіломавірусною інфекцією (код за МКБ-10 D23,5; МКБ-11 ХН17Q9). Зони ураження: передня поверхня грудної клітки під молочними залозами, площа ділянки для проведення лікування — 10 × 10 см.

За критеріями включення та виключення із ретроспективного аналізу історій хвороб було сформовано 3 групи: 1-ша — лікування за прийнятим методом лазерної терапії ербієвим (ER:YAG) лазером, 2-га — проведення комбінованої аблятивною та неаблятивною лазерною терапії (із застосуванням ербієвого та неодимового лазера), 3-тя — кріодеструкція папілом.

Результати та обговорення. Найкращого ефекту щодо швидкості отриманих позитивних результатів лікування та значно нижчої частоти появи нових елементів упродовж спостереження протягом року від початку терапії досягнуто у пацієнток 2-ї групи (комбінованої лазерної терапії). Визначено значні переваги лазерної терапії порівняно з кріодеструкцією як за результатами цього дослідження, так і за даними літератури.

Висновки. Комбінований метод лазерної терапії, особливо механізми патогенезу досягнутого лікувального ефекту, потребує ретельного вивчення. Згідно з отриманими даними такий підхід є найбільш ефективним як за естетичними, так і терапевтичними (позитивна дія на патогенетичні ланки) результатами.

Ключові слова

Поширений папіломатоз, папіломатоз підгруддя, лазерна терапія, кріотерапія, ербієвий ER:YAG лазер, Nd:YAG лазер.

Поширений папіломатоз шкіри — це захворювання, що характеризується появою на шкірі великої кількості доброякісних новоутворень, які виникають внаслідок патологічного росту епітеліальних клітин. Основною причиною папіломатозу шкіри є персистенція папіломавірусної інфекції (HPV). Поширені ураження можуть виникати на тлі деяких генетичних захворювань, хронічних ендокринних порушень та імунodefіцитних станів різної етіології. Зазвичай перебіг папіломатозу має доброякісний характер, проте деякі типи вірусу папіломи можуть справляти онкогенний вплив [1–10].

Вивченню дії лазерів різних видів присвячено багато публікацій у виданнях, розміщених у

наукометричних базах. Серед них ми виділили пріоритетні за темою нашого дослідження [1–10].

Згідно з результатами аналітичних досліджень низки авторів [2, 4] було проаналізовано понад 50 публікацій, у тому числі щодо застосування імпульсних лазерів на барвнику (PDL), лазерів неодимових на ітрій-алюмінієвому гранаті (Nd:YAG), легованих ербієм на ітрій-алюмінієвому гранаті (Er:YAG) та із застосуванням CO₂-лазера. Автори дійшли висновку: суттєвої різниці між звичайними методами лікування та лазерною терапією щодо ефективності та частоти рецидивів не виявлено. Комбінація лазерів із кератолітичними засобами, імуномодуляторами та фотодинамічною терапією може бути ефектив-

ною, особливо у пацієнтів із імуносупресією, а також рефрактерними та рецидивними ураженнями. PDL характеризується найменшою кількістю побічних ефектів порівняно з іншими типами лазерів.

Окремі дослідники [5] провели ретроспективне дослідження комбінованого застосування CO₂-лазера та неодимового лазера, отримавши позитивний результат щодо ускладнень у вигляді плям та рубців. Висновок дослідників: застосування неодимового лазера після видалення елементів CO₂-лазером допомагає уникнути ускладнень. Під нашим спостереженням упродовж 4 міс перебували 34 пацієнти.

Деякі автори [9] порівняли дію неодимового лазера і кріотерапії у 150 пацієнтів. Термін спостереження становив 6 міс. Лікування проводили кожних 3–4 тиж, кількість сеансів — до 4. Висновок: неодимовий лазер виявився більш ефективним щодо позитивних до папіломавірусної інфекції стійких утворень, проте характеризувався незначними ускладненнями у вигляді рубців та плям.

Разом з тим інші автори [3, 10] за результатами проведених досліджень, навпаки, довели відсутність ускладнень та безболісність при застосуванні неодимового лазера. Порівняльну ефективність аблятивного і неаблятивного методів лікування та визначення механізму дії лазерів на шкіру представили дослідники у систематизованому огляді, зазначивши, що за використання неаблятивних лазерів відзначено більший відсоток ускладнень, ніж у разі застосування аблятивних [8].

Отже, питання лазерної терапії та різних варіантів комбінування методичних підходів вимагає подальшого ретельного вивчення із застосуванням доказових фактів і методів дослідження етіопатогенезу захворювання та наявних обтяжуючих станів.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебували 45 жінок, вибраних за такими критеріями включення в групи:

1. Наявність ураження шкіри папіломами в зоні передньої черевної стінки під молочними залозами на площі 10 × 10 см — від 10 до 30 одиниць.
2. Вік від 30 до 50 років.
3. Наявність позитивного тесту на вірус папіломи людини загальний в біоптаті.

Критерії виключення:

1. Проведення лазерної терапії в минулому, але з урахуванням лікування за допомогою кріодеструкції — не більше одного разу та досвід застосування інших засобів.
2. Проявлений імуносупресивний стан.

3. Наявність в анамнезі TORCH-інфекцій та ВІЛ.
4. Значно змінені гематологічні та біохімічні показники.
5. Негативний тест на вірус папіломи в біоптаті.
6. Наявні виражені гормональні порушення, зокрема передклімактеричний і клімактеричний стан.

Лазерне лікування проводили за схемою відповідно до розподілу за групами терапії: 1-ша — застосовано ербієвий лазер; 2-га — проведено комбіновану терапію: ербієвий (ER:YAG) лазер та неодимовий сканер; 3-тя група — використано кріоспрей.

Ербієвий лазер застосовували згідно зі стандартними рекомендаціями.

Метод комбінованої терапії: спочатку видаляли папіломи ербієвим (ER:YAG) лазером, потім тричі обробляли площу ураження неодимовим лазером за допомогою сканера Fotona S11.

Кріодеструкцію виконували кріоспреєм Cry-ac за стандартною методикою.

Параметри лазерної терапії:

- лазерна система Fotona SP Spectro new з маніпулою R11 — ербієвий лазер на ітрій-алюмінієвому гранаті (ER:YAG) з довжиною хвилі 2940 нм, розмір плями 2 мм, щільність енергії 250–350 Дж/см², частота 10–20 Гц;
- сканер Fotona S11 — щільність 40–50 Дж/см², тривалість імпульсу 40–50 мс, діаметр плями 4 мм.

Заморожування рідким азотом елементів ураження проводили з експозицією 10–30 с однократно кріоспреєм Cry-ac.

Результати та обговорення

Спостерігали за перебігом захворювання протягом року від початку терапії. Результати моніторингу груп за методом лікування представлено в таблиці.

Як нульову точку визначали день видалення папілом на всій зоні обробки (10 × 10 см) площі ураження. Спостереження продовжували до четвертої контрольної точки і співставляли кількість видалених елементів у нульовій точці з кількістю папілом через 12 міс.

Після проведеного лікування в 1-й групі появу перших маленьких (розміром до 1–1,2 мм) папілом зафіксовано через 6 міс, у той час як в 2-й групі за даними дерматоскопії елементів не було виявлено. Відновлення заростання площини шкіри після кріодеструкції почалось через 7–14 днів і в першій контрольній точці становило в середньому 6,8 штук на 10 см². Результати динаміки збільшення кількості елементів різних груп відображено на рисунку.

Таблиця. **Результати моніторингу груп**

Група	Контрольна точка спостереження											
	3 міс			6 міс			9 міс			12 міс		
	Фактор спостереження											
	Кількість елементів, у середньому	Розмір, мм	Ускладнення терапії	Кількість елементів	Розмір, мм	Ускладнення терапії	Кількість елементів	Розмір, мм	Ускладнення терапії	Кількість елементів	Розмір, мм	Ускладнення терапії
1-ша	Відсутні	—	Відсутні	1, 2	До 1	Відсутні	7,8	1–2	Відсутні	18,6	3–4	Відсутні
2-га	Відсутні	—	Відсутні	Відсутні	—	Відсутні	1,3	До 1	Відсутні	8,4	1–2	Відсутні
3-тя	6,8	До 2	Поодинокі рубці та плями	12, 4	До 3	Поодинокі рубці та плями	22,5	До 5	Поодинокі рубці та плями	31,2	3–6	Поодинокі рубці та плями

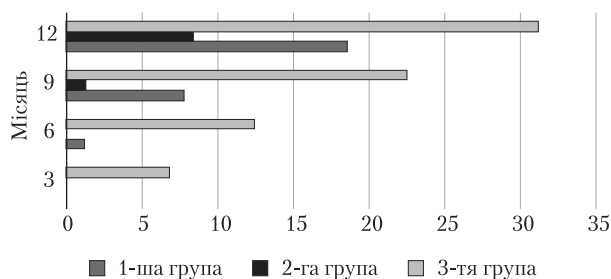


Рисунок. **Динаміка росту папілом на площі 10 см² шкіри**

Оцінюючи інші фактори, такі як розмір папілом, наявність ускладнень у вигляді плям та мікрорубців, болісність після видалення тощо, також очевидні переваги малої лазерної терапії, в нашому дослідженні — комбінована.

Ефективність лазерної терапії зумовлена механізмом дії лазера.

Механізм дії ербієвого лазера на тканини шкіри полягає в тепловому руйнуванні клітин та тканин за рахунок фототермічної деструкції. Енергія світла, яку генерує ербієвий лазер, поглинається водою, що міститься в клітинах та тканинах. Під час поглинання енергії світла водою відбувається різке нагрівання та розширення води, що призводить до розриву клітин і тканин. Ербієвий лазер має дуже малий проникний шар в тканинах — близько 0,02 мм, завдяки чому він діє тільки на верхні шари шкіри, що дає можливість виконувати точне та детальне руйнування пошкоджених клітин без заподіяння шкоди

навколишнім здоровим тканинам. Механізм дії неодимового лазера полягає в тому, що енергія світла, яку він генерує, добре поглинається червоним пігментом крові, який міститься в судинах папілом та спричиняє незначне підвищення температури (40–45 °С) у вогнищі. Це сприяє знешкодженню білка вірусу папіломи без значної шкоди здоровим тканинам.

Висновки

Згідно з результатами проведеного дослідження, за даними інших авторів та на підставі оглядів літератури встановлено, що ефективність лазерного лікування має статистично вірогідно кращі результати. В сучасних дослідженнях із визначення ефективності лазерного лікування папіломатозу використано здебільшого ербієві лазери. Клінічна ефективність саме цього типу лазерів за даними різних клінічних досліджень становить до 100 %, проте нові папіломи виникали через 4–6 міс від початку лікування. Комбінована терапія малої значно кращі результати як щодо кількості, так і часу виникнення нових елементів захворювання.

На основі отриманих даних зроблено висновок про те, що комбінована терапія із застосуванням ербієвого та неодимового лазера є ефективною альтернативою кріотерапії, що значно збільшує тривалість ремісії і знижує частоту рецидивів. Комбінована лазерна терапія потребує подальшого ретельного вивчення, але порівняно з іншими методами вона, без сумніву, є найбільш ефективною як за естетичними результатами, так і за етіопатогенетичним впливом.

Список літератури

1. Bennardo L, Fasano G, Tamburi F, et al. Sequential Use of CO₂ Laser Prior to Nd:YAG and Dye Laser in the Management of Non-Facial Warts: A Retrospective Study. 2022;58(1):115. doi: 10.3390/medicina58010115.
2. Gheisari M, Iranmanesh B, Nobari NN, Amani M. Comparison of long-pulsed Nd: YAG laser with cryotherapy in treatment of acral warts. *Lasers Med Sci.* 2019;34(2):397-403. doi: 10.1007/s10103-018-2613-7.
3. Goldberg DJ, Beckford AN, Mourin A. Verruca vulgaris: novel treatment with a 1064 nm Nd:YAG laser. *J Cosmet Laser Ther.* 2015;17(2):116-119. doi: 10.3109/14764172.2015.1007068.
4. Iranmanesh B, Khalili M, Zartab H, et al. Laser therapy in cutaneous and genital warts: A review article. *Dermatol Ther.* 2021;34(1):14671. doi: 10.1111/dth.14671.
5. Liu JJ, Li HT, Ren YY, et al. Long-pulsed neodymium-doped yttrium-aluminum-garnet laser versus cryotherapy for the treatment of cutaneous warts: A randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* 2022;87(6):1328-1335. doi: 10.1016/j.jaad.2020.09.085.
6. Mirza HN, Mirza FN, Khatri KA. Outcomes and adverse effects of ablative vs nonablative lasers for skin resurfacing: A systematic review of 1093 patients. *Dermatol Ther.* 2021; 34(1):14432. doi: 10.1111/dth.14432.
7. Nunes EM, Talpe-Nunes V, Sicheo L. Epidemiology and biology of cutaneous human papillomavirus. *Clinics (Sao Paulo).* 2018;73(1):489. doi: 10.6061/clinics/2018/e489s.
8. Shin YS, Cho EB, Park EJ, et al. A comparative study of pulsed dye laser versus long pulsed Nd:YAG laser treatment in recalcitrant viral warts. *J Dermatolog Treat.* 2017;28(5):411-416. doi: 10.1080/09546634.2016.1255303.
9. Shrestha S, Karn D. Long Pulsed Nd:YAG Lasers in the Management of Cutaneous Warts. *Kathmandu Univ Med J. (KUMJ).* 2018;16(61):60-64.
10. Zorman A, Koron N. Wart removal without anesthesia using long-pulse 1064-nm Nd:YAG laser. *J Cosmet Dermatol.* 2021;20(2):506-512. doi: 10.1111/jocd.13593.

Zh.V. Koroleva, E.O. Vasilchuk

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

The use of combined laser therapy in treatment of skin papillomatosis

Objective – to compare the effectiveness of combined ablative and non-ablative methods of laser treatment and cryodestruction in patients with widespread papillomatosis.

Materials and methods. For treatment we used the Fotona SP Spectro new laser system which has two handpieces – for ablative (wavelength 2940 nm, erbium laser) and nonablative (neodymium Nd:YAG laser, wavelength 1064 nm) treatment methods, Fotona S11 scanner (neodymium laser, wavelength 1064 nm) and Cryac cryospray.

Under observation were 45 patients with widespread recurrent papillomatosis, with confirmed papillomavirus infection (ICD10 code D23.5; ICD11 XH17Q9). The lesion area was the front surface of the chest, under the mammary glands, the area of the treatment area – 10 × 10 cm.

According to the inclusion and exclusion criteria from the retrospective analysis of the disease histories, three groups of patients were formed: group 1 – treatment according to the accepted method of laser therapy with an erbium (ER:YAG) laser, group 2 – combined ablative and nonablative laser therapy (with erbium and neodymium lasers) and group 3 – cryodestruction of papillomas.

Results and discussion. The best result and the speed of the obtained positive results of the treatment and a significantly less frequent occurrence of new elements during the observation within a year after the start of therapy were shown by group 2 – where combined laser therapy was applied. Significant advantages of laser therapy over cryodestruction were determined according to the results of this study and according to the current literature.

Conclusions. The combined method of laser therapy, especially the mechanisms of the pathogenesis of the obtained therapeutic effect, require careful study. According to the obtained results, this approach is the most effective in terms of both aesthetic and therapeutic (positive effect on pathogenetic links) achievements.

Keywords: common papillomatosis, papillomatosis of the sub breast area, laser therapy, cryotherapy, erbium ER:YAG laser, Nd:YAG laser.

Дані про авторів:

Корольова Жаннета Валентинівна, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології
<https://orcid.org/0000-0001-7451-0714>
 04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9
 E-mail: zhkorolova@gmail.com

Васильчук Євген Олександрович, заочний аспірант кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології
 E-mail: bjmed@ukr.net

Н.Ю. Резніченко¹, Г.І. Резніченко¹, С.А. Сміян², Ю.Г. Резніченко¹

¹Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

²Сумський державний університет

Себорейний дерматит: унікальні можливості вітамінотерапії

У практичній дерматології активно розглядається проблема себорейного дерматиту як найбільш поширеного патологічного стану серед населення.

Мета роботи — визначити клінічну ефективність та безпеку застосування препарату «Натубіотин» у лікуванні хворих на себорейний дерматит.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 150 хворих на себорейний дерматит. До контрольної групи увійшли 50 здорових осіб аналогічного віку. Ступінь тяжкості себорейного дерматиту визначали за бальною шкалою, яка включала оцінку інтенсивності еритеми, набряку, мокнуття, екскоріацій, лущення та жирності шкіри. Рівень тривожності вивчали за шкалою самооцінки Спілберґера—Ханіна, рівень невротизації — за методикою діагностики Л.І. Вассермана. Також проводили анкетування за допомогою опитувальника «Шкала Бека для самооцінки тяжкості депресії». Залежно від методу лікування хворих на себорейний дерматит розділили на дві групи: I (дослідну) — 100 пацієнтів, які отримували препарат «Натубіотин» у дозі 5 мг 1 раз на добу протягом 3 міс; II (контрольну) — 50 пацієнтів, яким проводили стандартну терапію.

Результати та обговорення. Додаткове включення препарату «Натубіотин» у схему лікування забезпечило одужання 100 % хворих на себорейний дерматит з локалізацією патологічного процесу на волосистій частині голови та обличчя; лише у 5,3 % пацієнтів з локалізацією процесу на тулубі були відмічені незначне лущення та жирність шкіри. Після проведеного лікування з включенням препарату «Натубіотин» показники бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту у пацієнтів I групи були достовірно кращими, ніж в осіб II групи. Оцінки суб'єктивних ознак у вигляді свербіжів та порушень сну також були достовірно кращими після застосування препарату «Натубіотин». Вітамінотерапія біотином сприяла значному зменшенню вираженості ситуативної тривожності, депресії та невротизації у пацієнтів. Отримані дані свідчать про високу ефективність препарату «Натубіотин» у лікуванні хворих на себорейний дерматит.

Висновки. Перебіг себорейного дерматиту супроводжується високою особистісною та ситуативною тривожністю, підвищеною невротизацією та схильністю до депресії. Терапія із застосуванням препарату «Натубіотин» є обґрунтованою та доцільною, оскільки забезпечує швидкий і довготривалий клінічний ефект, нормалізацію стану шкіри та поліпшення психогенного стану пацієнтів. Отримані результати дають підставу рекомендувати до широкого впровадження в практичну роботу застосування препарату «Натубіотин» для лікування хворих на себорейний дерматит.

Ключові слова

Себорейний дерматит, вітамінотерапія, біотин.

Одним з найпоширеніших патологічних станів у дерматології є себорейний дерматит, частота якого в популяції становить 10–15 %. Пік захворюваності припадає на період 18–40 років, причому чоловіки більше, ніж жінки, схильні до цієї недуги [9, 10, 23].

Незважаючи на таку значну поширеність, етіологію себорейного дерматиту на сьогодні

вивчено недостатньо. Існує велика кількість чинників, пов'язаних з розвитком цього захворювання, і їхня різноманітність призвела до суперечностей у поглядах вчених щодо його причин та патогенезу [11, 14, 20].

Це обґрунтовує необхідність подальшого вивчення етіології, патогенезу та клінічних особливостей цієї патології з метою поліпшення

тактики ведення пацієнтів і вибору ефективної терапії.

Початок розвитку себорейного дерматиту пов'язаний із взаємодією нормальної мікрофлори шкіри (особливо роду *Malassezia spp.*), складом ліпідів на поверхні шкіри та індивідуальною сприйнятливістю. Але ані рівень виробленого шкірного сала, ані кількість дріжджоподібних грибів при цьому не є значущими чинниками [11, 16].

За недостатності цинку та наявності імунодефіцитних станів порушуються склад мікробіоти шкіри та імунна реакція на *Malassezia spp.*, що пов'язано зі зниженою відповіддю Т-клітин і активацією комплементу. Наслідком цього є збільшення кількості ненасичених жирних кислот на поверхні шкіри [3, 17, 20].

Роль *Malassezia spp.* також включає використання насичених жирних кислот, що порушує ліпідний баланс на поверхні шкіри. В більшості випадків при цьому порушуються колонізаційні властивості різних біотопів, що пов'язано зі змінами складу нормальної мікрофлори. Це спричиняє колонізацію грибами роду *Malassezia* ділянок шкіри, багатой сальними залозами (передусім голови та тулуба), супроводжується посиленням їхньої патогенності та розвитком запальних реакцій шкіри [16, 18, 22].

Не менш важливою причиною виникнення й хронізації себорейного дерматиту є вітамінна недостатність, особливо біотину, що виникає як через нераціональне харчування, так і внаслідок супутніх соматичних захворювань (передусім травної системи). Відомо, що нестача біотину часто супроводжується прискореним випадінням волосся, емоційною лабільністю та тривожністю, схильністю до депресивних станів, особливо за тяжких та поширених форм себорейного дерматиту [5]. Дефіцит біотину може бути зумовлений як генетичними чинниками, атрофічними процесами в слизовій оболонці шлунка та тонкого кишечника, дисбактеріозом, так і застосуванням антибактеріальних і протисудомних препаратів, незбалансованим харчуванням, тривалим дотриманням дієти, вживанням у їжу сирих яєчних білків, споживанням продуктів, що містять консерванти, похилим віком, періодом вагітності, менопаузальним станом та ін.

Себорейний дерматит маніфестує ураженням шкіри волосистої частини голови з переходом на чоло по лінії росту волосся, в ділянці носогубних складок, на бічних поверхнях носа, заушній ділянці, в зовнішньому слуховому проході, бровах та переніссі. Уражаються й інші ділянки, такі як шкіра груднини та міжлопаткової зони [21, 24]. При цьому частота ураження шкіри обличчя становить близько 88,7 %, волосистої частини

голови — 70,3 %, тулуба — 26,8 %. Найбільш частими клінічними симптомами є лущення, свербіж і почервоніння [16, 25]. Порушення цілісності шкіри за тривалого перебігу себорейного дерматиту може призводити до розвитку вторинної інфекції, наслідком чого є складність вибору оптимальної терапії та торпідність до неї. Естетичні зміни шкіри значним чином впливають на підвищення тривожності та невротизації пацієнтів, призводять до виникнення депресії.

Раціональна терапія, яка сприяє швидкому регресу патологічної симптоматики, досі залишається актуальною проблемою дерматології. З урахуванням етіології та клінічних виявів себорейного дерматиту можна призначати як зовнішні, так і системні лікарські засоби [12, 13, 19].

Підхід до терапії може змінюватися залежно від віку пацієнта, поширення та тяжкості хвороби [9]. Лікування має бути спрямоване на основне захворювання та будь-які його вторинні ознаки, особливо гіперкератотичні лусочки, сухість чи жирність шкіри, запалення та свербіж; сприяти відновленню мікрофлори шкіри, структури та бар'єрних функцій епідермісу [15, 26].

Пацієнтам із себорейним дерматитом необхідно дотримуватись дієти з обмеженим вживанням жирів тваринного походження, копчених продуктів і вуглеводів, що легко засвоюються, екстрактивних речовин, шоколаду, молока, молочних продуктів і йодидів [2, 4, 23].

Усе викладене вище спонукає до пошуку нових підходів до лікування хворих на себорейний дерматит з використанням патогенетично обґрунтованих лікарських засобів.

Саме тому на сьогодні велику зацікавленість викликає можливість вітамінотерапії при себорейному дерматиті. Вітаміни відіграють роль екзогенних регуляторів фізіологічних і метаболічних процесів, необхідних для нормальної діяльності нервової та травної систем, залоз внутрішньої секреції, здорового стану шкіри, профілактики старіння. Вони беруть участь у забезпеченні імунної відповіді та формуванні антиоксидантного потенціалу, відповідають за антиейджинговий ефект [5, 7].

Роль вітамінів у організмі людини загальновідома, оскільки вони беруть участь у забезпеченні багатьох ланок функціонування різних органів і систем організму людини, зокрема й шкіри.

Особливої уваги в дерматологічній практиці заслуговує вітамін Н (біотин). Нашу увагу привернув препарат «Натубіотин», адже він сприяє засвоєнню тканинами іонів бікарбонату й активізує реакції карбоксилювання у складі ферментів, діє як кофермент карбоксилаз, виявляє інсуліно-

подібну дію, зменшує експресію печінкової фосфоенілпіруват-карбооксикінази, сприяє зниженню рівня загального холестерину, β -ліпопротеїдів, піровиноградної кислоти, запобігає розвитку ацидозу. Це своєю чергою віддзеркалюється на стані шкіри — зменшуються прояви себореї, кількість запальних акне та інших гнійно-запальних елементів, зморшкуватість, покращуються тургор та еластичність шкіри, знижується вірогідність розвитку бактеріального та мікотичного ураження. Крім того, біотин нормалізує функціональний стан нервової системи, покращує трофіку тканин, стимулює репаративно-відновні процеси організму, запобігаючи його старінню.

Біотин діє як синергіст інших вітамінів групи В, фолієвої, пантотенової кислот і ціанокобаламіну.

Вітамін Н (біотин, коензим R) відіграє важливу роль у профілактиці дерматологічної патології та естетичних змін шкіри і її придатків. Так, він сприяє усуненню дрібних зморщок, сухості, лущення шкіри, запобігає передчасному посивінню, випадінню й ламкості волосся, зміцнює нігтьові пластини, прискорює ріст волосся та нігтів. Саме тому його називають вітаміном краси. Біотин як джерело сірки чинить виражену антисеборейну дію, має унікальний антикомедогенний ефект, оптимізує діяльність сальних залоз, сприяє нормалізації жирності шкіри, попереджає розвиток фолікулярного гіперкератозу і таким чином впливає на основні патогенетичні механізми себорейного дерматиту.

Усмоктування вільного біотину при застосуванні «Натубіотину» починається вже у верхній частині тонкого кишечника у незмінену вигляді головним чином шляхом дифузії. Результати нещодавно проведених досліджень підкреслюють активний транспортний механізм, який діє за допомогою комплексу «Біотин- Na^+ », що виступає в ролі переносника. Ступінь зв'язування біотину в складі препарату «Натубіотин» з білками плазми крові становить 80 %.

«Натубіотин» характеризується високою біодоступністю, що дає змогу йому здійснювати терапевтичний вплив безпосередньо в шкірі, матриксі нігтя та волоссяній цибулині; він практично не має протипоказань і побічних ефектів; відзначається мінімальний ризик розвитку алергійних реакцій. У разі передозування «Натубіотину» не спостерігається виникнення побічних ефектів, оскільки надлишок біотину виводиться з організму із сечею. Перевагами препарату є відсутність барвників класу Е, впливу на апетит і можливість одночасного призначення разом з іншими лікарськими засобами, зокрема з полівітамінами.

Враховуючи усе викладене вище, ми провели дослідження з метою визначити безпеку та ефективність використання біотину в дерматологічній практиці для лікування хворих на себорейний дерматит.

Мета роботи — визначити клінічну ефективність та безпеку застосування препарату «Натубіотин» у лікуванні хворих на себорейний дерматит.

Матеріали та методи

Під нашим наглядом перебували 150 осіб віком від 18 до 70 років, хворих на себорейний дерматит. До контрольної групи було включено 50 здорових осіб аналогічного віку.

Дослідження було схвалено локальною комісією з питань етики.

Основні критерії включення пацієнтів у дослідження:

- наявність клінічних виявів себорейного дерматиту;
- відсутність проявів шкірних захворювань (контрольна група);
- підписана пацієнтом інформована згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення з дослідження:

- наявність інших дерматологічних захворювань;
- відома або передбачувана гіперчутливість до біотину;
- наявність тяжких супутніх захворювань та психічних хвороб;
- відсутність комплаєнсу в застосуванні препарату з боку пацієнта.

Обстежених розділили на дві ідентичні за віком, статтю, стадією та поширеністю патологічного процесу групи: I (дослідну) — 100 пацієнтів, які отримували препарат «Натубіотин» у дозі 5 мг на добу перорально протягом 3 міс; II (контрольну) — 50 осіб, яким проводили традиційну терапію без застосування біотину.

Стандартну терапію хворим на себорейний дерматит проводили згідно з протоколами МОЗ України. Вона включала дотримання дієти, застосування антигістамінних препаратів, натрію тіосульфату, препаратів кальцію, топічних засобів. За наявності супутньої патології призначали симптоматичну терапію.

Усі пацієнти були обстежені згідно з чинними стандартами, що включали клінічні, біохімічні й інструментальні методи.

Ступінь тяжкості себорейного дерматиту оцінювали за бальною шкалою, що включала оцінку інтенсивності еритеми, набряку, мокнуття, екскоріацій, лущення та жирності шкіри. Оцінку здійснювали за балами від 0 до 3 (0 — відсутність симптому, 1 — легкий ступінь вираженості, 2 —

Таблиця 1. Бальна оцінка ступеня тяжкості себорейного дерматиту та його суб'єктивних ознак у хворих після лікування протягом 1 міс (M ± m)

Показник	До лікування	Після лікування	
		Стандартне лікування	Із включенням «Натубіотину»
Оцінка інтенсивності еритеми	2,3 ± 0,2	1,4 ± 0,2*	0,6 ± 0,1* ^o
Оцінка набряку	2,1 ± 0,3	1,3 ± 0,3	0,6 ± 0,1*
Оцінка мокнуття	1,5 ± 0,2	1,0 ± 0,2	0,2 ± 0,04*
Оцінка екскоріацій	1,5 ± 0,1	1,0 ± 0,1*	0,3 ± 0,05* ^o
Оцінка лущення	2,4 ± 0,2	1,6 ± 0,1*	0,4 ± 0,1* ^o
Оцінка жирності шкіри	2,3 ± 0,3	1,7 ± 0,3	0,3 ± 0,07* ^o
Середнє значення бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту	2,0 ± 0,2	1,3 ± 0,1*	0,4 ± 0,1* ^o
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді свербіжув	5,0 ± 0,9	3,1 ± 0,7	1,5 ± 0,4*
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді порушень сну	1,7 ± 0,3	1,0 ± 0,2	0,1 ± 0,02* ^o

Примітка. * Достовірна різниця (p < 0,05) до та після лікування; ^o достовірна різниця (p < 0,05) після лікування між групами з різними схемами лікування. Так само в табл. 2.

середній, 3 — тяжкий). Суб'єктивні ознаки у вигляді свербіжув та порушень сну оцінювали за шкалою від 0 до 10 балів.

Рівень тривожності визначали за шкалою самооцінки Спілбергера—Ханіна [6], рівень невротизації — за методикою діагностики Л.І. Васермана [1]. Крім того, проводили анкетування пацієнтів за допомогою опитувальника «Шкала Бека для самооцінки тяжкості депресії» [8].

Ефективність лікування оцінювали через 1 та 3 міс від початку лікування, а тривожність, депресію та невротизацію визначали перед лікуванням і через 3 міс від його початку.

Отримані результати були оброблені статистично за допомогою стандартних комп'ютерних програм із застосуванням парного критерію Стьюдента з розрахунком середньої арифметичної (M) та стандартної помилки середньої арифметичної (m) або критерію знаків Вілкоксона залежно від нормальності розподілу різниць. Нормальність розподілу даних перевіряли за допомогою критерію Шапіро—Уїлка за рівня значущості 0,01. При застосуванні усіх статистичних методів, окрім критерію Шапіро—Уїлка, рівень значущості брали рівним 0,05 — різницю між даними вважали достовірною при p < 0,05.

Результати та обговорення

Аналіз клінічних даних показав, що у структурі себорейного дерматиту у 53 пацієнтів шкірний процес локалізувався на обличчі та волосистій частині голови, у 48 — на волосистій частині голови, у 37 — на обличчі, у 12 — на тулубі.

Тривалість захворювання варіювала від 6 міс до 15 років.

Основні причини виникнення у хворих себорейного дерматиту: стресові ситуації — у 48,7 %, захворювання травного тракту — у 26,0 %, шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем) — у 13%, вплив чинників довкілля — у 12,3 %.

Під час дослідження оцінювали безпеку та ефективність препарату «Натубіотин». Усі хворі, які застосовували «Натубіотин», відзначали його хорошу переносність, при цьому небажаних явищ (алергійних, токсичних та інших реакцій) не спостерігали. Не встановлено жодного випадку погіршення перебігу себорейного дерматиту, негативних змін гематологічних і біохімічних показників.

Через 1 міс від початку терапії було проведено клінічну оцінку результатів лікування пацієнтів із себорейним дерматитом (табл. 1).

Із табл. 1 видно, що у пацієнтів обох груп протягом 1 міс лікування покращувалася бальна оцінка тяжкості захворювання. В групі, яка додатково отримувала препарат «Натубіотин», показники були достовірно кращими, ніж в осіб, яким проводили лише стандартну терапію. У 93 % пацієнтів групи, яка додатково отримувала «Натубіотин», через 1 міс від початку лікування вже не було клінічних виявів себорейного дерматиту. Слід зазначити, що позитивний ефект отримано у пацієнтів з різною локалізацією процесу, що свідчить про якісні зміни тяжкості себорейного дерматиту у пацієнтів залежно від проведеного лікування.

Таблиця 2. Бальна оцінка ступеня тяжкості себорейного дерматиту та суб'єктивних ознак у хворих після лікування протягом 3 міс (M ± m)

Показник	До лікування	Після лікування	
		Стандартне лікування	Із включенням «Натубіотину»
Оцінка інтенсивності еритеми	2,3 ± 0,2	0,6 ± 0,1*	0,0 ± 0,0* ⁰
Оцінка набряку	2,1 ± 0,3	0,7 ± 0,2*	0,0 ± 0,0*
Оцінка мокнуття	1,5 ± 0,2	0,2 ± 0,1*	0,0 ± 0,0* ⁰
Оцінка екскоріацій	1,5 ± 0,1	0,4 ± 0,1*	0,0 ± 0,0* ⁰
Оцінка лущення	2,4 ± 0,2	0,9 ± 0,2*	0,1 ± 0,04* ⁰
Оцінка жирності шкіри	2,3 ± 0,3	1,1 ± 0,2*	0,1 ± 0,03* ⁰
Середнє значення бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту	2,0 ± 0,2	0,65 ± 0,1*	0,03 ± 0,01* ⁰
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді свербіжжя	5,0 ± 0,9	1,5 ± 0,3*	0,0 ± 0,0* ⁰
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді порушень сну	1,7 ± 0,3	0,5 ± 0,1*	0,0 ± 0,0* ⁰

Через 3 міс від початку лікування позитивний клінічний результат отримано в обох групах (табл. 2).

Як видно з табл. 2 та рис. 1–3, через 3 міс від початку лікування у пацієнтів обох груп отримано позитивний клінічний результат. Додаткове включення препарату «Натубіотин» у схему лікування себорейного дерматиту забезпечило одужання 100 % пацієнтів із локалізацією патологічного процесу на волосистій частині голови та обличчі, і лише у 5,3 % осіб з локалізацією себорейного дерматиту на тулубі відмічали незначне лущення та жирність шкіри. Після проведеного лікування з включенням препарату «Натубіотин» показники бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту були достовірно кращими, ніж у групі стандартної терапії. Оцінка суб'єктивних ознак у вигляді свербіжжя та порушень сну також була достовірно кращою (див. табл. 2). Отримані дані свідчать про високу ефективність лікування хворих на себорейний дерматит препаратом «Натубіотин».

Оскільки в етіології себорейного дерматиту провідну роль відіграє нейрогенний чинник, було проведено дослідження стану тривожності, невротизації та депресії серед пацієнтів (табл. 3).

Інтерактивний показник ситуативної тривожності в осіб контрольної групи був на верхній межі нормальних значень (41,7 ± 0,84), у 17,3 % він перевищував значення, характерні для високої тривожності (> 45), що вказує на негативний вплив темпу життя суспільства на розвиток тривожності в обстежених осіб.

Середній показник ситуативної тривожності у хворих на себорейний дерматит достовірно перевищував межу нормального значення (46,2 ± 0,61), а у 61,4 % показник ситуативної тривожності був високим. Це свідчить про те, що хворим на себорейний дерматит властива підвищена ситуативна тривожність.

Важливою є оцінка особистісної тривожності, яка формується на ранніх етапах розвитку і відображає базову рису особистості. У хворих на себорейний дерматит інтегральна оцінка особистісної тривожності була достовірно вищою (47,1 ± 0,67), ніж у здорових осіб (43,2 ± 1,12). Достовірна різниця між хворими та здоровими отримана не лише за інтегральним показником, а й за окремими показниками, що характеризують особистісну тривожність, при цьому у 63,0 % хворих була висока особистісна тривожність. Серед здорових осіб високу особистісну тривожність відзначено лише у 31,5 %.

Отже, можна стверджувати, що хворим на себорейний дерматит притаманна особистісна тривожність. Потрапляючи в стресові ситуації, вони неадекватно реагують на чинники довкілля, що призводить до психічного напруження і змін у діяльності нервової системи.

Отримавши позитивний клінічний ефект у процесі лікування хворих на себорейний дерматит, ми оцінили вплив терапії на ситуативну тривожність. Результати свідчать, що через 3 міс від початку лікування на тлі поліпшення клінічної картини та одужання знижується й ситуативна тривожність хворих обох груп із себорейним дерматитом, хоча вона і не відповідає результа-

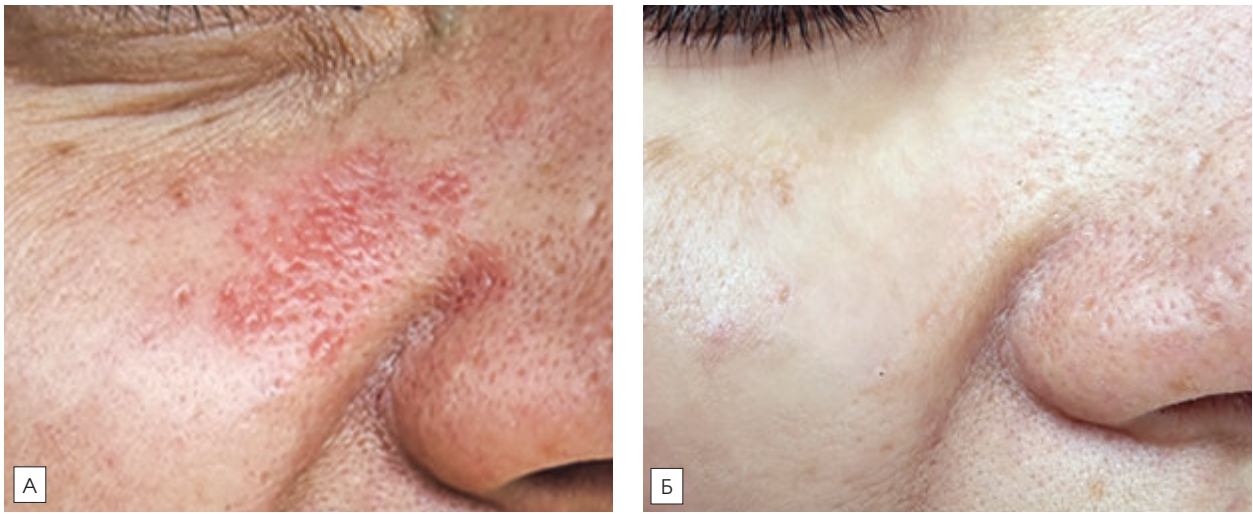


Рис. 1. Пацієнтка Н., 40 років. Себорейний дерматит

А — до початку лікування; Б — після курсу лікування із застосуванням препарату «Натубіотин».

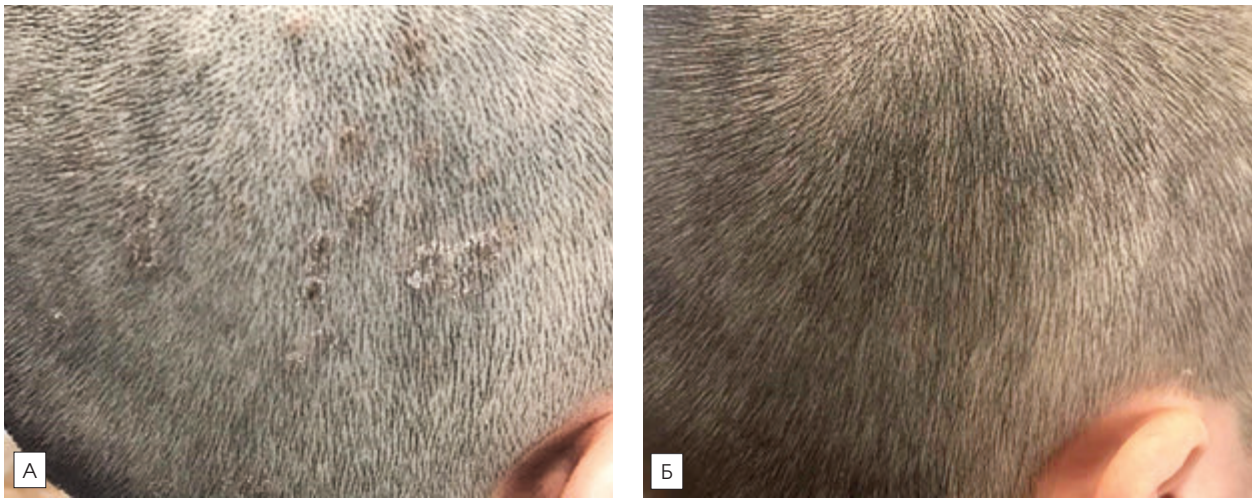


Рис. 2. Пацієнт Р., 19 років. Себорейний дерматит

А — до початку лікування; Б — після курсу лікування із застосуванням препарату «Натубіотин».



Рис. 3. Пацієнтка Р., 35 років. Себорейний дерматит

А — до початку лікування; Б — після курсу лікування із застосуванням препарату «Натубіотин».

Таблиця 3. Показники ситуативної тривожності, депресії та невротизації у хворих на себорейний дерматит після лікування протягом 3 міс (M ± m)

Показник, бал	Контрольна група	Хворі на себорейний дерматит		
		До лікування	Після стандартного лікування	Після лікування з включенням «Натубіотину»
Ситуативна тривожність, бали	41,4 ± 0,59	47,7 ± 0,83*	44,7 ± 0,76**	42,1 ± 0,70#°
Невротизація, бали	7,5 ± 0,37	14,8 ± 0,49*	11,8 ± 0,58**	9,1 ± 0,86#°
Депресія, бали	6,4 ± 0,23	12,4 ± 0,57*	9,7 ± 0,70**	7,0 ± 0,58#°

Примітка. * Достовірна різниця (p < 0,05) при порівнянні з відповідними показниками у групі здорових; ** достовірна різниця (p < 0,05) до та після лікування; # достовірна різниця (p < 0,05) після лікування між групами з різними схемами лікування.

там, отриманим у здорових осіб. У хворих, яким проводили стандартне лікування, динамічні зміни не мали статистичної різниці і залишались достовірно гіршими, ніж у здорових.

Кращі результати оцінки ситуативної тривожності отримані у хворих, які використовували препарат «Натубіотин»: встановлено достовірну різницю між результатами після лікування в цій групі та групі порівняння. Середня оцінка стану ситуативної тривожності в підгрупі, яка отримувала препарат «Натубіотин», через 3 міс від початку лікування була нижчою (42,1 ± 0,70), ніж у підгрупі стандартного лікування (44,7 ± 0,76).

Крім того, у хворих на себорейний дерматит відзначався достовірно вищий рівень невротизації порівняно з таким у здорових осіб контрольної групи. Схильність до невротизації створює сприятливе підґрунтя для розвитку себорейного дерматиту, а естетичні зміни зовнішності при цьому провокують зростання рівня невротизації. Таким чином, виникає замкнене коло, в якому невротизація та себорейний дерматит посилюють один одного. Як видно з табл. 3, розірвати таке патологічне коло можливо завдяки застосуванню «Натубіотину». З одного боку, він сприяє усуненню клінічних проявів себорейного дерматиту, а з іншого — покращує нейрогенні функції організму, що зумовлює зниження невротизації. Так, у пацієнтів, які використовували препарат «Натубіотин» у схемі лікування себорейного дерматиту, через 3 міс від його початку відзначено статистично достовірно нижчий рівень невротизації порівняно з таким як у хворих до лікування, так і в групі стандартної терапії. Рівень невротизації пацієнтів через 3 міс використання препарату «Натубіотин» наближався до значення у здорових осіб контрольної групи і не мав достовірних відмінностей.

Аналогічна тенденція відзначалась в обстежених і за рівнем депресії. Важливо пам'ятати, що

депресія є однією з ознак дефіциту біотину. Корекція рівня біотину сприяє зменшенню проявів депресії у пацієнтів (див. табл. 3). У хворих на себорейний дерматит, які протягом 3 міс застосовували препарат «Натубіотин», не було ознак депресії, її бальна оцінка не мала достовірних відмінностей від такої у здорових осіб контрольної групи. В той же час пацієнти, які проходили лише стандартний курс лікування себорейного дерматиту, мали статистично достовірно вищу бальну оцінку рівня депресії. Ці дані свідчать про необхідність включення біотину до схеми лікування себорейного дерматиту.

Отже, результати проведеного нами дослідження із застосуванням препарату «Натубіотин» підтверджують його безпеку та ефективність у лікуванні хворих на себорейний дерматит. Отримані дані доводять доцільність 3-місячного терапевтичного курсу використання препарату «Натубіотин» у дерматологічній практиці при себорейному дерматиті.

Висновки

Перебіг себорейного дерматиту супроводжується високою особистісною та ситуативною тривожністю, підвищеною невротизацією та схильністю до депресії.

Терапія себорейного дерматиту із застосуванням препарату «Натубіотин» є обґрунтованою та доцільною, оскільки забезпечує швидкий і довготривалий клінічний ефект, нормалізацію стану шкіри та поліпшення психогенного стану пацієнтів.

Отримані результати дають підставу рекомендувати до широкого впровадження в практичну роботу препарату «Натубіотин» для лікування хворих на себорейний дерматит.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності застосування біотину в лікуванні хворих на інші дерматози.

Список літератури

1. Астахов ВМ, Бацьклева ОВ, Пузь ІВ. Методи психодіагностики індивідуально-психологічних особливостей жінки в акушерсько-гінекологічній клініці. Під общей ред. ВМ Астахова. Донецьк: Норд-Пресс. 2010. 199 с.
2. Біловол АМ, Ткаченко СГ. Медична косметологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця: Нова Книга; 2012. 383 с.
3. Білосороз ОП, Зуєва МІ, Частій ТВ. Показники сенситивності до антигенів умовно-патогенних грибів *Malassezia* і *Candida* у хворих на алергодерматози з мутаціями гена філагрину. *Дерматологія та венерологія*. 2011;4(54):7-1.
4. Дерматологія, венерологія: підручник. За ред. ВІ Степаненка. К.: КІМ; 2012. 848 с.
5. Резніченко НЮ, Резніченко ЮГ, Резніченко ПІ, Пащенко ІВ. Вітамінопрофілактика та вітамінотерапія мешканців промислових центрів. К.: ТОВ «Людопринт Україна»; 2013. 108 с.
6. Ханін ЮЛ. Краткое руководство к применению шкалы реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера. НИИ ФК; 1976. 18 с.
7. Ames BN, Atamna H, Killilea DW. Mineral and vitamin deficiencies can accelerate the mitochondrial decay of aging. *Molecular Aspects of Medicine*. 2005;26(4-5):363. doi: 10.1016/j.mam.2005.07.007.
8. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An Inventory for Measuring Depression. *Arch General Psychiatry*. 1961;4:561-571.
9. Augustin M, Kirsten N, Körber A, et al. Prevalence, predictors and comorbidity of dry skin in the general population. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(1):147-150. doi: 10.1111/jdv.15157.
10. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. *J Clin Invest Dermatol*. 2015;3(2):10. doi: 10.13188/2373-1044.1000019.
11. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician*. 2015;91:185-190. PMID: 25822272.
12. Das A, Panda S. Use of Topical Corticosteroids in Dermatology: An Evidence-based Approach. *Indian J Dermatol*. 2017 May-Jun;62(3):237-250. doi: 10.4103/ijd.IJD_169_17.
13. De Souza Leão Kamamoto C, Sanudo A, Hassun KM, Bagatin E. Low-dose oral isotretinoin for moderate to severe seborrhea and seborrheic dermatitis: a randomized comparative trial. *Int J Dermatol*. 2017;56(1):80-85. doi: 10.1111/ijd.13408.
14. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2013;31(4):343-51. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.01.001.
15. Gupta AK, Versteeg SG. Topical Treatment of Facial Seborrheic Dermatitis: A Systematic Review. *Am J Clin Dermatol*. 2017 Apr;18(2):193-213. doi: 10.1007/s40257-016-0232-2.
16. Hald M, Arendrup MC, Svejgaard EL, et al. Evidence-based Danish guidelines for the treatment of Malassezia – related skin diseases. *Acta Derm Venereol*. 2015 Jan;95(1):12-9. doi: 10.2340/00015555-1825.
17. Honnavar P, Chakrabarti A, Prasad GS, Singh P, Dogra S, Rudramurthy SM. β -Endorphin enhances the phospholipase activity of the dandruff causing fungi *Malassezia globosa* and *Malassezia restricta*. *Med Mycol*. 2017;55(2):150-154. doi: 10.1093/mmy/myw058.
18. Kamamoto CSL, Nishikaku AS, Gompertz OF, Melo AS, Hassun KM, Bagatin E. Cutaneous fungal microbiome: *Malassezia* yeasts in seborrheic dermatitis scalp in a randomized, comparative and therapeutic trial. *Dermatoendocrinol*. 2017;9(1):1361573. doi: 10.1080/19381980.2017.1361573.
19. Okokoy E, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, Ojo OA, Bakhoya VN. Topical antifungals for seborrheic dermatitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 2;(5):CD008138. doi: 10.1002/14651858.CD008138.pub3.
20. Paulino LC. New perspectives on dandruff and seborrheic dermatitis: lessons we learned from bacterial and fungal skin microbiota. *Eur J Dermatol*. 2017;27:4-7. doi: 10.1684/ejd.2017.3038.
21. Ramos-E-Silva M, Sampaio AL, Carneiro S. Red face revisited: Endogenous dermatitis in the form of atopic dermatitis and seborrheic dermatitis. *Clin Dermatol*. 2014;32:109-115. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.05.032.
22. Ruiz-Arriaga LF, Arenas R, Vega-Sánchez DC, Asz-Sigall D, Martínez-Velazco MA. Dermatitis: Three Novel Trichoscopic Signs and Its Correlation to *Malassezia* sp. Colonization. *Skin Appendage Disord*. 2019;5:288-292. doi: 10.1159/000497782.
23. Sanders MGH, Pardo LM, Ginger RS, Kiefte-de Jong JC, Nijsten TJ. Association between Diet and Seborrheic Dermatitis: A Cross-Sectional Study. *Invest Dermatol*. 2019;139(1):108-114. doi: 10.1016/j.jid.2018.07.027.
24. Schwartz JR, Messenger AG, Tosti A, et al. A comprehensive pathophysiology of dandruff and seborrheic dermatitis – towards a more precise definition of scalp health. *Acta Derm Venereol*. 2013;93(2):131-7. doi: 10.2340/00015555-1382.
25. Victoire A, Magin P, Coughlan J, van Driel ML. Interventions for infantile seborrheic dermatitis (including cradle cap). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Mar 4;3(3):CD011380. doi: 10.1002/14651858.CD011380.pub2.
26. Zani MB, Soares RC, Arruda AC, de Arruda LH, Paulino LC. Ketoconazole does not decrease fungal amount in patients with seborrheic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2016;175(2):417-214. doi: 10.1111/bjd.14501.

N.Yu. Reznichenko¹, G.I. Reznichenko¹, S.A. Smiian², Yu.G. Reznichenko¹

¹Zaporizhzhia State Medical-Pharmaceutical University

²Sumy State University

Seborrheic dermatitis: unique possibilities of vitamin therapy

In practical dermatology, the problem of seborrheic dermatitis is actively considered as the most common pathological condition among the population

Objective – to study the clinical effectiveness and safety of the use of the Natubiotin drug in the treatment of patients with seborrheic dermatitis.

Materials and methods. 150 patients with seborrheic dermatitis were included in the study. The control group included 50 healthy people of the same age. The severity of seborrheic dermatitis was determined using a scoring scale that included evaluation of the intensity of erythema, swelling, wetting, excoriations, peeling, and fattiness of the skin. The level of anxiety was estimated according to the Spielberg–Khanin self-esteem scale, the level of neuroticism – according to the diagnostic method of L.I. Wasserman. A survey was also conducted using the Beck scale for self-assessment of the severity of depression. Depending on the method of treatment, patients with seborrheic dermatitis were divided into two groups: I (experimental) –

100 patients who received *Natubiotin* drug in a dose of 5 mg once a day for 3 months; II (control) – 50 patients who underwent standard therapy.

Results and discussion. Additional inclusion of *Natubiotin* drug in the treatment regimen of seborrheic dermatitis ensured the recovery of 100 % patients with localization of the pathological process on the scalp and face. Only 5.3 % of patients with localization of seborrheic dermatitis on the trunk had slight scaling and fattiness of the skin. After the treatment with the inclusion of *Natubiotin* drug, the indicators of the point assessment of the severity of seborrheic dermatitis in patients of group I were significantly better than in group II that received standard therapy. The assessment of subjective symptoms such as itching and sleep disturbances were also significantly better after using *Natubiotin*. Vitamin therapy with biotin contributed to a significant reduction of state anxiety, depression and neuroticism in patients. The obtained data indicate the high effectiveness of *Natubiotin* for the treatment of seborrheic dermatitis.

Conclusions. The course of seborrheic dermatitis is accompanied by high personal and state anxiety, increased neuroticism and tendency to depression. Therapy of seborrheic dermatitis with the use of *Natubiotin* is justified and appropriate, as it provides a quick and longlasting clinical effect, normalization of the skin condition and improvement of the psychogenic state of patients. The obtained results give reason to recommend the widespread use of *Natubiotin* drug for the treatment of seborrheic dermatitis.

Keywords: seborrheic dermatitis, vitamin therapy, biotin. □

Дані про авторів:

Резніченко Наталія Юріївна, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини

<http://orcid.org/0000-0002-5448-7833>

69065, м. Запоріжжя, вул. Дудикіна, 9

E-mail: n.reznichenkog@gmail.com

Резніченко Галина Іванівна, д. мед. н., проф. кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини

<http://orcid.org/0000-0002-5721-622X>

Сміян Світлана Анатоліївна, к. мед. н., доц. кафедри акушерства, гінекології та планування сім'ї

<http://orcid.org/0000-0002-7679-2302>

Резніченко Юрій Григорович, д. мед. н., проф. кафедри госпітальної педіатрії

<https://orcid.org/0000-0003-1534-0326>

О.Є. Федоренко, С.В. Іванов, В.І. Степаненко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Сучасні клініко-епідеміологічні особливості проявів деяких комунікативних інфекційних зооантропонозних екзантем у часи війни

Мета роботи — проаналізувати сучасні клініко-епідеміологічні особливості емерджентних зооантропонозів, правові та організаційні заходи забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення України в умовах воєнного часу та ведення активних бойових дій на значній площі півдня та сходу країни.

Матеріали та методи. Здійснено аналітичний огляд низки наукових публікацій, присвячених вивченню захворювань населення на зоонози, що супроводжувались появою на шкірі екзантем. Також розглянуто державні законодавчі акти з питань забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя громадян України у воєнний час. Пошук інформації проведено в медичних базах даних PubMed, Elsevier, High Wire Press, Google Scholar за період 2000—2022 рр. за термінами каталогу медичної тематики, предметними заголовками з ключовими словами: «дерматозоонози», «екзантема», «epidemiology», «morbidity», «outbreak»; вивчено метааналізи та огляди відповідної літератури. У роботі наведено принципи наукового підходу до оптимізації профілактичних і протиепідемічних заходів боротьби з інфекційними зоонозними хворобами, який має сприяти максимально раціональному використанню в умовах війни законів класичної епідеміології з метою підвищення практичної ефективності діяльності протиепідемічної та дерматологічної служб МОЗ України.

Результати та обговорення. Складна соціально-економічна ситуація воєнного стану, вимушеного масового переселення створила досить сприятливі умови для підвищення рівня захворюваності населення на інфекційні зоонозні хвороби, включаючи їхні цілком реальні спалахи на окремих територіях поблизу фронту. У статті описано методичні та діагностичні підходи, специфічні епідеміологічні принципи та дерматологічні критерії побудови дієвих заходів боротьби із зоонозними хворобами. Дано фахове обґрунтування ролі і місця кожного з них при різних інфекційних захворюваннях з урахуванням положень загальної епідеміології та традиційної дерматологічної семіотики.

Висновки. Принципи обов'язкової комплексності та кваліфікованого впливу на основну ланку епідемічного процесу мають велике значення у боротьбі з різними групами інфекційних захворювань. Їхнє клінічно обґрунтоване тачасно адміністративно здійснене застосування необхідне для досягнення цілей ерадикації, елімінації та контролю за інфекційними хворобами. В Україні існує достатня нормативно-правова база з питань належного забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення. Для запобігання поширенню наявних або потенційних інфекційних агентів, зокрема емерджентних збудників, необхідні розробка та удосконалення вже наявного плану реагування на надзвичайні ситуації, подальший розвиток інфраструктури системи охорони здоров'я, зокрема створення багаторівневої мережі діагностичних лабораторій та інтегрованої системи епідеміологічного нагляду. Пропонується збільшити розгалуженість мережі закладів, спроможних проводити ідентифікацію збудників зоонозів, госпіталізацію як вже хворих, так і осіб з підозрою на захворювання в умовах, що забезпечить їхню ізоляцію та належне лікування, розробити конкретні рекомендації щодо попередження поширення збудників з різними шляхами передачі. Завданням таких центрів має стати комплексність епідеміологічних, діагностичних та лікувально-профілактичних заходів, які потрібно фахово і оперативно здійснювати. Також одне з головних місць має посідати перепідготовка лікарів різних спеціальностей (епідеміологів, лікарів загальної практики — сімейної медицини, дерматологів) з актуальних питань епідеміології за зоонозами.

Ключові слова

Екзантеми, шкірні прояви інфекцій, епідеміологія, зоонози, інфекційні захворювання.

Поширюючись із різною інтенсивністю в окремих частинах світу, інфекційні хвороби як своєрідний індикатор висвітлюють низку соціальних і економічних проблем багатьох країн, посилюють прояви соціальної нерівності, спричиняють поширення майнової дискримінації, збільшують напруженість відносин між економічно розвиненими країнами та країнами, що розвиваються [7, 15].

На сьогодні система охорони громадського здоров'я у нашій країні перебуває в дуже складних умовах. 24 лютого 2022 р. Президент підписав Указ № 64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні», який був підтриманий Верховною Радою. Непередбачувані умови, що вже до цього склалися внаслідок пандемії COVID-19, значною мірою доповнилися через негативний вплив широкомасштабної агресії московії. Найважливішими серед проблем, що постали на сучасному етапі функціонування та подальшого розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, є організаційно-економічні та профілактичні заходи стосовно можливого спалаху низки інфекційних патологій. Прямим юридичним підтвердженням цього є наказ МОЗ України № 458 від 10.03.2022 р., що ґрунтується на більш ранньому Розпорядженні Кабінету Міністрів України від 24.02.2022 № 179 про єдину державну систему цивільного захисту і приведення її у готовність до виконання завдань за призначенням в умовах воєнного стану та Плану цивільного захисту України в особливий період [8].

Нині однією із основних причин зростання смертності внаслідок збільшення кількості осіб із соціально небезпечними хворобами (ІПСШ, СНІД, туберкульоз), безперечно, треба визнати погіршення загального стану здоров'я населення, що зокрема відображається в підвищенні загального рівня його захворюваності. В існуючих умовах ця тенденція стосується всієї інфекційної патології, стан якої суттєво погіршився через вимушену міграцію величезних верств цивільного населення нашої країни. Одним із основних завдань позитивного вирішення нагальних оперативних проблем щодо управління медичною сферою в умовах війни є вимушена переорієнтація від політики комплексного лікування до політики зміцнення й збереження здоров'я і запобігання інфекційним захворюванням [11].

Вітчизняна система епідеміологічного нагляду в цей важкий період є складно організованою, багаторівневою цілісною системою, що забезпечує лише частковий контроль за існуванням, відтворенням та поширенням паразитичних мікроорганізмів серед широких верств населення. На сьогодні в Україні існують об'єктивні перед-

умови значного погіршення епідемічної ситуації щодо інфекційних захворювань. Так, процеси, що відбувалися у соціальній, економічній і політичній сферах протягом 2022 р., негативно позначилися на рівні медичної допомоги та стані імунпрофілактики, зумовили вимушену масову міграцію населення. Також, на превеликий жаль, різке зростання цих міграційних процесів призвело до вимушеного через обставини підвищеного хаотичного контакту населення зі свійськими, частково здичавілими та дикими тваринами, які є основним резервуаром та джерелом зооантропонозних інфекцій [10].

Важливим аспектом оптимізації організації медичної допомоги особам з інфекційними захворюваннями є активна участь сімейних лікарів, оскільки така особа первинно звертається переважно саме до них. Після первинного огляду пацієнтів з висипкою на шкірі необхідно в максимально скорочений термін виявити та уточнити інфекційний характер такої екзантеми. Від цього залежить не тільки вибір адекватного лікування, але й своєчасність та дієвість протиепідемічних заходів, які упереджують подальше поширення таких контагіозних захворювань. У наказі МОЗ України № 528 для лікарів загальної практики наведено порядок і об'єм забезпечення медичних маршрутів пацієнтів з інфекційною патологією при різних нозологічних формах та стадіях захворювань як для дорослих, так і для дітей. Він охоплює первинну діагностику, обов'язкове термінове направлення до спеціалістів (інфекціоністів і дерматовенерологів) для дообстеження та корекції лікування у разі його неефективності, організацію та контроль призначеного лікування, а також, за необхідності, надання невідкладної медичної допомоги, проведення термінової госпіталізації, участь у профілактичних і реабілітаційних заходах. Це і є на сьогодні організаційно-юридичною основою організації медичної допомоги таким хворим в Україні [5].

У структурі інфекційної патології значну питому вагу мають захворювання, в клінічній картині яких домінуючим клінічним симптомом є екзантема, що має важливе, а іноді й вирішальне значення в розпізнаванні хвороби та проведенні диференційного діагнозу з метою клінічної верифікації діагнозу. Оцінку характеру шкірних змін та визначення їхньої інфекційної патогномонічності переважно належить здійснювати дерматологам, оскільки за відсутності виражених клінічних проявів хвороби (легкі, стерті форми) або у разі подальшого розвитку загально-інфекційного синдрому власне сама поява певної висипки на шкірі і є головною причиною звернення до лікаря. Тож оволодіння диференційною

діагностикою шкірної патології набуває в наш час особливої актуальності, що пов'язано з появою нових інфекційних патологій з висипками у дебюті чи в динаміці захворювання (ієрсиніоз, кліщовий бореліоз), зміною їхнього клінічного перебігу та особливо уразливих контингентів при деяких давно відомих хворобах, а також через поширення алергійних та токсико-алергійних (зокрема медикаментозних) уражень шкіри у дітей та дорослих [17].

Отже, під час огляду лікарем будь-якого пацієнта з висипкою на шкірі необхідно у максимально короткий термін верифікувати інфекційний характер екзантеми, оскільки від цього залежить не тільки вибір адекватного лікування, але й своєчасність та дієвість протиепідемічних заходів, які мають упереджувати подальше поширення контагіозних захворювань. Важлива роль в оцінці екзантеми як симптому того чи іншого інфекційного захворювання належить епіданамнезу: контакт у недалекому минулому з особою із відповідною хворобою, відомості про її наявність у пацієнта в минулому та ризик рецидиву хвороби з урахуванням напруженості постінфекційного імунітету та інших чинників епізоотодеміології*. При цьому варто зважати, що ураження шкіри людини доволі часто є єдиним проявом такого захворювання [14]. Тож нам здається цілком слушною думка про те, що з огляду на значну екологічну мінливість сучасного довкілля, різноманіття нових та мутації «старих» інфекцій, у ці складні воєнні часи можливі похибки в алгоритмі встановлення правильного діагнозу та призначенні адекватного лікування [16].

Наразі у світі ідентифіковано понад 500 інфекційних захворювань власне у самих тварин. Загальновідомі пандемії грипу птиці (курей) (кінець 2020 р., новий серотип H8N5), «хвороба шалених корів» (БРХ), хвороба свиней (PMWS) тощо. Близько двох третин усіх інфекційних захворювань людини і становлять ці 150 зооантропонозів — спільних інфекцій людини і тварин. Наразі такою актуальною проблемою є вирослідження поширення саме тваринами пандемії вірусу SARS-CoV-2, спалах епідемії вірусу віспи мавп тощо. Серед цього різноманіття виокремлюють 69 зооантропонозів, що у той чи інший спосіб уражають шкіру людини, зумовлюючи не лише великі психосоматичні, але й соціальні та економічні проблеми в суспільстві.

На жаль, протягом останніх десятиріч стало відчутним зростання значущості для громадсько-

го здоров'я емерджентних зоонозних інфекцій. Саме поняття «емерджентні інфекційні хвороби» з'явилося наприкінці 80-х років минулого століття. За наступних десять років вони перетворилися на одну з головних проблем системи охорони суспільного здоров'я. Науковців дивують не стільки масштаби поширення цих інфекцій, скільки непередбачувані особливості їхнього розвитку. Емерджентні інфекції, емерджентні збудники — це хвороби і збудники, які виникли або проявили себе раптово чи несподівано, зазвичай спочатку невідомі і незрозумілі, і саме цим вони зумовили появу та подальший дуже швидкий розвиток надзвичайних епізоотичних ситуацій, здебільшого з дуже напруженим клінічним перебігом та вкрай негативними психологічними наслідками для хворих. До них належать як нові і раніше невідомі медичній науці інфекції (вірусна геморагічна хвороба кролів, репродуктивно-респіраторний синдром свиней), так і вже добре відомі хвороби в нових, змінених формах своїх клінічних проявів та перебігу (лістеріоз як харчова інфекція), що перейшли на нові види чутливих до них тварин (везикулярна хвороба і висип свиней, губчаста енцефалопатія ВРХ). Це можуть бути і нові, невластиві нозоареали (лихоманка долини Ріфт у Єгипті, американський м'яз у Північній Африці). Можливе повернення старих, раніше вже майже переможених і контрольованих захворювань, що знову раптово і несподівано поширилися (туберкульоз) [7].

На сьогодні вже ідентифіковано близько 200 видів збудників емерджентних інфекцій, які в 75 % випадків є спільними для тварин і людини. Їхнє суттєве поширення протягом кількох останніх років зумовило досить напружену епізоотичну ситуацію у світі та на кордонах України. Зокрема, в країнах Європи зареєстровано цілу низку таких інфекцій: катаральну лихоманку овець (блутанг), африканську чуму свиней, високопатогенний грип птахів, репродуктивно-респіраторний синдром свиней, сказ — більше ніж у 110 країнах світу, а у Румунії та південних регіонах московії — навіть спалахи лихоманки Західного Нілу. До згаданих вище емерджентних зоонозів також зараховують ортоміксовірусні грипозні інфекції, хворобу Ньюкасла, вірусну везикулярну хворобу свиней, сапронози (ешеріхіоз, кампілобактеріоз, лістеріоз), лептоспіроз, харчові сальмонельози, вірусну геморагічну хворобу кролів. Останнім часом в Україні реєстрували такі емерджентні хвороби, як високопатогенний грип птиці, репродуктивно-респіраторний синдром, цирковірусна хвороба свиней та африканська хвороба свиней. Частково цьому могло сприяти те, що територією України про-

* Епізоотодеміологія — галузь медичної науки, що вивчає об'єктивні закономірності процесів виникнення, розвитку, поширення та згасання хвиль інфекційних захворювань тварин, небезпечних для людей.

ходять три головних шляхи міграції птахів, які охоплюють понад 239 видів, у зв'язку з чим Азово-Чорноморський регіон та басейни річок Дніпро, Буг і Дністер є потенційними зонами ризику виникнення та значного поширення грипу птиці, зокрема високопатогенного, а також хвороби Ньюкасла, африканських вірусних лихоманок та енцефалітів. Разом із цим захворюваність людей на харчові токсикоінфекції тваринного походження за останніх 4 роки збільшилася майже втричі — до 115 осіб на 100 тис. населення. Однак найтривожнішим є те, що мутації патогенних вірусів відбуваються дуже стрімко, їхня вибухова еволюція йде навіть на рівні одного індивідуума під час хвороби. Можливо, існують певні умови, що прискорюють еволюційну мутацію вірусів, завдяки усуненню яких можна запобігти розвитку чергової вірусної епідемії-пандемії. Одна з таких умов — випадкова чи свідомо концентрація в якомусь певному місці якомога більшої кількості найрізноманітніших патогенних, непатогенних і умовно-патогенних збудників. Окрім того, необхідна достатня кількість живих носіїв, у яких віруси будуть еволюціонувати, при цьому не вбиваючи їх швидко. Об'єкти ці мають бути підвищено чутливими (компетентними) до вірусів та інших інфекційних збудників. Для цього в організмі таких носіїв мають бути максимально пригнічені всі системи протидії, в яких найважливішою, але далеко не єдиною, є імунна система. Наявність перерахованих вище чинників зумовлює формування цілих полігонів розвитку різноманітних інфекцій. І на це звертали увагу українські лікарі ще до початку широкомасштабної агресії московії [6].

Ще одним незаперечним свідченням цілковитої серйозності такої ситуації є сам факт проведення 21 липня 2022 р. вже другого засідання Комітету ВООЗ із реагування на надзвичайні ситуації у рамках Міжнародних медико-санітарних правил щодо спалаху в багатьох країнах захворювання, спричиненого вірусом віспи мавп. Комітет ВООЗ визначив цю подію як надзвичайну ситуацію міжнародного значення для громадського здоров'я (PHEIC) і запропонував Тимчасові рекомендації: <https://www.who.int/health-topics/monkeypox>. Основою такого занепокоєння є факт-повідомлення про 28753 підтверджених (зокрема 5 летальних) випадків інфекції, спричиненої вірусом віспи мавп, у людей із 86 країн у шести регіонах ВООЗ (Африка, Америка, Східне Середземномор'я, Південно-Східна Азія, Європа та Західна частина Тихого океану). ВООЗ вирішила тимчасово ігнорувати наявні відмінності між ендемічними та неендемічними країнами для прискорення пошуку необхідної

єдиної відповіді на спалах інфекції, спричиненої вірусом віспи мавп (інфекції МРХВ): <https://map.monkeypox.global.health/country>. Більшість (99 %) випадків зареєстровано із травня 2022 р. (в Європі — 67,9 %, в Америці — 30 %). Клінічна картина лабораторно підтверджених випадків цього спалаху була різною. Багато з них не мають класичної клінічної картини. Тим не менше лабораторне підтвердження лише одного випадку інфекції, спричиненої саме вірусом віспи мавп, слід вважати спалахом у країні. Значна частина населення Європи, а отже, і України, вразлива до вірусу віспи мавп, оскільки вакцинація проти віспи (яка може забезпечити певний захист від віспи мавп) була припинена у 80-х роках минулого століття. Лише незначну кількість військових, прифронтових медиків та працівників лабораторій було щеплено проти віспи протягом останніх років. Наразі, враховуючи великі обсяги зовнішньої та внутрішньої вимушеної міграції, поширення віспи мавп на нашій території є доволі вірогідним [3].

Актуальною є також інформація щодо випадків лептоспірозу. За даними ВООЗ, він належить до найпоширеніших зоонозних захворювань у всьому світі та характеризується тяжким клінічним перебігом і високою летальністю. Проблему зниження такого роду інфекційної захворюваності людей і тварин у нашій державі можна вирішити тільки за умови глибокого вивчення природи лептоспірозу. Україна за своїми клімато-географічними особливостями належить до територій з високим ризиком поширеності лептоспірозу. Висока смертність, тривале зниження якості життя, економічні та соціальні збитки спричинили підвищення уваги до лептоспірозу як до важливої медико-соціальної проблеми. Серед особливо небезпечних природно-вогнищевих хвороб саме лептоспіроз залишається єдиною зоонозною інфекцією, яку щороку реєструють на всіх адміністративних територіях України серед дітей і дорослих [1].

Матеріали та методи

Згідно із вченням академіка Л.В. Громашевського про епідемічний процес [2] та враховуючи стійку уяву американських військових епідеміологів про ланцюг передачі інфекційних захворювань (the chain of disease transmission) [19], поширення збудників інфекційних захворювань відбувається тільки за наявності та одночасної взаємодії трьох рушійних сил епідемічного процесу: джерела інфекції (донора, резервуара — збудника інфекційного захворювання), механізму передачі збудника інфекційного захворювання та чутливого організму. Л.В. Громашевський ці рушій-

ні сили епідемічного процесу назвав первинними, тому що вони безпосередньо відповідають за поширення збудників і виникнення спалахів інфекційних захворювань у суспільстві. У той же час природні та соціально-економічні умови (living standards), в яких відбувається цей процес, він називав вторинними рушійними силами. У зарубіжній науковій літературі їх ототожнюють з факторами ризику виникнення тієї чи іншої хвороби [20]. Шляхами передачі збудників інфекції можуть бути аліментарний, респіраторний, трансмісивний та контактний, а за етіологією це бактеріози, вірози, мікоплазмози, рикетсіози, хламідіози, мікози, мікотоксикози, гельмінтози, акаринози, протозоозози [7, 20].

Науково обґрунтовані протиепідемічні заходи для боротьби з інфекційними хворобами включають різнопланові специфічні та неспецифічні заходи проти всіх трьох первинних ланок епідемічного процесу. Кожна людина може бути потенційним джерелом збудників інфекційних захворювань, вектором їхньої передачі та чутливим організмом щодо їхнього подальшого розвитку. Залежно від природи джерела інфекції усі комунікативні інфекційні захворювання поділяють на: а) антропоозні; б) зооозні; в) сапроозні.

Комунікативні захворювання мікробної етіології можуть спричинити епідемії та пандемії, які одночасно є і суттєвими соціальними катастрофами. При цьому вони зумовлюють найбільші та безповоротні суспільні втрати. Їх слід передбачати, як і наслідки природних чи антропогенних катастроф, коли також різко погіршуються соціально-економічні та природні умови проживання населення. Беззаперечно, що в кожному регіоні світу чи країні в організмах живих істот постійно циркулюють окремі види мікроорганізмів з певним спектром антибіотикочутливості чи резистентності. У разі виникнення надзвичайних ситуацій і за відповідного збігу обставин вони майже миттєво можуть стати причиною спалахів комунікативних інфекцій. Через зовнішню та внутрішню вимушену широкомасштабну агресію московії та міграцію великих верств населення цей факт треба за можливості заздалегідь врахувати, плануючи та проводячи рятувальні роботи та ліквідовуючи наслідки таких медичних надзвичайних ситуацій.

Будь-який інфекційний спалах-катастрофа, незалежно від її виду, своїми чинниками буде вкрай негативно впливати як на первинні, так і на вторинні рушійні сили епідемічного процесу, активізуючи та погіршуючи його клінічний перебіг і збільшуючи негативні наслідки. До цього об'єктивно будуть також призводити такі чинники:

- раптове руйнування житла та інфраструктури населених пунктів, порушення набутого укладу життя з дотримання правил особистої та комунальної гігієни;
- скупченість та незадовільні житлово-санітарно-побутові умови у місцях тимчасового розселення та проживання біженців (табори біженців), постраждалих і персоналу МНС;
- порушення системи водопостачання, умов приготування, прийому, зберігання готової їжі унеможлиблює дотримання правил особистої гігієни, призводить до виникнення та поширення спалахів кишкових інфекцій і харчових отруєнь;
- вимушене через війну переселення та масова міграція населення в інші регіони спричиняє виникнення та поширення нових для даної місцевості інфекційних захворювань;
- руйнування в зоні обстрілів лікувально-профілактичної та санітарно-протиепідемічної інфраструктури фактично нейтралізує існуючі системи та програми боротьби з інфекційними хворобами;
- переміщення-міграція домашніх та диких тварин, джерел та векторів зооозів призводить до підвищення частоти зооозних захворювань — лептоспірозу, туляремії, сибірки, бруцельозу та інших спільних для людей і тварин патологій;
- негативні зміни навколишнього середовища, виведення з ладу системи ветеринарно-санітарного нагляду спричиняють збільшення популяцій гризунів, кровососних комах — джерел та векторів передачі збудників зооозних і трансмісивних захворювань;
- руйнування системи санітарної очистки населених пунктів, видалення та вчасного знешкодження відходів людської життєдіяльності, побутового сміття. Знову набуває значення мушиний фактор у поширенні кишкових інфекцій.

І нарешті, будь-які катастрофи, епідемії, пандемії суттєво змінюють і погіршують психологічний стан населення уражених регіонів, знижують самооцінку якості власного життя, зменшують їхній самоконтроль за особистою поведінкою, дотриманням правил особистої гігієни та самозахисту уражених людей.

Про це прямо говориться в навчальному посібнику Центру і школи медичного департаменту армії США. У його 100-му випуску зазначено, що більшість солдат гине не від зброї, а внаслідок несприятливих санітарних умов та через відсутність можливості дотримуватись правил особистої гігієни [19].

Залежно від того, що переважає у клінічній картині захворювання — загальна патологія чи локальна шкірна симптоматика, в клінічному

описі доречно робити поділ на власно дерматологічні хвороби (справжні дерматозооантропонози) та групу зоонозів, що проявляються власне лише появою екзанта на шкірі та слизових оболонках.

Результати та обговорення

Розглянемо найбільш актуальні для України шкірні зооантропонози, епідеміологію та клінічні вияви цих шкірних дерматозоонозів.

Еризипелюїд (свиняча рожа — бешиха). Збудник — *Bact. rhusiopathiae suis*, найчастіше вражає свиней, але джерелом інфекції можуть бути і багато інших тварин. Людина інфікується переважно у разі потрапляння збудника на пошкоджену шкіру рук або ніг. Хвороба значно поширена, особливо серед м'ясників, мисливців, ветеринарів. Інкубаційний період становить від 1 до 7 днів, частіше — 2–3 дні. Розрізняють шкірну, шкірно-суглобову, суглобову та генералізовану форми. У переважній більшості інфікованих хвороба виявляється у вигляді обмеженої шкірної форми на пальцях верхніх кінцівок, де виникає свербляча та болюча підвищена цятка рожево-червоного кольору. У разі дисемінації процесу рожеолі утворюються і на інших ділянках тіла, виникає регіональний лімфаденіт, можливі реактивний артрит, ерозії, а іноді і виразки (рис. 1). Зазвичай тривалість захворювання не перевищує 1–2 тиж [9].

Вузлики доярок. Збудник — ДНК-вмісний вірус коров'ячої віспи. Шлях зараження — контактний. Захворювання виявляють всюди, де є тваринництво, і має переважно професійний характер — зазвичай виникає у доярок. Тривалість інкубаційного періоду — до 3 тиж, частіше — 3–10 днів. Найхарактерніша ознака — поява на шкірі рук рожеолі, яка через 1–2 дні перетворюється на щільну безболісну папулу з пупковидним западанням (рис. 2). Існує протягом 4–10 тиж. Реєструють регіональний лімфаденіт. Регресія папули відбувається повільно, протягом 2–3 тиж, з утворенням кірочки, на місці якої залишається пігментна пляма.

Папіломавірусна інфекція (HPV). Збудники — папіломавіруси кількох серотипів. Шлях передачі — переважно контактний. У домашньої худоби найчастіше уражаються молочні залози та статеві органи. Потрапляючи на шкіру та слизові оболонки людини, HPV локалізується у клітинах базального шару епідермісу та згодом індукує їхню надмірну проліферацію, що й призводить до утворення розростань. Окремі серотипи HPV спричиняють розвиток клінічно відмінних папіломатозних утворень (рис. 3.). Так, 1-й та 4-й типи зумовлюють підошовні бородавки (гузки), 2-й —

бородавки на руках, 7-й — так звані папіломи м'ясників, 6-й та 11-й — гострокінцеві конділоми та папіломи гортані, 13-й — вогнищеву гіперплазію слизової оболонки порожнини рота, а 3, 5, 8–10-й, 12-й та 14-й типи — пласкі бородавки (гузки) та бородавчату епідермодисплазію.

Найчастішим клінічним виявом зоонозного HPV є гострокінцеві аногенітальні конділоми. Інкубаційний період триває 1–9 міс. Спочатку (частіше у місцях підвищеної зволоженості) виникають крапкоподібні поодинокі рожеві, іноді із сірим відтінком папули. Вони розростаються, зливаючись між собою та утворюючи вегетації із дрібночастковою поверхнею, яка нагадує цвітну капусту або гребінь півня. Ці розростання є м'якими та мають вузьку ніжку. Навколишня слизова оболонка чи шкіра не змінена, але під впливом тертя самі конділоми та оточуючі ділянки набувають яскраво-червоного кольору, виникають мацерації, гній із неприємним запахом, можливе утворення ерозій та виразок. У давніших випадках розростання настільки величезні, що нагадують пухлину. Дрібні гострокінцеві конділоми не зумовлюють появи суб'єктивних відчуттів, але у разі розвитку запалення можливе відчуття печіння та болючості.

Мікози

Тварини здатні інфікувати людину дерматофітмами (трихомікози), дріжджоподібними (кандидози) та пліснявими грибами (мікроміцетози).

Зооантропонозні трихофітія та мікроспорія мають поверхневу та інфільтративно-нагноювальну форми. Збудники — *Tr. Mentagraphytes*, *Tr. verrucosum*, *M. canis*, *M. felineum (lanosum)*. Останніми роками інфільтративно-нагноювальна трихофітія обличчя (*Sycosis parasitidis*) та волосистої частини голови (*Karyon celsi*) набули серед зоомікозів значного поширення.

Фавус (парша). Збудником є зоофільний *T. quinckeanum et galline*. Зустрічається у скутулярній, сквамозній та імпетигінозній формах на шкірі (рис. 4), а також уражає вісцеральні органи та нігті. Маніфестації передують тривалий або постійний контакт з тваринами чи птахами (кури, гуси, качки, індички).

Кандидози. Збудником захворювання є дріжджоподібні гриби роду *Candida*. На підставі результатів досліджень, проведених у рамках «Ахіллес-проект України», можна стверджувати, що зі 150 видів *Candida* патогенними є лише 11 штамів (*albicans* — 95 %, далі — *tropicalis*, *krusei*, *stellatoidea*, *parapsilosis*, *quilliermondii*, *pseudotropicalis* etc.). Джерелом розвитку кандидозу можуть бути інфіковані чи хворі тварини. У людини вражаються власно гладка поверхня та великі

складки шкіри, інтєртригінозні місця, слизові оболонки (рис. 5). Дуже торпідний перебіг мають зоомікотичні паронімії та оніхії, особливо у випадках асоціації двох та більше видів *Candida*. Як вже було доведено у рамках «Ахіллес-проект України», наявність у вогнищі *C. albicans* та *tropicalis* набагато збільшує патогенність і токсичність клінічного перебігу [14].

Мікроміцетози. Плісняві гриби досить поширені у ґрунті та на рослинах, звідки потрапляють до тварин. Цей вид мікозу особливо часто виникає у сільських мешканців та працівників ферм, які постійно контактують з тваринами та продуктами їхньої переробки. Найбільш значущими є гриби порядку *Moniliales*, а серед них — рід *Aspergillus* (види: *fumigatus*, *flavus*, *niger*, *nidulans* etc.). Аспергільоз бджіл ще називають кам'яним розплідом, оскільки його збудниками є плісняві гриби кількох видів (*A. flavus*, *A. fumigatus* та *A. niger*). Збудник аспергільозу патогенний для всіх порід бджіл та їхнього розпліду. Хворіють як личинки, так і бджоли різного віку, їхня загибель та муміфікація настають через 2–4 доби після зараження. У разі порушення комплексу протиепідемічних ветеринарно-санітарних заходів на пасіці до людей можуть потрапити також уражені спорами та амфлотоксинами продукти бджільництва.

Демодекози. Дерматоакаринози — важливі спільні інвазійні хвороби тварин і людини, збудниками яких є кліщі роду *Demodex*. Кожний конкретний вид тварин уражає кліщ певного різновиду: собаки — *Demodex canis*, велика рогата худоба — *D. bovis*, вівці — *D. ovis*, кози — *D. caprae*, свині — *D. phylloides*, коні — *D. equi*. Людина чутлива до всіх цих збудників, але найбільш специфічними для неї є *D. folliculorum* та *D. brevis*. Людина інфікується під час контакту з хворою твариною. Інкубаційний період може бути тривалим. Зазвичай уражається шкіра, насамперед волосистих ділянок тіла, потім обличчя, тулуба. Виникають плями, папули, пустули на еритемо-сквамозному та дещо набряклому тлі (рис. 6). Уражені сальні залози та волосяні фолікули закупорені. Хвороба має хронічний перебіг із сезонними рецидивами.

Пустульозний контагіозний дерматит. Збудник — ДНК-вмісний вірус сімейства *Pox-viridae*. Шлях ураження — контактний, найчастіше зустрічається у районах традиційного вівчарництва. Інкубаційний період становить 3–6 днів. Основні клінічні ознаки — поодинокі, зазвичай розташовані на руках чи обличчі мацеровані вузлики, які згодом перетворюються на пустули, діаметр яких може досягати 3 см. У центрі виникає заглиблення, яке вкривається тонким струпом

спочатку сірого, а згодом — коричневого кольору (рис. 7). Папули та пустули зберігаються впродовж 3–6 тиж, після відпадання кірочок можуть утворюватися дрібні білісуваті рубці. Прогноз не завжди сприятливий — можливі генералізація та виникнення церебральної симптоматики.

Хвороба котячих подряпин (доброякісний лімфоретикульоз, феліноз). Збудник — деякі підвиди *Bartonella* (*B. henselae*, *B. clarridgeiae*). Зараження настає після подряпин та укусів котів. Інкубаційний період становить 2–3 тиж. Хвороба зазвичай починається гостро, з лихоманки до 39 °С, що триває до 2 тиж. Характерним є головний та м'язовий біль. У місцях проникнення збудника виникає безболісна розеола, а потім папула, везикула чи пустула з подальшим (через 5–50 днів) розвитком регіонарного лімфаденіту (рис. 8). Можливе нагноєння лімфатичних вузлів з утворенням норниць, загоєння яких триває 2–3 міс.

Лейшманіоз шкірний (хвороба Боровського). Збудник — найпростіші *Leishmania tropica major*, які спричиняють гострий некротизуючий сільський або зоонозний тип хвороби. Шлях зараження — трансмісивний, через москітів *Phlebotomus*. Для зоонозного типу характерний відносно короткий інкубаційний період — 2–3 тиж. Зазвичай на відкритих ділянках тіла виникають конічні горбки з широкою підставою червоноціанотичного кольору з буруватим чи жовтуватим відтінком, тістуватої консистенції. Надалі елементи збільшуються та через 1–3 міс трансформуються, утворюючи виразки з нерівними краями і дном та рясним серозно-гнійним ексудатом, що нашаровується щільними кірками (рис. 9). Навколо формується пастозний інфільтрат рожево-ціанотичного відтінку, під яким пальпуються тяжі запалених лімфатичних судин і так звані чотки вторинних лейшманіом. Хвороба закінчується через 3–8 міс утворенням рубців та формуванням стійкого імунітету.

Епідеміологія та клініка зооантропонозів з екса- та енантемами

Клінічна картина цих хвороб у своєму різноманітті поєднується з порушенням загального стану та суто шкірними виявами, причому взаємопоєднання та взаємовплив цих симптомів залежить від багатьох факторів.

У цьому контексті стисло розглянемо шкірні прояви при особливо небезпечних зоонозах, інфекціях середньотяжкого перебігу та хворобах, що зазвичай мають легкий перебіг, а також при гельмінтозах.

Віспа мавп. Вірусне зоонозне захворювання, клінічно подібне до натуральної віспи людини.

Етіологічно належить до поксвірусних інфекцій (*Ortopoxvirus*), що передаються людині переважно від таких диких тварин, як гризуни і примати. Інфікування в індексних випадках відбувається внаслідок прямого контакту з кров'ю, біологічними рідинами, а також ураженою шкірою або слизовою оболонкою інфікованих тварин. Вторинна передача, або передача від людини людині, відбувається в результаті тісного контакту з інфікованими виділеннями з дихальних шляхів, пошкодженнями шкіри інфікованої людини або з предметами, контамінованими біологічними рідинами чи матеріалами з осередків ураження хворої людини. Інкубаційний період віспи мавп зазвичай становить від 6 до 16 днів, але може коливатися від 5 до 21 дня. Клінічні вияви можна розділити на два періоди: період інвазії (0–5 днів), що супроводжується гарячкою, сильним головним болем, збільшенням лімфатичних вузлів, болем у спині, м'язах і вираженою астеною (слабкістю), та період висипки (через 1–3 дні після появи лихоманки). Спочатку вона виникає на обличчі (в 95 % випадків) і потім поширюється на інші частини тіла (в 75 % випадків на долоні та ступні) (рис. 10). Висипка проходить кілька етапів розвитку — від макулопапул до везикул і пустул, які приблизно через 10 днів вкриваються кірочками. До повного зникнення кірочок може пройти 3 тиж. У деяких пацієнтів перед появою висипки розвивається тяжка лімфаденопатія, яка є характерною ознакою віспи мавп порівняно з іншими схожими захворюваннями. Специфічні види лікування або вакцини від віспи мавп відсутні, проте спалахи цього захворювання піддаються контролю. Ефективність вакцинації проти натуральної віспи для профілактики віспи мавп у минулому досягала 85 %, однак після повної ліквідації натуральної віспи у всьому світі ця вакцина більше недоступна для основної частини населення. Проте наявність вакцинації від натуральної віспи в минулому може сприяти менш тяжкому перебігу захворювання. Єдиним способом зменшення кількості інфекцій серед людей є підвищення обізнаності щодо факторів ризику і просвітницькі заходи серед населення, які можуть бути вжиті з метою обмеження контактів з вірусом. Для боротьби зі спалахами найважливіше значення мають заходи епідагляду та оперативне виявлення нових випадків захворювання [3].

Сибірка. Збудник — *Bac. anthracis*, здатний упродовж необмеженого часу зберігати свої патогенні властивості, перебуваючи в доквіллі. Людина інфікується під час контакту з хворою твариною, її трупом чи з інфікованим збудником ґрунтом, після вживання інфікованих продуктів,

користування речами з тваринницької сировини, а також аспірацій ним та трансмісивним шляхом. Інкубаційний період зазвичай становить 2–3 дні. У звичайних умовах у 95–97 % заражених хвороба має локалізовану шкірну форму, яка характеризується гострим початком, появою на шкірі червоної плями, що поступово перетворюється на виразку, вкриту темною кіркою-струпом та оточеною зоною гіперемії з вінчиком вторинних виразок по периферії — «оксамитове намисто» (рис. 11). Характерними є безболісний різкий набряк, почервоніння м'яких тканин навколо виразки та регіональний лімфаденіт. Наприкінці першої доби хвороби виникає лихоманка до 40 °С, яка зберігається протягом 5–7 днів, відторгнення струпу закінчується до 4-го тижня. За шкірної форми летальність зазвичай не перевищує 2–3 %. У диференційному плані від сибірки треба відрізнити віспоподібний рикетсіоз — теж доволі тяжкий і важливий, але маловідомий в Україні зооноз.

Сап. Збудник хвороби — *Bacter. mallei*. Захворювання носить професійний характер — виникає у скотарів, ветеринарів тощо. Шляхи передачі — контактний, аспіраційний та аліментарний. Розрізняють гострий та хронічний перебіг захворювання. При гострому сапі інкубаційний період становить 4–5 днів, потім починаються тремор та лихоманка до 39 °С, явища інтоксикації. У ділянці інюкуляції виникає папула багрово-червоного кольору, оточена бешихоподібною гіперемією, згодом пустула з кров'янистим вмістом, яка перетворюється на виразку із «сальним» дном та підритими краями, регіонарний лімфаденіт та лімфангіт (рис. 12). Через 5–7 днів після короткочасного зниження температура тіла знов підвищується і на шкірі виникають численні вторинні папули, які згодом перетворюються на пустули та виразки. У м'язах спостерігаються глибокі абсцеси та нориці. Гостра форма триває 7–14 днів та закінчується зазвичай летально. Хронічна форма може тривати роками.

Чума свиней. Збудник — *Yersinia pestis*. Шляхи передачі — аспіраційний та трансмісивний. Розрізняють локальні та дисеміновані клінічні форми. За локальної шкірно-бубонної форми інкубаційний період триває 3–6 днів. Хвороба починається гостро, раптово, із сильного тремтіння та лихоманки до 40 °С. Спостерігаються сильний головний та м'язовий біль, запаморочення, різка кволість, безсоння. Вогнищеві вияви можливі у вигляді некротичних виразок, фурункулів, геморагічного карбункулу. Для локального процесу типова швидка стадійність: пляма — папула — везикула — пустула червоного кольору, сповнена кров'янистим вмістом і оточе-

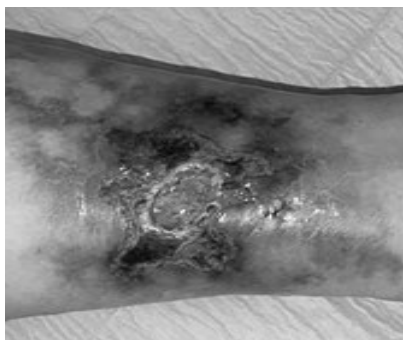


Рис. 1. Бешиха

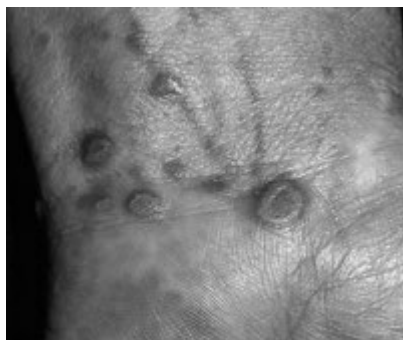


Рис. 2. Вузлики доярок



Рис. 3. Папіломатозне утворення

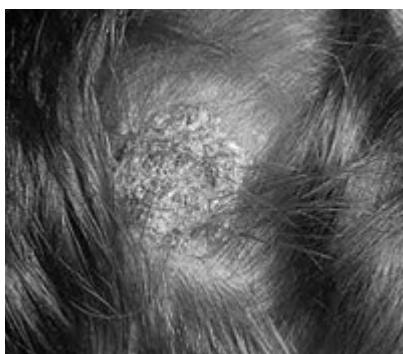


Рис. 4. Мікотичне ураження шкіри



Рис. 5. Кандидомікотичне ураження



Рис. 6. Демодекоз



Рис. 7. Пустульозний контагіозний дерматит



Рис. 8. Хвороба котячих подряпин

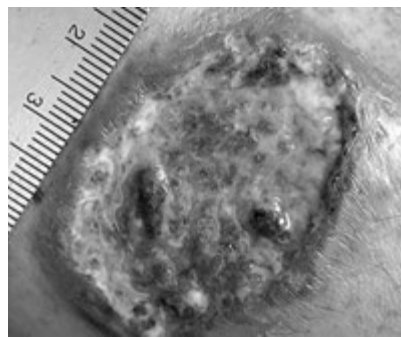


Рис. 9. Хвороба Боровського

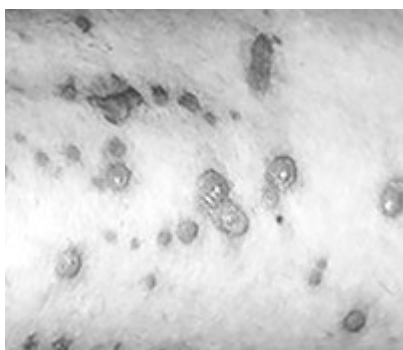


Рис. 10. Віспа мавп на тілі тулуба



Рис. 11. Сибірська виразка



Рис. 12. Сап



Рис. 13. Чума свиней



Рис. 14. Ящур

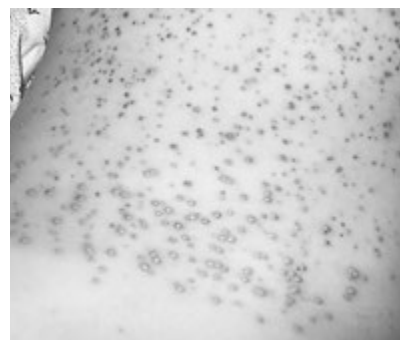


Рис. 15. Лептоспіро

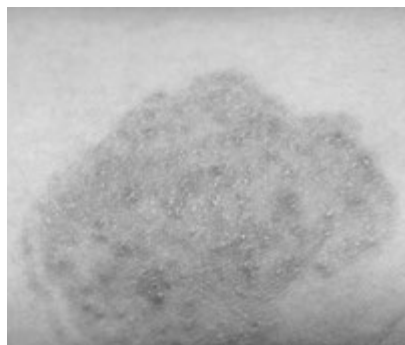


Рис. 16. Токсоплазмоз



Рис. 17. Лістеріоз



Рис. 18. Хвороба Лайма

на багряним вінчиком, і виразка, яка характеризується різкою болючістю, тривалістю перебігу, повільним загоєнням і рубцюванням (рис. 13). Часто виникають різко болючий регіональний лімфаденіт, згодом — флуктуація і можливе утворення нориці. Шкірно-бубонна форма може набувати хронічного перебігу та значно спотворювати вигляд як людей, так і тварин.

Ящур (*aphtae epizooticae*). Висококонтагіозна хвороба свійських та диких парнокопитних тварин. Збудник — один з найдрібніших РНК-вірусів *Dermaphylus peloris*. Людина інфікується, коли вірус із виділень хворих тварин потрапляє до організму через мікроушкодження шкіри. Можливі також аліментарний (через сире молоко та продукти його переробки) і аспіраційний шляхи передачі. Хвороба значно поширена. Інкубаційний період становить 3–5 днів. Основними клінічними ознаками є гострий початок, тремор, головний біль, біль у м'язах, кістках, лихоманка до 40 °С. У 1–2-й день на губах, піднебінні, слизових оболонках щік, губ, носа, глотки, піхви, уретри виникають пухирці із серозним вмістом, які швидко трансформуються у дрібні виразки — афти (рис. 14). Везикули формуються також на шкірі міжпальцевих складок та навколо нігтьового ложа. Лихоманка та висип зберігаються близько 1 тиждень, у більшості хворих реконвалесценція триває 10–15 днів.

Лептоспіроз. Один із найпоширеніших у світі зоонозів. Збудник хвороби належить до роду *Leptospira — interrogans*. Розрізняють природні вогнища збудника, які формують польові та хатні гризуни, та антропоургічні — це свійські тварини та собаки. Людина інфікується внаслідок пиття зараженої лептоспірами води, вживання їжі, забрудненої сечею інфікованих гризунів, а також контактним шляхом. Інкубаційний період становить 7–10 днів. Клінічно розрізняють жовтяву (хвороба Вейля–Васильєва) та безжовтяву (водяна лихоманка) форми лептоспірозу. Хвороба починається гостро з тремору, лихоманки до 40 °С, явищ інтоксикації, сильного і різкого м'язового болю. На 3–5-й день у багатьох хворих на шкірі кінцівок та тулуба виникає поліморфний або розеолезно-папульозний, або еритемо-папульозний, або еритематозний та рідше петехіальний симетричний висип, а також енантеми, які зберігаються впродовж 7–10 днів (рис. 15). Після зникнення висипу можливе висівкоподібне лущення шкіри. Але з 7–10-го дня на тлі зниження температури тіла також розвивається різко виражений геморагічний синдром: патологічна кровоточивість слизових та інших оболонок організму (ротової, носової порожнин, травного тракту); зовнішні та внутрішні кровотечі та крововиливи (блювота з кров'ю, тривалий пронос з рясною кров'ю, піхвові кровотечі); значні синці

у місцях підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій; виражена болючість під час пальпації у ділянці нирок, печінки, шлунка, кишечника та м'язових тканин.

Токсоплазмоз. Збудник хвороби — найпростіші *Toxoplasma gondii*. Велику роль у поширенні токсоплазмозу серед людей відіграють собаки та коти, в епітеліальних клітинах кишечника яких відбувається статевий цикл розвитку токсоплазм. Людина інфікується, вживаючи заражені токсоплазмами їжу та воду. Можливе зараження через мікротравми зовнішніх покривів. Розрізняють вроджений та набутий токсоплазмоз. Інкубаційний період за набутої форми становить 12–14 днів. Якщо набутий токсоплазмоз має гострий перебіг, то можуть бути тифоподібні вияви. При цьому поступово розвиваються тремтіння, загальна млявість, симптоми інтоксикації. Через 1–3 дні лихоманка може досягати 39 °С. На висоті розвитку хвороби, зазвичай протягом першого тижня, виникає розеолезний чи розеолезно-папулезний висип, який зберігається від 1 до 6 днів, а потім безслідно зникає (рис. 16). Характерна локалізація висипу — шкіра грудей і живота, внутрішня поверхня передпліччя та плечей. Вроджений токсоплазмоз у плода має тератогенні наслідки.

Лістеріоз. Збудником є бацила *Listeria monocytogenes*. Наразі ця природно-вогнищева хвороба зареєстрована більше ніж у 50 країнах світу. Шляхи ураження людини лістеріозом — частіше аліментарний, а також аспіраційний та контактний. Хвороба досить поширена серед фермерів і має професійний характер у тваринників та пташників. Тривалість інкубаційного періоду становить переважно 3 тиж. Залежно від домінуючого ураження тих чи інших органів виокремлюють вісцеральну, бубонну, нервову та змішану форми. Під час розгортання гострої клінічної картини (частіше за вісцеральної форми), яка характеризується лихоманкою тривалістю від 3 днів до 2 тиж та топічними симптомами залежно від форми, можлива поява значного плямистого рожево-червоного висипу на шкірі тулуба та кінцівок (рис. 17), що утримується до 1 тиж.

Хвороба Лайма (кліщовий бореліоз, Лайм-бореліоз). Спричиняє спірохета *Borrelia burgdorferi*, передається у всьому світі головним чином чотирма видами кліщів *Ixodes*: *I. scapularis*, *I. pacificus*, *I. ricinus*, *I. persulcatus*. Більшість випадків хвороби Лайма фіксують із травня до листопада. Кліщі «надають перевагу» людям із II групою крові. У США основним резервуаром *Borrelia burgdorferi* серед тварин та селективним хазяїном для чорного кліща у німфальній та личинковій фазах є білоногий хом'ячок. Олені —

господарі дорослого кліща, не переносять *Borrelia*. Інші ссавці (собаки) можуть бути випадковими носіями та навіть захворіти на хворобу Лайма. У країнах Європи статевозрілі кліщі паразитують на вівцях. В Україні основним резервуаром борелій є руда полівка, лісова та польові миші, птахи, дрібні ссавці, свійські тварини — велика та мала рогата худоба, собаки, коти [13, 18]. Інокуляція *B. burgdorferi* відбувається в місці укусу кліща. Через 3–32 дні збудники мігрують локально у шкірі навколо місця присмоктування, поширюються лімфатичною системою, спочатку спричиняючи регіональну аденопатію, а згодом можуть мігрувати з кров'ю в інші ділянки шкіри та вісцерально. Мігруюча еритема (локальна запальна реакція) розвивається до початку імунної відповіді на зараження (тобто передуює сероконверсії). Перебіг хвороби Лайма має три стадії: рання локалізована — рання дисемінована — пізня стадія. Рання локалізована стадія (мігруюча еритема) — основна клінічна ознака бореліозу — є першим симптомом хвороби (рис. 18). Захворювання виявляють здебільшого у 75 % пацієнтів. Воно починається як розеола чи папула у місці присмоктування кліща, зазвичай на проксимальній частині кінцівки або на стегнах, сідниці чи пахвових ділянках, між 3 та 32 днем після укусу кліща. Через те, що німфи кліща візуально замалі, більшість пацієнтів навіть не знають, що інфіковані. Згодом вогнище поширюється, часто з просвітленням між центром та периферією, має діаметр ≤ 50 см, нагадує око бика. Затемнена еритема, що розвивається в центрі, стає гарячою на дотик та твердішає.

Захворювання може супроводжуватися вторинним множинним кільцеподібним макулярним або уртикарним висипом. Інколи еритема є єдиним проявом захворювання. Крім екзантеми можуть спостерігатися гарячка, озноб, головний біль, міалгія, артралгія, катаральні явища з боку верхніх дихальних шляхів, лімфаденопатія. Через 3–5 тиж від початку захворювання можуть виникати гепато- та спленомегалія, ураження нервової системи (поліневрит, неврит лицевого нерва, менінгіт). Нерідкими є ураження серця (міокардит, передсердношлуночкова блокада), артрит [13].

Українська несприятлива епідеміологічна ситуація з Лайм-бореліозом в Україні, складнощі його клінічного та лабораторного діагностування та поява у багатьох пацієнтів резистентності до більшості поширених антибіотиків у сукупності дають змогу зарахувати це захворювання до категорії особливо небезпечних та визначають актуальність і напрями подальших досліджень [4, 12].

18. Shen AK, Mead PS, Beard ChB. The Lyme disease vaccine - a public health perspective. *Clin Infect Dis*. 2011 Feb;52 Suppl 3:s247-52. doi: 10.1093/cid/ciq115.
19. US Army Medical Department Center and School. US Army medical course – Principles of Epidemiology and Microbiology. Subcourse MD 0151, Edition 100. United States Army Medical Department Center and School; 2012. 89 p.
20. WHO. Infection Safety Report by Secretariat. 5 December 2000. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB107/ee23.pdf.

O.Ye. Fedorenko, S.V. Ivanov, V.I. Stepanenko

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Modern clinico-epidemiological features of the course of some communicable infectious zoonanthropous exanthemas in times of war

Objective – to study and analyze modern clinical and epidemiological features of emerging zoonanthroposes, legal and organizational measures to ensure the sanitary and epidemiological wellbeing of the population of Ukraine in wartime conditions and active hostilities on a large area of the south and east of the country.

Materials and methods. An analytical review of a number of scientific publications devoted to the study of zoonotic diseases of the population accompanied by the appearance of exanthems on the skin was carried out. State legislative acts on issues of ensuring sanitary and epidemic welfare of citizens of Ukraine during wartime were also considered. The search for information was carried out in the medical databases PubMed, Elsevier, High Wire Press, Google Scholar for the period 2000–2022 according to the terms of the catalog of medical topics, subject headings with keywords: «dermatozoonosis», «exanthema», «epidemiology», «morbidity», «outbreak». Meta-analyses and reviews of relevant literature were studied. The work presents the principles of a scientific approach to the optimization of preventive and anti-epidemic measures to combat infectious zoonotic diseases, which should contribute to the maximally rational use of the laws of classical epidemiology in the conditions of war in order to increase the practical effectiveness of the anti-epidemic and dermatological services of the Ministry of Health of Ukraine.

Results and discussion. The complex socio-economic situation of martial law and forced mass resettlement created quite favorable conditions for increasing the incidence of infectious zoonotic diseases in population, including their real outbreaks in certain territories near the front. The article describes methodical and diagnostic approaches, specific epidemiological principles and dermatological criteria for building effective measures to combat zoonotic diseases. A professional justification of the role and place of each of them in various infectious diseases is given, taking into account the provisions of general epidemiology and traditional dermatological semiotics.

Conclusions. The principles of mandatory complexity and qualified impact on the main link of the epidemic process are of great importance in the fight against various groups of infectious diseases. Their clinically justified and timely administrative use is necessary to achieve the goals of eradication, elimination and control of infectious diseases. In Ukraine, there is a sufficient normative and legal framework for the proper provision of sanitary and epidemic welfare of the population. In order to prevent the spread of existing or potential infectious agents, in particular emerging pathogens, it is necessary to develop and improve the already existing emergency response plan, particularly, the infrastructure of the health care system, to create a multi-level network of diagnostic laboratories and an integrated system of epidemiological surveillance. It is proposed to increase the branching of the network of institutions capable of identifying pathogens of zoonoses, hospitalization of those who are already sick and persons suspected of having the disease in conditions that will ensure their isolation and proper treatment, and to develop specific recommendations for the prevention of the spread of pathogens with various transmission routes. The task of such centers should be the comprehensiveness of epidemiological, diagnostic and preventive measures which must be carried out professionally and promptly. Also, one of the priorities should be the retraining of doctors of various specialties (epidemiologists, general practitioners – family doctors, dermatologists) on topical issues of zoonoses surveillance.

Keywords: exanthems, skin manifestations of infections, epidemiology, zoonoses, infectious diseases.

Дані про авторів:

Федоренко Олександр Євгенович, д. мед. н., проф. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології
<https://orcid.org/0000-0003-2022-7336>

Іванов Сергій Володимирович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології
<https://orcid.org/0000-0001-5932-3929>

E-mail: dvk2@ukr.net

Степаненко Віктор Іванович, д. мед. н., проф., чл.-кор. НАМН України, зав. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології

<https://orcid.org/0000-0002-5824-8813>

К.О. Талалаєв, М.М. Лебедюк, Р.С. Васьянов, М.І. Голубятников
Одеський національний медичний університет

Медико-соціальні та епідеміологічні аспекти захворюваності на професійні дерматози у працівників водного транспорту (огляд літератури)

Мета роботи — провести комплексне ретроспективне дослідження медико-соціального та епідеміологічного спрямування щодо структури, детермінант та причинно-наслідкових зв'язків між виконанням професійних обов'язків та захворюваннями шкіри в моряків; обґрунтувати пропозиції щодо додаткових заходів, які покращать рівень захисту здоров'я працівників водного транспорту України до міжнародних стандартів.

Матеріали та методи. У роботі застосовано методи дослідження: бібліосемантичний, статистичного спостереження, аналітичного та структурно-логічного аналізу. Зазначені методи дали можливість опрацювати лише валідну, повну та актуальну інформацію, робити вірні ґрунтовні висновки про характер і закономірності досліджуваного процесу.

Результати та обговорення. Обсяг перевезень водним транспортом хімічних речовин або товарів чи продуктів, що були оброблені хімічними речовинами, з кожним роком зростає. Деякі вантажі на борту суден дезінфікують зокрема і за допомогою токсичних фумігантів. Усі фуміганти, які застосовуються для захисту вантажів, що транспортуються, становлять потенційну небезпеку для здоров'я працівників та можуть спричинити серед іншого професійні дерматози.

Доступні дані щодо вивчення санітарно-хімічних, гігієнічних та епідеміологічних параметрів умов праці, побуту та захворюваності докерів та моряків при перевантаженнях у портах та перевезеннях на судах навалочних та насипних вантажів балкерного флоту свідчать про забрудненість на робочих місцях небезпечними і шкідливими речовинами, що спричинило ураження слизових оболонок і шкірних покривів.

Висновки. Зважаючи на різноманітність детермінант та факторів ризику на водному транспорті, відмінності в їхніх фізичних та хімічних властивостях, а також потенційний вплив на здоров'я людини та водне середовище, механізми збереження здоров'я та готовності реагування в аварійних ситуаціях становлять складну науково-практичну проблему та потребують подальшого досконалого вивчення. Надано науково обґрунтовані пропозиції щодо додаткових заходів, впровадження яких наблизитиме рівень захисту здоров'я працівників водного транспорту України до міжнародних стандартів. Серед науково-практичних завдань стосовно лікування та профілактики шкірних захворювань у працівників водного транспорту пріоритет надається впровадженню сучасних алгоритмів діагностики, навчання персоналу, організації телемедичних консультацій, актуалізації комплектності суднових аптечек з метою надання за потреби своєчасної якісної невідкладної медичної допомоги.

Ключові слова

Професійні дерматози, працівники водного транспорту, моряки, сонячний кератоз, плоскоклітинний рак, кропив'янка.

Ретроспективний огляд структури і динаміки змін захворюваності на професійні дерматози працівників водного транспорту

Незважаючи на покращення умов праці та застосування захисного одягу, взуття, а також впровадження санітарної освіти, протягом

останніх десятиліть зафіксовано низку факторів ризику, пов'язаних з роботою моряків. На жаль, таких ризиків неможливо уникнути. Це робота в обмеженому просторі та на мобільних платформах, вплив суворих умов навколишнього середовища (холодна погода, висока вологість або спека), великі фізичні навантаження, контакт із

хімічними речовинами, сімейна і соціальна ізоляція та віддаленість від медичних центрів [24].

За даними О.Ю. Туркевича, в країнах Західної Європи і США захворюваність на професійні дерматози (ПД) становила 50–70 % від загального обсягу професійних захворювань. В Україні частота ПД становила 30–35 % усіх професійних захворювань, їх діагностували у працівників усіх галузей промисловості та сільського господарства [8].

Дослідивши результати впливу виробничих чинників на здоров'я моряків, І.П. Мельникова зазначала, що в повітрі можуть бути хімічні речовини, які утворюються та виділяються під час експлуатації механізмів та устаткування. Захворюванням шкіри в структурі захворюваності моряків авторка відводила третє місце [3].

С.А. Праник, вивчаючи професійну патологію у працівників водного транспорту України протягом ХХ ст., робить висновок щодо вищого рівня захворюваності у портових працівників порівняно з таким у решти груп. Переважну більшість захворювань у зазначеного контингенту становили професійні ураження шкіри: гострі дерматити, мікробна екзема, суха себорея, мікози стоп унаслідок високої запарованості, вогкості, нездорового мікроклімату, що призводило до забруднення шкіри [4].

За висновками В.С. Ткачишина, реакція шкіри на зовнішній вплив у професійній патології найчастіше може виявлятися простим дерматитом, алергійним дерматитом, екземою, кропив'яркою, утворенням масляних вугрів (фолікулітів), токсичних гранулом, злоякісних і доброякісних новоутворень шкіри. Вияви хвороби багато в чому залежать від виду подразнювального фактора, інтенсивності та тривалості його впливу, повторних контактів, локалізації патологічного процесу, фізіологічного стану тканин, загального стану організму та його захисно-протосувальних можливостей. Характерна особливість професійних уражень шкіри полягає в локалізації патологічних вогнищ на місцях безпосереднього впливу екзогенних факторів. Проте не виключена можливість появи висипань і на місцях, захищених одягом [7].

Є.П. Белобров, аналізуючи результати багаторічних досліджень щодо перевезення навалкових небезпечних та фумігованих вантажів у транскеанських рейсах, вивчав умови праці українських моряків палубної команди на сучасних суднах супербалкерного флоту при замивці трюмів та очищенні їх від залишків небезпечних вантажів із застосуванням продуктів «трюмної хімії» (водні розчини кислот, лугів та різних хімічних розчинників). Застосування продуктів

«трюмної хімії», включаючи розчинники при обробці трюмів, так само як і вплив летючих компонентів небезпечних навалкових хімічних вантажів, що перевозять на балкерах, ймовірно, має шкідливий і небезпечний вплив на шкіру моряків і спричиняє виникнення дерматозів під час рейсів.

Епідеміологічна характеристика ПД

У світовому флоті працює понад 1,5 млн робітників, а близько 55 тис. комерційних суден перевозять 90 % обсягів вантажів [13]. У 2021 р. Україна, за даними Конференції ООН з торгівлі та розвитку (UNCTAD) [33], посіла шосте місце у світі за кількістю працюючих моряків (4,04 %).

Вплив хімічних, фізичних, біологічних факторів ризику як окремо, так і в поєднанні з іншими може призвести до різних шкірних захворювань [6], хоча певні індивідуальні (генетично зумовлені) детермінанти також впливають на ймовірність виявів захворювання.

На жаль, інформація про потенційні ризики для здоров'я внаслідок впливу летючих токсичних речовин у вантажах, що перевозять по всьому світу, між компаніями-виробниками, логістичними компаніями, національними контрольними органами та кінцевим споживачем є обмеженою. Крім того, спільних інформаційно-комунікаційних систем взагалі не існує [9]. Спостерігається тривожна ситуація зі станом здоров'я українських працівників водного транспорту на суднах іноземних компаній, судовласників та фрахтувальників. З огляду на те, що в Україні торговельного морського флоту фактично не існує, відсутня і система санітарно-гігієнічного нагляду за умовами праці моряків на суднах вітчизняних та закордонних судовласників [2].

Існує небагато медичної літератури про загальну поширеність шкірних проблем у робітників морської галузі, включаючи діагнози, які не входять до національних реєстрів професійних захворювань. Для лікарів і організаторів системи охорони здоров'я розуміння спектра гострих виявів усіх типів шкірних проблем у рибальській та морській промисловості допоможе професійно проводити діагностику і в подальшому надавати адекватну первинну допомогу, проводити лікування та профілактику. В дослідженні [26] лише 14 % гострих проблем шкіри були класифіковані як ПД. Загальний тягар гострих професійних шкірних розладів у морській галузі може бути суттєво недооцінений в оприлюдненій статистиці системи охорони здоров'я, якщо вони повідомляють лише про професійний дерматит, а не про інші типи професійних захворювань шкіри (ПЗШ).

Таблиця. Частота звернень до закладів охорони здоров'я через хвороби шкіри та підшкірної клітковини серед рибалок та моряків

		ЧЗЗОЗ		
		Рибалки	Керівний склад моряків	Підлеглий склад моряків
Роки	1994–1998	122	85	121
	1999–2003	131	78	134
Тренд		1,07	0,92	1,11

ПД, також відомі як ПЗШ, це захворювання, що спричинені та розвиваються внаслідок певних виробничих шкідливостей за відсутності впливу інших можливих факторів, пов'язаних з виконанням функціональних обов'язків на виробництві.

Знання закономірностей поширеності ПД дає змогу проводити моніторинг професійних хвороб і планувати заходи, спрямовані на зменшення впливу ризиків їхнього виникнення.

ПД включено до трійки найчастіше реєстрованих ПЗШ в Європі [15]. За даними J. Kugriewska, в європейських країнах після захворювань опорно-рухового апарату ПД визнано другою за поширеністю групою професійних захворювань [22].

За даними ВООЗ, найбільш поширеними є контактні дерматити (КД), які можуть становити серйозну загрозу для працездатності людини [29].

Серед професійних захворювань 30–45 % становлять хвороби шкіри. КД становить більшу частину (95 %) ПЗШ [15].

S.R. Srinivas повідомляє, що в Європі частота вперше діагностованого ПЗШ становить від 0,5 до 1 на 1000 працівників щорічно [32].

За даними Linda Kaerlev [21], частота звернень до закладів охорони здоров'я (ЧЗЗОЗ) через хвороби шкіри та підшкірної клітковини (за міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду класи L00-L99) серед рибалок та моряків становила:

- серед данських рибалок у 1994–1998 рр. – 122 випадки, у 1999–2003 рр. – 131 випадок (тренд до зростання – на рівні 1,07);
- серед керівного складу моряків (навігаційні офіцери, радіоофіцери, інженерні офіцери) у 1994–1998 рр. – 85 випадків, у 1999–2003 рр. – 78 випадків (тренд до зниження – на рівні 0,92);
- серед підлеглого складу моряків у 1994–1998 рр. – 121 випадок, у 1999–2003 рр. – 134 випадки (тренд до зростання – на рівні 1,11) (таблиця).

Аналізуючи дані таблиці, можна зробити припущення, що серед керівного складу, тобто пра-

цівників з вищим рівнем освіти порівняно з підлеглими та рибалками, частота захворювань шкіри та підшкірної клітковини нижче, ніж серед людей з переважно нижчим рівнем освіти, з трендом до зниження.

Аналіз даних Департаменту невідкладної медицини Університету Джорджа Вашингтона у Вашингтоні, округ Колумбія, про частоту патології шкіри серед моряків з 1 березня 2006 р. до 1 березня 2009 р. демонструє, що з 1844 запитів на консультацію щодо отримання невідкладної допомоги на морі 10 % (n = 183) стосувалися захворювань шкіри [26]. Із їхнього числа:

- 68 % (n = 125) випадків були шкірними інфекціями, включаючи бактеріальну (n = 106) – 85 %, грибову (n = 8) – 6 % та вірусну – 8 % (n = 10) етіологію; найпоширенішими бактеріальними інфекціями були шкірні абсцеси (n = 49) і целюліт (n = 35);
- 14 % випадків мали запальний характер, включаючи КД (n = 12), алергійний дерматит (n = 9) та екзему (n = 4);
- 7 % випадків мали екологічний характер: опіки (n = 8), хімічні подразнення (n = 2) і відмороження (n = 2);
- 11 % – неспецифічні висипання та скарги, що не були зараховані до певної нозології.

У цьому дослідженні частота гострих шкірних захворювань становила 10 % усіх випадків, що потребували телемедичної консультації для проведення невідкладного лікування серед моряків.

Наявні дані епідеміологічних досліджень не відображають реального масштабу проблеми, оскільки критерії реєстрації та сповіщення про ПД відрізняються в різних країнах, а більшість випадків шкірних захворювань не реєструють з огляду на складність їхньої діагностики та неадекватний перебіг.

Справжню загальну частоту шкірних розладів у робітників на водному транспорті важко оцінити, оскільки в багатьох країнах єдиними шкірними розладами, про які повідомляють, є професійний дерматит, екзема, подразнення, спри-

чинені хімічними речовинами та рослинами, а також обмежена кількість інфекцій [16, 18, 28].

Однак повідомлення про інші захворювання шкіри у робітників водного транспорту, такі як інфекції, отруєння та наслідки впливу навколишнього середовища, ймовірно, відсутні.

Біологічні небезпеки варіюють від бактерій, грибів, вірусів до шкірних паразитів. Фізичні небезпеки включають тертя, механічний тиск, радіацію та температуру. Найпоширенішою причиною шкірних захворювань на робочому місці є вплив хімічних речовин — найбільш небезпечними є подразники, сенсibiliзуювальні, фотосенсибилізуювальні та акнегенні агенти. Проте немеланомний рак шкіри, спричинений ультрафіолетовими променями, є професійною небезпекою для осіб, які працюють на відкритому повітрі, зокрема моряків, але оскільки це захворювання не визнають в більшості країн ЄС, його поширеність значно недооцінена [17].

Європейський перелік професійних захворювань і перелік професійних захворювань Міжнародної організації праці (МОП) присвячують розділ професійним захворюванням шкіри [16, 25].

Хвороби шкіри хімічного походження

Поведінка тієї чи іншої речовини визначається її властивостями, як-то летючість, розчинність та щільність, які своєю чергою визначають ступінь небезпеки самої речовини [20].

Вплив хімічних речовин є основною причиною ПД [19]. Це очевидно, оскільки першою ланкою контакту працівника з факторами навколишнього середовища, окрім дихальних шляхів, є шкіра. Враховуючи, що більшість робіт пов'язана з ручною працею, дуже ймовірно, що це стосується шкіри рук.

Подразнювальний КД. Найпоширенішим професійним захворюванням шкіри, яке охоплює близько 50–80 % випадків, є подразнювальний контактний дерматит (ПКД), що виникає приблизно в п'ять разів частіше, ніж алергійний контактний дерматит (АКД) [19]. За даними клінічних або гістологічних досліджень це запалення шкіри в місці контакту з хімічною речовиною. ПКД і АКД важко відрізнити один від одного, часто діагностують КД змішаної форми (АКД плюс ПКД). Існує велика кількість професій і галузей виробничої діяльності, в яких робітники піддаються ризику розвитку професійного КД, зокрема задіяні на морському транспорті, в будівництві, садівництві, текстильній, харчовій промисловості, виробництві гуми, дубильному виробництві.

АКД. Ця форма патології шкіри може розвинути лише після контакту із сенсibiliзуюваль-

ною хімічною речовиною. При АКД процес сенсibiliзації може тривати тижні, місяці або навіть роки, і протягом цього періоду на шкірі не спостерігається алергійної реакції. Гіперчутливість до даної хімічної речовини зберігається практично все життя, хоча уникнення подальшого контакту з хімічним агентом може зменшити вираженість реакції. Ця алергія є пізнім початком клітинної імунної відповіді на хімічну речовину, що пояснює, чому її симптоми мають латентний період протягом кількох днів, який довший, ніж у контактної кропив'янки. Клінічні ознаки АКД дуже схожі на такі ПКД, хоча свербіж переважає над печінням. Крім того, ураження шкіри не обмежуються місцем контакту і можуть розвинути і на невідкритих частинах тіла. Найбільш важливими професійними алергенами є: метали хром, нікель, кобальт, ртуть; п-фенілендіамін (PPD); гумові добавки; природні смоли; штучні смоли; біоциди; консерванти; корми для тварин; рослини; фармацевтичні препарати [18].

Фотоалергійний контактний дерматит (ФКД) є особливою формою дерматиту. Хімічна сполука перетворюється на повноцінний сенсibiliзуювальний агент лише під дією ультрафіолетового світла (переважно А-діапазону). Ароматизатори (наприклад, ті, що застосовують для прибирання, а також у хімічній промисловості), оптичні відбілювачі (у пральнях, на виробництві прального порошку), барвники (у текстильній промисловості) та фармацевтичні препарати є найпоширенішими хімічними речовинами, залученими до розвитку ФКД [30].

ПД, пов'язані з пестицидами. Пестициди — це різномірна група хімічних сполук, які використовують як інсектициди, фунгіциди, гербіциди, нематоциди, родентициди та фуміганти для сільськогосподарської продукції. Загальновідомими виявами ПД, спричинених пестицидами, є кропив'янка, депігментація шкіри, зміна кольору нігтів і волосся, хлоракне, АКД, ПКД і пізня порфірія шкіри [31].

Особливу небезпеку для організму докерів і членів екіпажів балкерних суден становлять наслідки фумігації зерна в трюмах алюмінію фосфідом і магнію фосфідом, які у формі таблеток закладають в товщу зерна. У вологому середовищі вони сприяють утворенню токсичного газу — фосфористого водню (фосфіну, PH_3). Його зарховують до 1-го класу небезпеки (надзвичайно небезпечні речовини) з гранично допустимою концентрацією $0,1 \text{ мг/м}^3$ і гранично допустимою середньодобовою концентрацією $0,01 \text{ мг/м}^3$.

Своєю чергою PH_3 сорбується на частинках зернового пилу, який, осідаючи на поверхні шкі-

ри моряків, здатний спричиняти шкірні захворювання. Пилові частки зернових вантажів, поряд з механічним впливом на шкіру, що виявляється пухирцевими висипаннями, схожими на подібні при кропив'янці, та супроводжується нестерпним свербіжем (так звана зернова короста), можуть спричиняти бактеріологічне та мітотичне ураження шкірних покривів і супроводжуватися ознобом, серцебиттям, головним болем, запамороченням і нудотою. Постійні контакти із зерновим пилом в окремих осіб із підвищеною чутливістю можуть призводити до розвитку алергійних уражень шкіри за типом дерматиту [1].

Причиною висипань на шкірі може бути і гостра інтоксикація формальдегідом, яка також характеризується запамороченням, нудотою та блюванням, втомою, відчуттям сп'яніння, порушенням координації та концентрації з подальшим головним болем, нездужанням, підвищеною чутливістю до шуму та світла, а також такими симптомами з боку верхніх дихальних шляхів, як кашель, задишка, хриплість. Симптоми та скарги тривають упродовж днів або тижнів [12].

Професійні акне — це запалення шкірних залоз та їхніх вивідних проток, які продукують жир, що покриває, зволожує та захищає шкіру. Запалення виникає після контакту з хімічними речовинами, призводить до закриття пор шкіри, спричиняючи накопичення шкірного жиру та утворення білка шкіри (кератину). Накопичення жирної речовини та утворення кератину спричиняє утворення білих вугрів, кіст, комедонів, папул та пустул. На відміну від звичайних вугрів ці висипання проявляються в місці контакту зі шкірою. Найбільш вразливими групами є механіки, ремонтники та робітники машинних відділень на судах. Особиста та професійна гігієна має суттєве значення для профілактики професійних акне [11].

Дані медичної літератури дають підставу вважати, що питання діагностики, лікування та профілактики ПД, що були спричинені хімічними речовинами, потребують подальшого вивчення [5].

Захворювання шкіри фізичного походження

Фізичний вплив варіює від прямих подразників і теплових умов до радіації.

До факторів, дія яких може спричинити пошкодження шкіри, відносять:

- механічну травму (повторюване тертя або підвищений тиск) з подальшим потовщенням запаленої шкіри, ліхеніфікацією та мозолями;
- екстремальні температури, які призводять до обмороження або опіків;
- іонізуюче випромінювання, що зумовлює гострий або хронічний радіаційний дерматит;

- вплив неіонізуючого випромінювання;
- ультрафіолетове випромінювання пошкоджує шкіру та очі, пригнічує імунні реакції — від засмаги шкіри, еритеми до сонячних опіків різного ступеня та гіперпігментації, передчасного фотостаріння шкіри, сонячного кератозу і розвитку плоскоклітинного або базальноклітинного раку (базаліоми).

У дослідженні стану здоров'я моряків у Марокко, що було проведено групою дослідників під керівництвом О. Lagaoui [23], встановлено, що найбільш поширеними були травматичні та механічні ушкодження: гіперкератоз долоней (67,1 %), гіперкератоз підшов (59,4 %), рани від порізів та травм (27 %).

Цьому сприяє робота під впливом різних факторів морського середовища (тривале перебування під інтенсивним сонячним випромінюванням, екстремальні температури, вологість) та токсичного впливу вантажів [10]. Існує багато типів гіперкератозу, які включають натоптиші, що виникають на ділянках шкіри, які зазнають багаторазового тертя або тиску. На підшвах і кистях утворюються мозолі. Висока частота гіперкератозу зумовлена тим, що лише 52,6 і 30,1 % працівників відповідно носять захисне взуття та захисні рукавички. Рибалки особливо схильні до інфекцій рук і пальців через робоче середовище та предмети, з якими вони мають справу під час роботи, наприклад, колючки риб і багато іншого. Невеликі порізи та подряпини часто залишаються непоміченими під час травми. Бактерії потрапляють у ці рани з риб'ячого слизу, шматочків металу тощо. Потім приєднується інфекція із запаленням інфікованої ділянки та утворенням гною [27]. За даними обстеження у 8,3 % рибалок були виявлені гострі бактеріальні інфекції. R. Lucas та ін. [26] повідомили про подібну поширеність (10 %) усіх випадків, що потребують телемедичної консультації для проведення невідкладного лікування моряків.

Висновки

Зазначені вище дані про патологію шкіри у робітників водного транспорту свідчать про суттєве медико-соціальне та епідеміологічне значення цієї проблеми.

Глибокий аналіз показників професійного здоров'я працівників водного транспорту України протягом останніх років практично не проводився, дані про сучасну структуру і динаміку розвитку захворюваності на ПД є досить розрізненими. Питома вага цих захворювань порівняно з іншими видами патології шкіри не завжди відображена в базах даних з охорони праці та досі невідома.

Сучасні особливості праці на водному транспорті залишають ці професії традиційно серед небезпечних у зв'язку з одночасним впливом комплексу шкідливих фізичних, хімічних, біологічних та психофізіологічних факторів, що призводить до збільшення кількості професійних захворювань та погіршення якості життя працівників.

Важливими науково-практичними завданнями є впровадження сучасних алгоритмів діагностики, лікування та профілактики шкірних захворювань у працівників водного транспорту, організація телемедичних консультацій, актуалізація комплектності суднових аптечек з метою надання за потреби своєчасної якісної невідкладної медичної допомоги.

Список літератури

1. Белобров ЄП, Рангаєв АВ, Курбанов ВМ, Андреев ВВ. Морська фумігація вантажів / За ред. ЄП Белоброва. Одеса: Фенікс; 2022. 400 с.
2. Білобров ЄП. Особливості умов праці українських моряків палубної команди на сучасних суднах супербалкерного флоту. Вісник морської медицини. 2021;3:9-18.
3. Мельникова ІП. Вплив виробничих факторів на здоров'я моряків. Гігієна та санітарія. 2007;1:42-44.
4. Пранік СА. Професійна патологія водників в Україні протягом ХХ століття. Вісник морської медицини. 2008;2:23-28.
5. Степаненко ВІ, Коляденко ВГ, Лебедюк ММ, Головченко ДЯ. Професійні дерматози. Дерматологія. Венерологія. 2012. 283-295 с.
6. Талалаєв КО, Белобров ЄП, Вастьянов РС та ін. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи заходів попередження отруєнь під час фумігації експортних зернових в Україні. Вісник морської медицини. 2023;1:25-37. doi: 10.5281/zenodo.7795824.
7. Ткачшин ВС. Професійні ураження шкіри алергійної та неалергійної етіології. Астма та Алергія. 2014;3:67-72.
8. Туркевич ОЮ. Індивідуальна профілактика дерматозу у робітників хімічної промисловості. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2002;1:44-46.
9. Baur X, Budnik LT, Zhao Z, et al. Health risks in international container and bulk cargo transport due to volatile toxic compounds. J Occup Med Toxicol. 2015;10:19. doi: 10.1186/s12995-015-0059-4.
10. Çakır E. Fatal and serious injuries on board merchant cargo ships. Int Marit Health. 2019;70(2):113-118. doi: 10.5603/IMH.2019.0018.
11. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. What is occupational acne? 2022, 26 Okt. <https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/acne.html>.
12. Coglianò VJ, Grosse Y, Baan RA, et al. Meeting report: summary of IARC monographs on formaldehyde, 2-butoxyethanol, and 1-tert-butoxy-2-propanol. Environ Health Perspect. 2005;113(9):1205-1208. doi: 10.1289/ehp.7542.
13. Dryllis Aikaterini, Papanikolaou Vasileios, Chrysovergis Aris, et al. Seafarers' health problems, emergencies, diseases and risk factors. A systematic review of the literature. Int J Med Health Res. 2019;5(2):43-48.
14. EU-OSHA; Kohánka V, Kudász F. Work-related skin diseases. Published on: 07/04/2014; latest update: 07/09/2022. https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/work-related-skin-diseases#further_reading.
15. European Agency for Safety and Health at Work; De Craecker W, Roskams N, Op de Beeck R. Occupational skin diseases and dermal exposure in the European Union (EU-25). Policy and practice overview. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. 107 p. <https://data.europa.eu/doi/10.2802/15493>.
16. European Commission. Commission Recommendation of 19 September 2003 concerning the European schedule of occupational diseases: notified under document number C (2003) 3297. Official Journal of the European Union. 2003;L238:28-34. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A32003H0670>.
17. Girvalaki C, Cardone A, Weinert P, John S. Non-melanoma skin cancer as an occupational disease. What is the impact on the society and the welfare system? J Health Inequal. 2020;6(2):153-159. doi: 10.5114/jhi.2020.101599.
18. Health and Safety Executive. Reporting injuries, diseases and dangerous occurrences in health and social care. Guidance for employers. <https://www.hse.gov.uk/pubns/hsis1.pdf>.
19. ILO; Stellman JM. (ed.-in-chief). Encyclopedia of Occupational Health and Safety / Part 1. Body / Ch. 12. LP Durocher (eds.). Skin Diseases. Geneva, 2011. <https://www.iloencyclopaedia.org/part-i-47946/skin-diseases>.
20. International Tanker Owners Pollution Federation. Response to marine chemical incidents. 2014. https://www.itopf.org/fileadmin/uploads/itopf/data/Documents/TIPS_TAPS_new/TIP_17_Response_to_Marine_Chemical_Incidents.pdf.
21. Kaerlev L, Jensen A, Hannerz H. Surveillance of hospital contacts among Danish seafarers and fishermen with focus on skin and infectious diseases—a population-based cohort study. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(11):11931-11949. doi: 10.3390/ijerph111111931.
22. Kurpiewska J, Liwkowicz J, Benczek K, Padlewska K. A survey of work-related skin diseases in different occupations in Poland. Int J Occup Saf Ergon. 2011;17(2):207-214. doi: 10.1080/10803548.2011.11076880.
23. Laraqui O, Manar N, Laraqui S, et al. Prevalence of skin diseases amongst Moroccan fishermen. Int Marit Health. 2018;69(1):22-27. doi: 10.5603/IMH.2018.0004.
24. Legislación Consolidada. Real Decreto 1696/2007, de 14 de diciembre, por el que se regulan los reconocimientos médicos de embarque marítimo. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 2007:127 p. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-22533-consolidado.pdf>.
25. List of occupational diseases (revised 2010). Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases. Geneva: International Labour Office, 2010 (Occupational Safety and Health Series, No. 74). <https://www.ilo.org/>

- wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_150323.pdf.
26. Lucas R, Boniface K, Hite M. Skin disorders at sea. *Int Marit Health*. 2010;61(1):9-12.
 27. Maritime and Coastguard Agency. The ship captain's medical guide/ Ch. 8. Diseases of fishermen: 22nd ed. 2014, 224 p. <https://www.dieselduck.info/machine/06%20safety/Ship%20Captain%27s%20Medical%20Guide%20-%2022nd%20Ed.pdf>.
 28. Occupational Safety and Health Administration. Occupational Injury and Illness Recording and Reporting Requirements / Recordkeeping Forms and Recording Criteria. Standart 1904. Subpart C: 1904.29. <https://www.osha.gov/laws-regs/regulations/standardnumber/1904/1904.29>.
 29. Occupational Skin Diseases. Global Workshop organized by the World Health Organization (WHO) and the European Academy for Dermatology and Venereology (EADV) 22-23 February 2011. Summary report. WHO Headquarters, Geneva, Switzerland 10 p. <https://silo.tips/download/occupational-skin-diseases#>.
 30. Rustemeyer T, Elsner P, John SM, Maibach H.I. (Eds.) *Kanerva's Occupational Dermatology*.— Berlin: Springer-Verlag, 2012. doi: 10.1007/978-3-642-02035-3_66.
 31. Sharma A, Mahajan VK, Mehta KS, et al. Pesticide contact dermatitis in agricultural workers of Himachal Pradesh. *Contact Dermatitis*. 2018;79 (4):213-217. doi: 10.1111/cod.13049.
 32. Srinivas CR, Sethy M. Occupational dermatoses. *Indian Dermatol Online J*. 2023;14 (1):21-31. doi: 10.4103/idoj.idoj_332_22.
 33. UNCTAD. Seafarer supply, quinquennial, 2015 and 2021: table. <https://unctadstat.unctad.org/wds/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=157422..>

K.O. Talalayev, M.M. Lebedyuk, R.S. Vastyanov, M.I. Golubyatnikov

Odesa National Medical University

Medicosocial and epidemiological aspects of occupational dermatoses incidence among water transport workers (literature review)

Objective — to conduct a comprehensive retrospective study of the medico-social and epidemiological direction regarding the structure, determinants and cause-and-effect relationships between the performance of professional duties and skin diseases in sailors; substantiate proposals for additional measures that will improve the level of health protection of water transport workers of Ukraine to international standards.

Materials and methods. The research methods applied in the work were as follows: bibliosemantic, statistical observation, analytical and structural analysis. These methods made it possible to process only valid, complete and up-to-date information, to make correct and thorough conclusions about the nature and regularities of the researched process.

Results and discussion. The volume of water transportation of chemicals, goods or foods that were treated with chemicals is increasing every year. Some cargoes on board ships are disinfected, in particular, with the help of toxic fumigants. All fumigants that are used to protect transported goods are a potential health hazard for workers and can cause, among other things, occupational dermatoses.

Available data on the study of sanitary-chemical, hygienic and epidemiological parameters of working conditions, living conditions and morbidity of dockers and sailors during transshipment in ports and transportation of bulk freight on ships of the bulk fleet indicate contamination of workplaces with dangerous and harmful substances, which caused damage to the mucous membranes and skin coverings.

Conclusions. The mechanisms of health preservation and emergency response readiness constitute a complex scientific and practical problem and require further thorough study, considering the variety of determinants and risk factors in water transport, the differences in their physical and chemical properties, as well as the potential impact on human health and the aquatic environment. Scientifically based proposals have been provided regarding additional measures, the implementation of which will bring the level of health protection of water transport workers of Ukraine closer to international standards. Among the scientific and practical tasks related to the treatment and prevention of skin diseases among water transport workers, the priority is given to the implementation of modern diagnostic algorithms, training of personnel, organization of telemedical consultations, updating the completeness of ship's first-aid kits in order to provide timely, high-quality emergency medical care as needed.

Keywords: professional dermatoses, water transport workers, sailors, colar keratosis, skvamous cell carcinoma, urticaria.

Дані про авторів:

Талалаєв Костянтин Олександрович, д. мед. н., проректор з науково-педагогічної роботи, проф. кафедри загальної і клінічної епідеміології та біобезпеки

<http://orcid.org/0000-0003-2582-579X>

65082, м. Одеса, пров. Валіховський, 2. E-mail: ktalalayev@yahoo.com

Лебедюк Михайло Миколайович, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматології та венерології

<http://orcid.org/0000-0001-5674-0196>. E-mail: ldipp90@ukr.net

Вастьянов Руслан Сергійович, д. мед. н., проф., зав. кафедри загальної та клінічної патологічної фізіології ім. В.В. Підвисоцького

<http://orcid.org/0000-0001-8585-2517>. E-mail: rvastyanov@gmail.com

Голубятников Микола Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри загальної і клінічної епідеміології та біобезпеки

<http://orcid.org/0000-0001-8609-6741>. E-mail: golnikvt@gmail.com

О.В. Гаврилюк¹, Є.М. Міхньова¹, А.О. Гаврилюк¹, М.Д. Баженов²

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ

²Лисичанський обласний шкірно-венерологічний диспансер, Лубни

Скринінгові системи спостереження та дистанційні методи діагностики онкопроліферативних захворювань шкіри в умовах воєнного часу

Мета роботи — з'ясувати та уточнити, що принципово важливого сьогодні потрібно зробити для надання в повному обсязі спеціалізованої медичної допомоги населенню України в умовах війни. Визначити, як не порушувати правові норми, використовуючи чинні нормативні документи МОЗ, апаратне забезпечення та умови їхнього застосування, а також довести, що це є актуальним для подальшої адаптації системи надання спеціалізованої допомоги, яка фактично знищена внаслідок військової агресії, та розбудови сучасної системи медичної допомоги.

Проаналізовано роботу обласного шкірно-венерологічного диспансеру в зоні деокупованих територій, в перший період російської агресії. Для цього використано апаратне штатне забезпечення, а також нештатне, в межах наказів № 554 від 2007 р. та № 312 від 2009 р.

Впровадження сучасної цифрової методики дослідження та об'єктивізації онкопроліферативних захворювань шкіри дало змогу оптимізувати надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню в умовах війни. Використання засобів радіохвильового видалення новоутворень шкіри значно розширило можливості амбулаторного прийому хворих. Прилади для проведення дерматоскопії, які використовують з метою діагностики та лікування пацієнтів із онкопроліферативними захворюваннями шкіри, відсутні в переліку нормативних документів МОЗ України. В роботу служби дерматовенерологічної допомоги вкрай важливо впроваджувати доступні та сучасні (зокрема за гуманітарними каналами) методи діагностики і лікування. У дерматовенерологічній служби немає часу на очікування нормативних документів, які не дають змоги виходити за межі правового поля. Запропонували та внесли зміни до чинної нормативної бази МОЗ України, завдяки розширенню професійних можливостей дерматологів у сфері малої та пластичної хірургії на підставі досвіду розвинених країн світу.

Ключові слова

Дерматоскопія, онкопроліферативні утворення шкіри, телемедицина.

Протягом останніх майже 1,5 року в країні тривають бойові дії через російську агресію, що призвело до змін як у суспільстві, так і в медицині. Зокрема, онкологи та дерматовенерологи відмічають зростання частоти онкологічних та передонкологічних захворювань у пацієнтів усіх вікових груп [4, 5]. Однією з причин такого росту є виявлення тих прошарків населення, які стали недоступними для спостереження у воєнний час. Враховуючи соціальні зміни, а саме бойові дії, система медичного нагляду втратила можливості для спостереження та діагностики, а

термінові модифікації не задовольняють потреби суспільства у повному обсязі. Стрімкі інноваційні зміни в медичній галузі, розробка нових сучасних методів діагностики, заснованих на принципах доказової медицини, вимагають впровадження їх у життя на всіх рівнях — починаючи із внесення змін у програму підготовки студентів у навчальних закладах усіх рівнів акредитації і закінчуючи переглядом у профільних комітетах Верховної Ради.

Спеціалісти нашої кафедри за згодою керівництва університету провели скринінговий огляд

співробітників із застосуванням сучасного унікального обладнання. Для інформаційного забезпечення було використано постери, плакати, флаери, а також задіяно інформаційні канали, інтернетні та хмарні технології університету. Все це ми адаптували до умов воєнного часу. З метою діагностики та об'єктивізації даних використано дерматоскоп Delta 20 із цифровим фотоапаратом, стаціонарний апарат Photo Finder (єдиний в Києві) та TV Digital Microscope для огляду поверхні новоутворень шкіри. В подальшому всі дані було оброблено за допомогою програми Derma Vision Pro. За необхідності використовували висновки спостережень як доказову базу в разі направлення пацієнтів до профільних спеціалізованих медичних закладів. У процесі проведення огляду отримували згоду пацієнтів на використання їхніх персональних даних та застосовували діагностичні прилади відповідно до вимог МОЗ України. Також розробили власний протокол скринінгового огляду, який містить такі розділи:

1. Дата і час проведення безкоштовного скринінгового обстеження.
2. ПІБ пацієнта.
3. За результатами скринінгу діагностоване новоутворення можна віднести до такої нозологічної форми згідно з МКХ-10:
 - меланома;
 - базально-клітинна карцинома;
 - плоскоклітинна карцинома;
 - синельна кератома;
 - актинічна кератома;
 - пігментний невус;
 - судинний невус;
 - інші невуси;
 - себорейна кератома;
 - папілома (фіброепітеліальний невус інвертований);
 - фіброма;
 - ліпома;
 - гамартома;
 - інше.
4. На підставі отриманих даних робили попередній висновок та пропонували пацієнтам консультації у профільних спеціалізованих закладах із зазначенням їхньої адреси:
 - Національний інститут раку — м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
 - Міський онкологічний центр — м. Київ, вул. Верховинна, 69.
 - «Клініка доктора Богомолець» — м. Київ, бульв. Шевченка, 17.
 - Клініка «Євродерм» — м. Київ, вул. Нагорна, 6/31.
 - Кафедра дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології НУОЗ

України імені П.Л. Шупика — м. Київ, вул. Скрипника, 48.

- Консультація онколога за місцем проживання.
 - Проведення відповідної біопсії для остаточної верифікації діагнозу.
 - Видалення за показаннями та застосування адекватного методу корекції в ранній та пізній післяопераційний період.
 - Регулярний диспансерний огляд та консультації фахівців.
 - Відсутність потреби в додаткових консультаціях.
 - Термін проведення: терміново, планово, за бажанням.
5. Надання індивідуальних рекомендацій відповідно до даних, отриманих від пацієнта, з урахуванням його соціального та професійного статусу, а також на підставі побажань.
 6. Підпис лікаря.

Протокол залишався у пацієнтів.

Уперше кафедра провела цей скринінг у 2016 р. Під час нього було виявлено:

- меланоцитарні атипові, активні невуси (з подальшою імуногістохімічною верифікацією) — 3 випадки;
- базально-клітинна карцинома — 5 випадків;
- себорейний кератоз — 67 %;
- актинічний кератоз — 73 %;
- папіломатоз — 97 %;
- пігментні, судинні та інші невуси — 100 %;
- судинні мальформації — 98 %.

Під час скринінгу в 2017 р. було виявлено:

- Шпів-невус — 1 випадок;
- базально-клітинна карцинома — 2 випадки;
- плоскоклітинна карцинома — 1 випадок;
- себорейний кератоз — 65 %;
- актинічний кератоз — 69 %;
- папіломатоз — 97 %;
- пігментні, судинні та інші невуси — 100 %;
- судинні мальформації — 98 %.

У скринінгу брали активну участь професори, доценти та лаборанти кафедри. У цьому їм допомагали аспіранти, клінічні ординатори та інтерни другого року навчання.

З метою виявлення онкопроліферативних захворювань працівники кафедри спільно з представниками фармацевтичних компаній брали активну участь у соціальних заходах, які проходили в Києві. Обладнання використовували відповідно до місця проведення та мети заходу.

Основною метою таких заходів є цільове інформування тих прошарків населення, які не підпадають під нагляд чинної системи, що постійно зазнає змін, а також моніторинг стану онкопроліферативних захворювань [4, 5]. Для діа-

гностики використовували дерматоскоп Delta 20 із цифровим фотоапаратом. До цих заходів залучали інтернів другого року навчання нашої кафедри та студентів 4-х курсів профільних університетів.

Починаючи з 2014 р. і до початку повномасштабного вторгнення у лютому 2022-го, на сході України (в зоні АТО) співробітники нашої кафедри спільно зі співробітниками Лисичанського обласного шкірно-венерологічного диспансеру (м. Лисичанськ) здійснювали лікувально-діагностичні заходи з метою збору медичної, соціальної та спеціалізованої інформації для визначення стану, рівня та об'єму дерматовенерологічної допомоги з акцентом на онкопроліферативних захворюваннях. Як амбулаторію використовували переобладнаний критий причіп, в якому проводили огляд хворих і виконували необхідні маніпуляції та малоінвазивні втручання. У складі мобільної бригади були дерматовенеролог військового шпиталю, дерматовенеролог (попередній фах — онкологія), дерматовенеролог (професор кафедри), дерматовенеролог. Для діагностики та об'єктивізації використовували дерматоскоп Delta 20 із цифровим фотоапаратом і TV Digital Microscope для огляду поверхні новоутворень шкіри. В подальшому всі дані обробляли за допомогою програми Derma Vision Pro. Після огляду в комісаріатах службовці ВСУ не потребували надання дерматологічної допомоги, але у деяких з них було виявлено вірусні ураження шкіри у вигляді папіломатозу, підошовних та пласких бородавок, різноманітну стоматологічну патологію, яка провокувала ураження слизових оболонок ротової порожнини, а також себорейний, сенільний і актинічний кератоз. Попри те, що ці стани не заважають виконувати основні завдання, їх усе ж треба позбуватися, тому наш обов'язок — забезпечити військовослужбовцям оптимальні умови для проходження служби. За результатами обстеження місцевого населення, особливо в «сірій» зоні, відмічено значно знижений рівень спеціалізованої дерматологічної допомоги, що зумовлено недостатньою кількістю дерматовенерологів, а також різке зростання частоти передонкологічних та онкопроліферативних захворювань шкіри, зокрема себорейного, сенільного та актинічного кератозу, папіломатозних уражень шкіри, базально та спіноцелюлярних карцином і меланоми. Питома вага онкопроліферативних захворювань зумовлена логістичними особливостями проживання, але, на нашу думку, важливим компонентом є пізній дерматологічний огляд. Згідно з отриманими даними надавали спеціалізовану допомогу військовим, населенню та пацієнтам профільних закладів.

Для малоінвазивної допомоги використовували прилади радіохвильового сегмента вітчизняного виробництва (частота — 880 кГц, потужність — 50–140 Вт), живлення яких здійснюється від електромережі 220 В або від автомобільного акумулятора через бюджетний пристрій для мобільних девайсів. За допомогою цього приладу під місцевою анестезією видаляли все, що потребувало хірургічного втручання, із забезпеченням адекватного гемостазу, для чого використовували електрофульгуратор того самого виробника. Ці вітчизняні прилади характеризуються малими розмірами, невеликою масою, мобільністю, достатньою потужністю, простотою обробки та мають низьку вартість. З метою покращення роботи місцевих дерматологічних установ, які працюють в умовах суцільного дефіциту, залучали професорів, асистентів, аспірантів нашої кафедри та стоматологів для проведення комплексного обстеження ротової порожнини пацієнтів на наявність онкопроліферативних захворювань слизової оболонки [1, 3]. Також враховували потребу місцевого населення в цьому виді медичної допомоги. Діагностику проводили з використанням дерматоскопа Delta 20 із цифровим фотоапаратом і насадки на смартфон Handyscope Dermoskin з подальшою програмною обробкою. З огляду на дуже великий обсяг отриманих даних (в основному фото- та відеофрагментів) послугоувались хмарними технологіями [2, 4]. За потреби отриманий матеріал направляли на академічний кафедральний сервер, де відповідний куратор від кафедри коментував, уточнював і надавав відповідні рекомендації для об'єктивізації діагнозу та розробки алгоритму дій лікаря, асистента, медичної сестри, санітара, волонтера тощо. Для лікування пацієнтів використовували вітчизняне обладнання для виконання малоінвазивних хірургічних втручань, а також радіохвильове, електрофульгуративне і стоматологічне устаткування [4, 6].

Система дистанційної діагностики на даний момент перебуває в стадії тестування [5]. Зараз ми використовуємо її для внутрішньої кафедральної роботи, уточнюємо параметри, вдосконалюємо їх відповідно до переобладнання нашого університету з метою перспективної інтеграції в наукові та міжнародні установи. Ми адаптували програму під потреби воєнного часу, враховуючи політичний і соціально-економічний стан нашої країни, аби в подальшому розробити заходи для переформатування чинної медичної системи в царині дерматовенерології. З метою оптимізації роботи внесли зміни в навчальну програму з підготовки інтернів за фахом «дерматовенерологія» і в спеціалізацію,

розробили тематичне удосконалення для лікарів, які працюють у зонах військового конфлікту, із застосуванням малоінвазивних хірургічних методів та теледіагностики. Запропонували та внесли зміни до чинної нормативної бази МОЗ України, а саме наказів № 312 від 2009, № 286

від 2004, № 554 від 2009 р., але не за рахунок посилення суміжними фахівцями (онкологами і хірургами), а завдяки розширенню професійних можливостей дерматологів у сфері малої та пластичної хірургії на підставі досвіду розвинених країн світу.

Список літератури

1. Баранник МИ, Белянина УО. Ошибки и осложнения при использовании различных методов удаления доброкачественных новообразований кожи. Стационарные замещающие технологии. Амбулаторная хирургия. 2008; 2(30):19-27.
2. Дубенский ВВ, Редько ЗВ, Гармонов АА. Новообразования кожи в практике дерматовенеролога / Под ред. ВВ Дубенского. Тверь: Триада; 2002: 148 с.
3. Коровин СИ, Кукушкина МР, Паливец АЮ и др. Дерматоскопия в предоперационной диагностике меланомы кожи. Здоров'я України. 2014;1(32):36-37.
4. Никонова СМ, Ключарева СВ. Современные методы диагностики и лечения пигментных новообразований кожи. Terra medico nova. 2007;2(46):32-34.
5. Ященко ЮБ, Шевченко МВ. Скрининговые программы в онкологии. Укр мед часопис. 2015;3(107):29-31.
6. Chagas FS, Silva BdeS. Mohs micrographic surgery: a study of 87 cases. An Bras Dermatol. 2012;87(2):228-34.

O.V. Havryliuk¹, Y.M. Mikhnova¹, A.O. Havryliuk¹, M.D. Bazhenov²

¹ *Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv*

² *Lysychansk Regional Skin and Venereal Dispensary, Lubny*

Screening surveillance systems and remote methods of diagnosis of oncoproliferative skin diseases in wartime conditions

Objective – to find out and specify what is fundamentally important to do today to provide the full range of specialized medical care to the population of Ukraine in wartime conditions. To determine how not to violate legal norms, using current regulatory documents of the Ministry of Health, hardware and conditions of their use, as well as to prove that this is relevant for the further adaptation of the system of specialized care provision which was actually destroyed as a result of military aggression, and the development of a modern system of medical care.

The work of the regional skin and venereological dispensary in the zone of the deoccupied territories in the first period of Russian aggression is analyzed. For this, regular and nonregular staff was used, according to orders No. 554 of 2007 and No. 312 of 2009.

The implementation of modern digital methods of research and objectification of oncoproliferative skin diseases made it possible to optimize the provision of specialized medical care to the adult population in wartime conditions. The use of radio wave removal of skin neoplasms has significantly expanded the possibilities of outpatient admission of patients. Devices for conducting dermatoscopy, which are used for the diagnosis and treatment of patients with oncoproliferative skin diseases, are not included in the list of regulatory documents of the Ministry of Health of Ukraine. It is extremely important to introduce modern accessible (especially through humanitarian channels) methods of diagnosis and treatment into the work of the dermatovenereological care service. The dermatovenereological service does not have time to wait for regulatory documents that do not allow to go beyond the legal field. We proposed and made changes to the current regulatory framework of the Ministry of Health of Ukraine, due to the expansion of the professional capabilities of dermatologists in the field of minor and plastic surgery based on the experience of developed countries of the world.

Keywords: dermatoscopy, oncoproliferative skin formations, telemedicine.

Дані про авторів:

Гаврилюк Олександр Васильович, к. мед. н., доц. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9
E-mail: drholik@gmail.com

Міхнова Єлизавета Миколаївна, к. мед. н., доц. кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
E-mail: emihniova13@gmail.com

Гаврилюк Анна Олександрівна, лікар-дерматовенеролог, лікар кафедри клінічної онкології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
E-mail: an.gavrylyuk@gmail.com

Баженов Михайло Дмитрович, головний лікар Лисичанського обласного шкірно-венерологічного диспансеру, Лубни
E-mail: Liskvd@gmail.com

С.С. Корхов, М.М. Лебедюк
Одеський національний медичний університет

Недерматологічні захоплення відомих дерматологів*

У повсякденній життєвій метушні, у низці подій, що визначаються єдиноборством понять «хочу» і «повинен», ми з нетерпінням чекаємо на той момент, коли з'явиться можливість узятися до найулюбленішої справи. І це надихає, оскільки хобі — це те, що ми робимо винятково для отримання задоволення.

Важко уявити людину, яка не має жодних захоплень. У нашому історичному дослідженні ми сконцентрували увагу на інтересах, захопленнях та уподобаннях, які виходять за рамки основної роботи, понад ста відомих дерматологів, венерологів та деяких інших фахівців, діяльність яких пов'язана із дерматовенерологією. Для найазартніших з них такі захоплення ставали невід'ємною частиною життя, ключем до складних лабіринтів їхнього духовного світу, дзеркалом їхнього світогляду, камертоном їхньої моральності.

Імена більшості людей, про яких розповідається у статті, золотими літерами вписані в історію медицини та дерматовенерології зокрема. Вони здійснили безліч наукових відкриттів, їхній блискучий клінічний досвід допоміг зцілити і полегшити страждання величезної кількості хворих, вони є талановитими педагогами, які щедро ділилися знаннями зі своїми колегами-учнями. При цьому більшість з них мали високі громадянські якості.

Ми спробували відкрити маловідомі сторінки життя наших шановних колег. Скромно зазирали за лаштунки, аби краще побачити і оцінити те, що відбувалося на головній сцені.

Отже, у викладеному матеріалі йдеться про наших шановних колег і про їхні захоплення. Банальні та непересічні. Різні. Любов до живопису, музики, літератури. Колекціонування. Захоплення спортом та інші варіанти активного проведення часу. Дивні екзотичні уподобання. І ще те, що навряд взагалі можна вважати за такі. Те, що для деяких наших колег стало, можливо, більшим, ніж медичне покликання.

Ключові слова

дерматолог; венеролог; захоплення; уподобання; хобі.

Ми часом з нетерпінням чекаємо на кінець робочого дня. І зовсім не тому, що втомилися чи нас якось по-особливому дратує монотонність того, що відбувається. Хоча, мабуть, таке теж можливе. У цьому випадку йдеться зовсім про інше. У повсякденній життєвій метушні, у низці подій, що визначаються єдиноборством понять «хочу» і «повинен», ми з нетерпінням чекаємо на той момент, коли з'явиться можливість узятися до своєї найулюбленішої справи, яка надихає, оскільки ми робимо її винятково для отримання задоволення.

Важко уявити людину, яка не має жодних захоплень. Хоча б маленька слабкість має бути

у кожного. В одних це смачна їжа, в інших — спостереження за футбольним матчем у кріслі біля телевізора, у когось — розгадування кросвордів чи спів у караоке. А були й такі, які протягом трьохсот років намагалися вирішити теорему Ферма чи піднятися на ніким не підкорену гірську вершину. І не варто намагатись зрозуміти вибір кожного — його просто потрібно прийняти.

Для найазартніших і одержимих такі захоплення стають невід'ємною частиною життя, ключем до складних лабіринтів їхнього духовного світу, дзеркалом їхнього світогляду, камертоном їхньої моральності. Чи можна відкрити людську душу через його уподобання? Скоріш за все ні. Але побачити можна багато. Іноді те, на що раніше ніхто не звертав уваги, зовсім дрібні деталі, інколи дивовижні відтінки.

* Роботу відзначено почесною відзнакою (Awarded Honorable Mention) у конкурсі Samuel J. Zakon з історії дерматології Товариством історії дерматології. Бостон, Массачусетс, 24 березня 2022 р.



Рис. 1. Ернесто Че Гевара

Отже, ми розкажемо про наших шановних колег і про їхні захоплення. Банальні та непересічні. Різні. Імена більшості людей, про яких ми хочемо розповісти, золотими літерами вписані в історію дерматовенерології. Вони здійснили безліч наукових відкриттів, їхній блискучий клінічний досвід допоміг зцілити і полегшити страждання величезної кількості хворих, вони талановиті педагоги, які щедро ділилися знаннями зі своїми колегами-учнями. При цьому більшість з них мали високі громадянські якості.

Ми спробуємо відкрити маловідомі сторінки їхнього життя. Скромно зазирнувши за лаштунки разом із тими, кому це цікаво, ми, можливо, ще краще побачимо та оцінимо те, що відбувалося на головній сцені.

Любов до живопису, музики, літератури. Колекціонування. Захоплення спортом та інші варіанти активного проведення часу. Дивні екзотичні уподобання. І ще те, що навряд взагалі можна вважати за такі. Те, що для деяких наших колег стало, можливо, більшим, ніж медичне покликання. З чого почати? Напевно, з останнього.

Восьмого жовтня 1967 р. в Болівії під час бою з урядовими військами біля селища Ла-Ігера було поранено і захоплено в полон командира партизанського загону лікаря на ім'я Ернесто Рафаель Гевара Лінч де ла Серна. Наступного дня його було страчено... Після закінчення університету Буенос-Айреса Ернесто працював лікарем у Мексиці. Спеціалізувався у хірургії, дерматології, лепрології та лікуванні хвороб, супутніх проказі. Звичайно, йдеться про великого латиноамериканського революціонера, команданте Кубинської революції 1959 р. і кубинського державного діяча Ернесто Че Гевара (Ernesto Rafael Guevara Lynch de la Serna, 1928–1967) (рис. 1). Весь світ знає ім'я великого революціонера, але практично ніхто не знає дерматолога на ім'я Че Гевара.

Бути корисними своїй країні чи хоча б частині її громадян і на немедичній ниві з більшим чи меншим успіхом намагалися багато наших колег. Французький дерматовенеролог масон Жан-Віктор Оганьє (Jean Victor Augagneur, 1855–1931) завідував кафедрою венеричних хвороб та керував клінікою сифілісу в університеті Ліона у 1904–1905 рр. Ця амбітна і досить зла людина, що мала пристрасний характер, отримала прізвиська «Диктатор Ліона» та «Імператор» не за свою медичну діяльність, а за службу на посаді мера Ліона, губернатора Мадагаскару, міністра та генерал-губернатора Екваторіальної Африки. Засновника Швейцарського товариства дерматології та венерології та першого керівника дерматологічної служби в Женеві Х'юза Ольтрамара (Hughes Oltramare, 1851–1937) у 1918–1919 і 1922–1923 рр. обирали мером цього прекрасного міста у підніжжя Монблану. Завершивши медичну академічну кар'єру і оселившись у своїй садибі в Лонпон-сюр-Орж (Longpont-sur-Orge), відомий французький дерматолог Фердинанд Жан Дар'є (Ferdinand Jean Darier, 1856–1938) протягом десяти років — з 1925 до 1935 р. — очолював муніципалітет цього невеликого містечка поблизу Парижа. А на півдні Франції в місті Юпарлак (Nuparlac) обов'язки мера в дуже складний період з 1939 до 1945 р. справно виконував доктор Жозеф Айріньяк (Joseph Ayrignac, 1874–1951), відомий фахівець з лікування хвороб шкіри і сифілісу. У вільний від державної служби час він співав у створеному і очолюваному ним хорі. Голос Ж. Айріньяка зберегла для історії всесвітньо відома компанія Columbia, що випустила платівки з музичними творами цього самотнього творчого колективу. А ще Жозеф Айріньяк був великим прихильником боулінгу і одним із засновників у 1921 р. найстарішого у Франції спортивного боулінг-товариства Espalion. Під час австрійської окупації Боснії та Герцеговини відомий дерматолог із Відня Ісидор Нейман (Isidor Neumann, 1832–1906) за завданням уряду опікувався проблемами системи охорони здоров'я. Англійський дерматолог сер Ернест Гордон Грем-Літл (Ernest Gordon Graham-Little, 1867–1950) з 1924 до 1950 р. був депутатом британського парламенту. Дерматолог за професією Девід Кінг Олдердаїс (David King Alderdice, b. 1966) з лікарні Ольстера у 1998–1999 рр. був лорд-мером Белфаста.

Михайло Опанасович Булгаков (1891–1940) (рис. 2) — письменник та чудовий лікар. Народився у Києві в родині професора духовної академії. Випускник медичного факультету Київського університету Святого Володимира. Диплом про затвердження він отримав 31 жовтня

1916 р. У формуванні Булгакова як дерматовенеролога особливе місце посідав завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб професор Сергій Петрович Томашевський (1854–1916). Лікарською справою М. Булгаков займався близько чотирьох років. Працював на самостійній лікарській ділянці, у шпиталях, був хірургом, інфекціоністом, венерологом. А головне, він зустрічався з людьми різного віку, професій та соціальних верств, завдяки чому набув великого досвіду та знання життя, необхідних письменникові. Віддаючи належне Булгакову як лікарю, без жодних сумнівів треба визнати, що письменник у ньому все ж таки перемає. Сам він про це 26 жовтня 1923 р. у своєму щоденнику написав так: «В минути нездорового одиночства предаюсь печальным и завистливым мыслям. Горько раскаиваюсь, что бросил медицину и обрек себя на неверное существование. Но, видит Бог, одна только любовь к литературе и была причиной этого» [2].

Михайло Опанасович Булгаков — автор романів «Біла гвардія», «Майстер і Маргарита», п'єс «Дні Турбіних», «Біг», повісті «Собаке серце» та багатьох інших творів. Ще як венеролог Булгаков став автором гумористичного оповідання «Свято з сифілісом». А науково-літературна специфіка його оповідання «Зірковий висип» не має аналогів у світовій літературі. У ньому з великою цнотливістю і гуманністю Булгаков розповів про хворих на сифіліс і описав подробиці їхнього лікарського обстеження. При цьому він дав глибокий науковий аналіз поширення цього страшного захворювання та навіть окреслив заходи боротьби з ним.

Конкуренцію лікарю Булгакову на літературній ниві складно скласти не те що дерматологам, а й професійним письменникам. І все ж...

Готфрід Бенн (Gottfried Benn, 1886–1956) — німецький поет-експресіоніст, прозаїк, драматург, лікар. Фахівець у галузі шкірних і венеричних хвороб та патологоанатом. Був одним із перших шанувальників, а пізніше жорстким критиком націонал-соціалізму. У 1936 р. фашисти заборонили йому лікарську практику, в 1938 — виключили з імперської палати культури, заборонивши не лише публікувати свої твори, а й навіть писати їх. У 50-ті роки Готфрід Бенн був своєрідним «законодавцем» у західнонімецькій літературі, яка в ті роки багато в чому перебувала під впливом письменників «внутрішньої еміграції» і по більшості була далекою від політичної та соціальної проблематики.

Старший лікар дерматологічної клініки університету в Мюнхені Ганс Отто Мюнстерер (Hans Otto Münsterer, 1900–1974) — автор кількох романів, романтичних балад та меланхолійної



Рис. 2. Михайло Опанасович Булгаков

поезії. Як і Готфрід Бенн, у 1937 р. Мюнстерера виключили з імперської палати культури Третього рейху і заборонили займатися літературною діяльністю. Тільки в 1947 р. знову з'явилися його вірші в журналах «Золоті ворота» («Das Goldene Tor») та «Хохланд» («Hochland»). Певний вплив на його літературну творчість справила близька дружба з молодим Бертольдом Брехтом. Доктор Мюнстерер проводив етнографічні дослідження та зібрав видатні етнографічні колекції, які зараз є частиною експозиції Баварського національного музею у Мюнхені та найбільшого у Німеччині та світі Єпархіального музею християнського мистецтва у баварському Фрайзінгу.

Німецько-американський лікар Мартін Гамперт (Martin Gumpert, 1897–1955) мав найвищі літературні якості. Він є автором чудових віршів та прекрасної прози. Перебуваючи в політичній еміграції, з осені 1936 р. жив у Нью-Йорку, де підтримував добрі стосунки з багатьма німецькими письменниками-вигнанцями. Особливо дружні стосунки, якщо не сказати більше, у Мартіна Гамперта склалися з Ерікою Манн та її братом Клаусом, дітьми видатного німецького письменника, лауреата Нобелівської премії Томаса Манна. У своєму ключовому творі та одній з найзначніших книг ХХ ст. «Доктор Фаустус» (1943) Томас Манн скористався інформацією доктора Гамперта про перебіг сифілісу. Ймовірно, такий яскравий опис захворювання видатний письменник навряд чи отримав би з інших джерел. А ще Мартін Гамперт працював медичним оглядачем у всесвітньо відомому журналі новин «TIME».

Значних успіхів на літературній ниві досяг наш німецький колега Філіп Келлер (Philipp Keller, 1891–1973) з Аахена.

Мальтійського поета і дерматолога Рузара Бріффа (Ružar Briŝfa, 1906–1963) вважають найбільшою фігурою в мальтійській літературі. З 1951 до 1963 р. він читав лекції з дерматології та венерології в Королівському університеті Мальти в м. Мсіда. Рузар Бріффа був одним із

небагатьох дерматологів, портрети яких розміщені на поштових марках. Щоправда, в такий спосіб відзначені його успіхи не в дерматології, а саме в літературі.

Австрійський лікар, поет та есеїст Елеазар Фойерман (Elesazar Jerzy Feuerman, 1919–2011) писав у літературних журналах під псевдонімом Єжи Погорзельський (Jerzy Pogorzelski). У 1957 р. він емігрував до Ізраїлю. Доктор Фойерман протягом багатьох років завідував дерматологічним відділенням у лікарні «Бейлінсон» (Beilinson Hospital), був професором та керівником кафедри дерматології у Тель-Авівському університеті. Його обирали президентом Дерматологічного товариства Ізраїлю.

Дуже ексцентричний одесит лікар Ценовський створював свій літературний імідж не тільки у Південній Пальмірі, а й у Москві. Антон Антонович Ценовський (1862–1930), доктор медицини, журналіст, музичний критик, співробітник газети «Одесские новости», друкувався в «Русском слове». З 1923 р. працював у Москві у популярній газеті «Труд». До від'їзду з Одеси Антон Антонович мав активну медичну практику. У рамках роботи в Одеському дерматологічному та венерологічному товаристві він виконував обов'язки товариша голови, тобто його заступника. На думку дослідників, грек за національністю А.А. Ценовський був кузеном Ганни Миколаївни Цакні, першої дружини російського письменника, лауреата Нобелівської премії Івана Буніна. Найімовірніше, Антон Антонович познайомився з Іваном Олексійовичем на його весіллі з Ганною Миколаївною. Надалі вони підтримували добрі стосунки, часто зустрічалися, вели дружнє листування [4].

Видатний німецький дерматолог і сифілідолог Еріх Гофман (Erich Hoffmann, 1868–1959) наприкінці 40-х років минулого століття опублікував дві книги про своє життя в медицині під назвою «Wollen und Schaffen» («Бажання та творення») та «Ringeln um Vollendung» («Прагнення до досконалості»). Очевидно, знаменитому лікарю та вченому було що розповісти про своїх вчителів, серед яких був Рудольф Вірхов (Rudolf Virchow, 1821–1902), про великі наукові роботи в галузі експериментального сифілісу та про видатне відкриття разом із Фрицем Шаудіном (Fritz Richard Schaudinn, 1871–1906) та Фредом Нейфельдом (Fred Neufeld, 1869–1945) збудника сифілісу *Spirochaeta pallida*. Про перші дослідження сальварсану разом з Паулем Ерліхом (Paul Ehrlich, 1854–1915), про еміграцію за часів націонал-соціалізму та багато іншого.

Випускник Карлового університету в Празі професор Антонін Тріб (Antonín Trüb, 1884–1960), засновник клініки дерматології на медич-

ному факультеті університету імені Масарика в Брно, голова Чехословацького товариства дерматології. Він є автором численних романів та поетичних збірок.

Георгій Борисович Біленький (1922–1970), доктор медичних наук, професор, керівник дерматологічної клініки МОНДКІ (Московський обласний науково-дослідний клінічний інститут ім. М.Ф. Володимирського), член Спілки письменників СРСР. Протягом 12 років був вченим секретарем розділу дерматовенерології Великої медичної енциклопедії. Георгій Борисович — людина винятково складної долі. Його батько став жертвою сталінських репресій та був розстріляний у 1937 р. У 1950 р. доцента Біленького заарештували і засудили за 58-ю статтею (ворог народу). У 1955 р. був реабілітований. Георгій Борисович увійшов до літератури, опублікувавши кілька оповідань та повість. За його сценарієм було знято художній фільм «І знову ранок», а в МХАТі за цим твором було поставлено п'єсу.

Професор дерматології в Токійському імператорському університеті Масао Ота (Masao Ota, 1885–1945) — видатний фахівець у галузі мікології та лепрології, відомий дерматологам усього світу як вчений, який ідентифікував «невус Ота». Він був тонким знавцем культури та історії мистецтва. Під псевдонімом Кіношита Мокутаро (Kinoshita Mokutaro) писав вірші, п'єси та романи. Також був чудовим, вельми самотнім художником.

Професор Алоїс Грейтер (Aloys Greither, 1913–1986) — керівник університетської дерматологічної клініки у Дюссельдорфі. Описав особливу форму прогресуючого дискератотичного дерматозу — «синдром Грейтера». Алоїс був людиною різнобічних інтересів. Він став лікарем вже маючи вищу музичну освіту та будучи кандидатом мистецтвознавства. Крім того, був художником, перекладачем, письменником, поетом, колекціонував витвори мистецтва.

Сказати, що багато колег-дерматологів грали на різних музичних інструментах — все одно, що не сказати нічого. Чи не для більшості з них музична освіта була просто складовою їхньої загальної освіти, важливим елементом у їхньому естетичному вихованні. Для деяких музика назавжди залишилася невід'ємною частиною життя.

Історія зберегла чудове документальне свідчення про небадуже ставлення до музики в сім'ї великого дерматолога Пола Герсона Унна (Paul Gerson Unna, 1850–1929). ...У вітальні зібралася вся родина. Можливо, сьогодні Ханука чи переддень Різдва, а може й звичайнісінький день. Що виконає сімейний оркестр? Біля рояля Пол молодший, а в глави сім'ї партія на віолончелі... (рис. 3).

Професор Йохан Фабрі (Johannes Fabry, 1860—1930) протягом майже тридцяти років очолював кафедру дерматології та дерматологічні клініки у Дортмунді. У 1898 р. він зробив перший опис хвороби, яка тепер носить його ім'я. «Хвороба Фабрі», або «хвороба Андерсона — Фабрі» — це рідкісне генетичне захворювання, що виникає внаслідок порушення метаболізму сфінголіпідів і має широкий спектр клінічних симптомів. Професор Фабрі був різнобічно обдарованою людиною. Він виявляв великий інтерес до музики, дуже талановито грав на скрипці та альті.

Знаменитий професор дерматології в університеті Цюріха Гвідо Мішер (Guido Miescher, 1887—1961), про якого ми розповімо нижче, грав на скрипці. Виняткові музичні здібності мав його син, відомий професор Пітер Антон Мішер (Peter Anton Miescher, 1923—2020), фахівець з проблеми аутоімунних захворювань та чудовий музикант, який закінчив консерваторію. Не коректно порівнювати наукові та музичні успіхи батька та сина. Але щодо однієї позиції в їхньому загальному захопленні син явно виявився попереду батька. Йдеться про розмір... музичного інструмента. Батько віртуозно грав на скрипці, син віддав перевагу віолончелі.

Київський дерматолог Карол Шадек (Karol Szadek, 1852—1907) з юності грав на віолончелі. Він здобув повну загальну та музичну освіту в Житомирі, де його батько, випускник Празької консерваторії, викладав музику. У 1868—1874 рр. К. Шадек навчався на медичному факультеті університету Святого Володимира в Києві. Ще під час навчання він виконував свою партію в оркестрі міського театру.

Чудово грав на скрипці завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького медичного інституту професор Юхим Миронович Левін (1895—1961). Він був членом мистецької ради Обласного музично-драматичного театру імені М.К. Садовського. Про себе Юхим Миронович писав: «До лікарської діяльності моєю професією було музичне мистецтво, головним чином оперний спів» [1].

Американський дерматолог з Далласу Джордж Бейкер (George C. Baker, b. 1951) отримав перші уроки гри на фортепіано у чотири роки. У віці 10 років він почав навчатися гри на органі. Сьогодні Джордж Бейкер є всесвітньо відомим органістом, композитором та педагогом музики. На додаток до своєї музичної кар'єри Дж. Бейкер отримав ступінь доктора медицини в Південно-Західній медичній школі Техаського університету в Далласі у 1987 р. Після стажування в галузі внутрішньої медицини та дерматології з 1991 р. займається практичною дерматологією.



Рис. 3. Сімейний концерт у будинку Унна

Зліва направо: Елізабет, Ойген, Карл, Георг Вільгельм, Пол-молодший та глава сім'ї Пол Герсон Унна.

З раннього дитинства майбутній першовідкривач блідої трепонеми Фриц Шаудін проводив багато часу біля фортепіано. Примітно, що робив він це з великим бажанням, на відміну від інших нав'язуваних йому занять. Так Шаудін-старший був зовсім розчарований байдужістю сина до коней. Подумати тільки, адже розведення коней було частиною сімейного бізнесу. Музика стала важливою в його, на жаль, дуже короткому житті. Часом, спілкуючись із друзями та колегами, він виконував для них улюблені твори Грига, Шумана, Бетховена.

Керівник кафедри дерматології Гарвардського університету з 1959 до 1987 р. та голова дерматологічної служби Масачусетського госпіталю Томас Бернард Фітцпатрік (Thomas Bernard Fitzpatrick, 1919—2009) був пристрасним любителем музики, піаністом та експертом з творчості Йогана Брамса. Він був скромною людиною, але дуже пишався тим, що його було обрано до складу Ради піклувальників всесвітньо відомого симфонічного оркестру Бостона.

Англійський дерматолог Джордж Крайтон Уеллс (George Crichton Wells, 1914—1999) працював у Лондонській лікарні Святого Томаса. У 1971 р. він зробив опис еозинофільного целюліту («синдром Уеллса»). Серед його різнобічних захоплень значне місце посідала гра на іспанській гітарі. Красиво та романтично.

Гра на гітарі та фортепіано — одне з улюблених захоплень дерматолога Марка К. Валентайна (Mark Conrad Valentine, b. 1948) з Еверетту, штат Вашингтон. Він також є зятим колекціонером та реставратором старих медичних книг. Експерт з історії дерматології професор Валентайн є головою Комітету з присудження премії Семюеля Закона (The Samuel J. Zakon Award Committee American Academy of Dermatology. Award for Best New Work in the History of Dermatology).

Але музичний інструмент кожен маестро вибирає самостійно. Завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб Ташкентського медичного інституту професор Армаїс Аристоргович Акбовян (1900–1974) був дуже музикальним і в молодості грав на трубі.

А німецький дерматолог, лідер у галузі грибкових захворювань і особливо у гінекологічній мікології, доктор Хайнц Малік (Heinz Malicke, 1933–2009) віртуозно вправлявся із саксофоном та кларнетом.

Англійський лікар Кемпбелл Грейг де Морган (Campbell Greig De Morgan, 1811–1876) був талановитим музикантом та обдарованим карикатуристом. У дерматології він залишив по собі пам'ять, описавши симптом, названий його ім'ям. «Симптом Моргана» («плями Моргана») – дрібні телеангіектатичні ангіоми на обличчі та інших ділянках тіла у людей похилого віку; ознака старіння.

Нам нічого не відомо про те, чи грав професор Фред Маллінс (J. Fred Mullins, 1920–2002), керівник дерматологічної клініки Техаського університету в Сан-Антоніо, на якомусь музичному інструменті. Але всі, хто був з ним знайомий, знали, що він був чудовим танцюристом. Прізвисько, яке він отримав, якнайбільше відповідало його головному захопленню. «Танцюючий Фред» – і цим усе сказано.

Опустивши кришку рояля і відклавши перо, хтось із наших колег, узявши пензель та палітру, підходив до мольберта. «Талановита людина має талант у всьому». Не нам належить цей вислів, але заперечувати суті сказаного ми точно не будемо. Тільки захоплення та величезну повагу викликають різнобічні здібності наших шановних колег.

Антон Ельфінгер (Anton Elfinger, 1821–1864) – австрійський лікар та талановитий ілюстратор. Він навчався в Академії образотворчих мистецтв Відня, потім вивчав медицину. У 1845 р. став помічником відомого дерматолога Фердинанда фон Гебра (Ferdinand Ritter von Hebra, 1816–1880). З 1849 до 1858 р. був ілюстратором медичної літератури. Разом з Карлом Хейтцманом (Carl Heitzmann, 1836–1896), ще одним дерматологом, патологоанатомом та чудовим ілюстратором, вони оформили видатну роботу Фердинанда Гебра «Atlas der Hautkrankheiten» («Атлас шкірних захворювань»). Ельфінгер був ще й найпопулярнішим карикатуристом. Він публікував свої роботи під псевдонімом Cajetan – Каєтан. Талановитим художником був австрійський лікар Соломон Ерманн (Salomon Ehrmann, 1854–1926), професор дерматології у Відні.

Фелікс Пінкус (Felix Pinkus, 1868–1947) у 1939 р., рятуючись від нацистів, залишив Німеч-

чину. Складний і довгий шлях, що проходив через Норвегію, Швецію, Данію, Радянський Союз і Японію, привів вченого до Сполучених Штатів, де з 1933 р. проживав його син Герман Пінкус (Hermann Pinkus, 1905–1985), відомий американський дерматолог. На запрошення професора Генрі Міхельсона (Henry Michelson, 1888–1972) в університеті штату Мінесота він читав лекції з гістопатології шкіри. Фелікс був людиною, яка знала Рудольфа Вірхова, Роберта Коха (Robert Koch, 1843–1910) та багатьох інших легендарних лікарів і вчених, таких як Фердинанд Жан Дар'є, Йозеф Ядассон (Joseph Jadassohn, 1860–1936), Георг Арндт (Georg Arndt, 1874–1929), Фріц Шаудін та Еріх Гофман. Він особливо захоплювався Паулем Ерліхом, якого вважав генієм. Щоправда їхні стосунки мали як науковий, так і особистий характер – Нобелівський лауреат (1908) був одружений з Гедвігою Пінкус, двоюрідною сестрою Фелікса. Захопленням Фелікса Пінкуса була любов до малювання і, на думку колег та фахівців, він був талановитим художником.

Йорген Нільсен Шауманн (Jörgen Nilsen Schaumann, 1879–1953) – професор дерматології у Стокгольмі. Спеціалізувався в галузі саркоїдозу. Був досвідченим художником та скульптором. Його роботи прикрашають деякі громадські місця у столиці Швеції.

Тонким знавцем музики та живопису був відомий французький дерматолог і міколог Раймон Жак Адрієн Сабуро (Raymond Jacques Adrien Sabouraud, 1864–1938), який практично все життя працював у лікарні Сент-Луїс у Парижі. Вільний час він присвячував скульптурі і отримував дуже сприятливі відгуки мистецтвознавців свого часу. Які чудові його бронзові статуєтки в стилі ню! І це не лише наша суб'єктивна оцінка, а й думка спеціалістів. Пішовши у відставку, Сабуро повністю присвятив себе скульптурі (рис. 4).

Роберт Кренстон Лоу (Robert Cranston Low, 1879–1949) – шотландський дерматолог з Единбурга. Ще студентом він захопився живописом. У його медичній кар'єрі навіть був такий момент, коли він прагнув повністю присвятити себе живопису. Більше поталанило медицині. Сьогодні одне із його полотен прикрашає Королівську лікарню в Лестері.

Адольф Дюпон (Adolphe Dupont, 1898–1982) – бельгійський дерматолог, професор кафедри дерматології медичного факультету університету Брюсселя. Крім медицини Адольф Дюпон мав ще одну пристрасть. І це навіть більше, ніж хобі. По суті, він мав другу кар'єру – кар'єру живописця, аквареліста, малювальника і гравера. Він опублікував кілька досліджень, присвячених відомим художникам.

Дерматолог з Пенсильванії Мінерва Сміт Бурк (Minerva Smith Buerk, 1909–2011) – президентка Американської медичної асоціації жінок (1970–1971) та одна із засновниць Жіночого дерматологічного товариства США, є автором чудових мальовничих робіт.

Одеський дерматолог професор Микола Зіновійович Юхневич (1886–1966) був талановитим художником та постійним учасником багатьох виставок. Йому вдавалися як натюрморти і поетичні пейзажі, так і портрети та гострі карикатури. Він був членом Мистецького товариства імені К.К. Костанді, яке об'єднувало художників традиціоналістської та помірно-модерністської орієнтації (проіснувало до 1930 р.)

Цей список талантів можна продовжувати та продовжувати. Але ми хочемо обговорити ще одне питання, яке є для нас вельми цікавим. Не можна не звернути увагу на те, що й ті, хто сам брався за пензель, і ті, кому бог не дав цього таланту, зі зрозумілих причин налагоджували особисті стосунки з художниками. Лікували, а в подальшому товаришували чи, навпаки, товаришували, а потім лікували. Напевно, траплялося й таке, що тільки товаришували чи лише лікували. Так-от, дружні стосунки з майстрами пензля часто давали цілком передбачуваний результат – у колекціях наших колег з'являлися нові експонати. Часом то були портрети друзів-дерматологів пензля друзів-художників. Бувало і навпаки, коли портрети пацієнтів та колег народжувались від пензля самих дерматологів, але траплялося таке набагато рідше.

Існує полотно, на якому зображений великий венеролог Альфред Фурньє (Jean Alfred Fournier, 1832–1915) пензля Анрі Тулуза-Лотрека (рис. 5), портрет професора дерматології Ягеллонського університету Францішека Кришталовича (Franciszek Krzysztalowicz, 1868–1931) пензля Станіслава Виспянські (рис. 6), портрети видатного дерматовенеролога з Бреслау Альберта Нейссера (Albert Neisser, 1855–1916) та його дружини Тоні, написані Альфредом Грейцером та Фрицем Ерлером (рис. 7). Винятково цікавим є знаменитий портрет відомого французького лікаря Поля Гаше (Paul Gachet, 1828–1909) пензля ван Гога (рис. 8). Свого часу він став найдорожчою картиною у світі. У 1990 р. на аукціоні Christie's портрет був куплений за \$82 млн, а потім його було перепродано на Sotheby's за \$60 млн анонімному покупцю. З того часу місцезнаходження картини невідоме. До речі, колекціонер живопису та великий цінувальник імпресіоністського мистецтва Поль Гаше був останнім лікарем Вінсента ван Гога під час його перебування в Овер-сюр-Уаз. А художник-аматор доктор Гаше



Рис. 4. Скульптор Раймон Сабуро у своїй майстерні



Рис. 5. Іспит на факультеті медицини у Парижі. Анрі Тулуз-Лотрек. 1901 р.

Другий праворуч Альфред Фурньє.



Рис. 6. Портрет Францішека Кришталовича. Станіслав Виспянські. 1904 р.

зробив передсмертний малюнок великого художника (рис. 9).

І ще одна, зовсім приголомшлива історія. Нещодавно в запасниках Лондонської національної галереї було виявлено безцінний портрет венеційського художника Вечелліо Тиціана. Кар-



Рис. 7. Портрети Тоні (1909) та Альберта Нейссер (1910). Альфред Грейцер



Рис. 8. Портрет доктора Гаше. Вінсент ван Гог. 1890 р.



Рис. 9. Вінсент на смертному одрі. Малюнок доктора Гаше. 29 липня 1890 року. Музей д'Орсе, Париж

тину придбала Національна галерея ще у 1924 р. і майже сто років вона припадала пилком у запасниках. На картині, як з'ясувалося, зображен Ієронім Фракасторій Веронський — італійський лікар, астроном і поет, один із видатних представників епохи Відродження (рис. 10). Ім'я вченого Джироламо Фракасторо (Girolamo Fracastoro, 1478—1553), що постійно використовується в літературі, є некоректним англійським перекладом і не може вважатися правильним [3]. Серед іншого, Ієронім Фракасторій Веронський є автором трьох медичних, в історичному плані абсолютно безцінних, науково-літературних творів — «Сифіліс, або Галльська хвороба», «О контагіях, контагіозних хворобах та лікуванні» та трактату «Про сифіліс». Тиціан та Ієронім Фракасторій Веронський були знайомі один з одним. Їхнє листування свідчить про дружні стосунки майстра та ескулапа. Хоча існує й інша версія, точніше, суттєва деталь, що тільки підтверджує факт їхньої дружби. Цілком імовірно, що портрет, про який йдеться, це подарунок вдячного пацієнта своєму лікарю. Експерти вважають, що портрет був написаний наприкінці 20-х — на початку 30-х років XVI ст.

Відомий професор дерматології з Парижа Фердинанд Жан Дар'є зображений на портреті Люсьєна Леві-Дюрме, а його колега з Ліона П'єр Адольф Адрієн Дойон (Pierre Adolphe Adrien Douyon, 1827—1907) — на портреті Леона Бонна. Художник Ганс Макарт написав портрет дружини видатного дерматолога Моріца Капоші (Moriz Karosi, 1837—1902). Відомий скульптор Карл Кундманн створив мармурову статую, що вінчає сімейний склеп Капоші. Моделлю для скульптури послужила Марта Капоші.

Є підстави вважати, що Микола Дмитрович Кузнецов, один із засновників «Товарищества южнорусских художников», був пацієнтом відомого одеського лікаря Теофіла Ігнатовича Вдовіковського (1834—1916). Результатом їхньої зустрічі та подальшого спілкування, окрім медичних аспектів, є ще портрет лікаря, написаний художником у 1887 р. Ще один портрет Вдовіковського належить пензлю пацієнта, за що дякуємо Миколі Дмитровичу. Адже якби не було цього полотна, можливо, сучасники й не уявляли б, як виглядав перший голова Одеського дерматовенерологічного товариства.

Портрети лікарів пензля пацієнтів... Є відчуття, що такі роботи майже завжди мають хитромудрий сюжет. Але коментувати ці ситуації — завдання окремого дослідження.

Колекціонери... Серед тих, про кого ми пишемо, захоплення колекціонуванням було якщо не у кожного, то у кожного другого. І це зрозуміло.

Тяга до прекрасного та ексклюзивного характерна для людей цього кола. Крім того, якщо відкинути зайве святенництво і реально оцінювати ситуацію, то не можна не відзначити ще один, цілком очевидний факт. І найвидатніші фахівці, і ті, хто мали більш скромну репутацію та професійні можливості, були матеріально забезпеченими людьми. І цілком логічно, що вони вкладали свій капітал у нерухомість або перетворювали м'яті купюри на безцінні витвори мистецтва. Ми не відкриємо жодного секрету, якщо повідомимо про те, що імена багатьох наших шановних колег у різний час разом із винятковими витворами мистецтва виринали на найпрестижніших аукціонах світу. При цьому не можна не відзначити, що багато з них зрештою дарували, заповідали або в якийсь інший спосіб робили свої скарби надбанням музеїв, рідних університетів та клінік. Меценатство — це також частина їхнього життя.

Вкотре постає питання: з кого ж почати розмову про збирачів і кого вибрати з цього нескінченного списку: Фердинанда Жана Дар'є, Жана Луї Брока (Jean Louis Brocq, 1856—1928), Хулусі Бехчета (Hulusi Behçet, 1889—1948), Луїса Адольфа Дюринга (Louis Adolphus Duhring, 1845—1913), Моріца Капоші, Фелікса Пінкуса, братів Геркстеймер?

Керівник дерматологічної клініки медичної школи університету Оклахоми Марк Аллен Еверетт (Mark Allen Everett, 1928—2006) був великим лікарем, філантропом та покровителем мистецтв. Мистецтво було його довічною пристрастю. Він був колекціонером живопису, скульптури, рідкісних книг та давніх артефактів. Більшість своєї колекції Еверетт пожертвував різним музеям. За свої визначні заслуги професор Еверетт був зведений у Лицарі Ордену Святого Гробу Господнього і в 2000 р. в Римі удостоївся особистої аудієнції Папи Римського Іоанна Павла II.

Сер Вільям Джеймс Еразм Вілсон (William James Erasmus Wilson, 1809—1884) стояв біля витоків англійської дерматології. Він заснував і був першим завідувачем кафедри дерматології у Королівському коледжі лікарів. Відомий лікар і великий цінувальник мистецтва мав пряме відношення до однієї дивовижної історії, яку ми хочемо зараз нагадати.

У 1819 р. віце-король Єгипту Мохаммед Алі подарував уряду Британіїobelіск, відомий сьогодні як Голка Клеопатри. Його встановлено на північній набережній Темзи між мостами «Ватерлоо» і «Хангерфорд». І якщо віце-королю цей дар взагалі нічого не коштував, то Британії він обійшовся дуже дорого.obelіск залишався в Єгипті до 1877 р., коли філантроп і меценат, наш шановний колега сер Джеймс Еразм Вілсон



Рис. 10. Портрет ієроніма Фракасторія Веронського. Вечелліо Тіціан

пожертвував на перевезення монумента з Олександрії до Лондона величезну на той час суму — 15 тис. фунтів і сприяв будівництву спеціального металевого понтона для транспортування. Під час подорожі до Англії корабель потрапив у шторм, понтон загубився і шестеро матросів, що його супроводжували, загинули. Але через 4 дні понтон дивом був знайдений іспанськими рибалками і врятований шотландським пароплавом «Фіцморіс», який відбуксирував його в іспанський порт Феррол. Зрештою монумент таки прибув до берегів Альбіону.

Так, кількість експонатів у колекції, як і їхній розмір, не завжди визначають реальну ціну творів мистецтва. Але, до певної міри, доктор Вілсон звичайно ж чемпіон. Експонат, про який йдеться, має висоту близько 21 м та масу 180 т. І подібних творинь у світі лише три. Окрім Лондона, Голка Клеопатри прикрашає ще Париж та Нью-Йорк (рис. 11).

Видатний німецький дерматолог Альберт Нейссер був чудово інтегрований у вище суспільство і дружив з багатьма популярними людьми. Він та його дружина Тоні були пристрасними любителями та покровителями мистецтва. До друзів подружжя Нейссер входили архітектор Ганс Пельциг, скульптор Теодор фон Гозен, композитори Густав Малер і Річард Штраус, письменник, а згодом лауреат Нобелівської премії

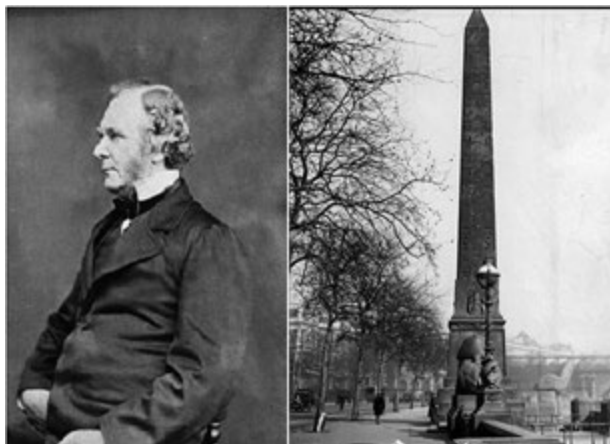


Рис. 11. Вільям Джеймс Еразм Вілсон.
Голка Клеопатри на березі Темзи у Лондоні



Рис. 12. Альберт Нейссер позує Фрицу Ерлеру. 1908 р.
Фото з колекції родини Брок зі Штайнхуде.

Герхарт Гауптман, художники Альфред Грейцер, Фриц та Еріх Ерлери. Їхня розкішна вілла, наповнена скарбами мистецтва, була культурним центром Бреслау. Серед вишуканих експонатів колекції були портрети господарів Тоні та Альберта Нейссер та багатьох відомих гостей вілли. Для історії зберігся приголомшливий фрагмент, що так вдало вписується в наше дослідження: на фотографії зображено момент, коли видатний вчений позує знаменитому художнику (рис. 12). Свою віллу та всі шедеври мистецтва великий дерматолог та меценат заповідав рідному Бреслау. В 1920 р. її було перетворено на музей. Тисячі томів із бібліотечної колекції були подаровані бібліотеці університетської клініки. На жаль, нацисти, що прийшли до влади, в 1934 р. конфіскували віллу та її вміст. У 1945 р. її було зруйновано.

Володимир (Владзимеж) Лукасевич (Władimir von Lukaszewicz, 1860–1924) — відомий львівський професор-дерматолог, один із авторів епоніма «реакція Яриша—Герксгеймера—Лукасевича». Професор був художником-аматором та колекціонером творів мистецтва. Він збирав старовинні меблі; мав колекцію старовинних скульптурних бюстів, картин та гобеленів. У 1921 р. професор Лукасевич пожертвував 12 картин, у тому числі полотно Ганса Гольбейна Старшого, до національного музею Кракова.

Фредерік Гольдшлаг (Fryderyk Goldschlag, 1893–1973) — професор дерматології у Львові та Сідней (Австралія), тонкий знавець літератури та живопису, зібрав чудову колекцію картин польських та єврейських майстрів. Багато експонатів своєї колекції, а якщо бути точнішим, то 29 картин, він подарував Національному музею в Кракові. Вийшовши на пенсію та переїхавши до Лондона, багато уваги приділяв літературній творчості.

Грандіозна колекція творів мистецтв та історичних артефактів родини Пінкус знаходиться

у Центрі єврейської історії інституту Лео Бека у Нью-Йорку (Leo Baeck Institute).

Один із основоположників дерматовенерології в Норвегії професор університету в Крістіанії (Осло) Цезар Пітер Меллер Бек (Caesar Peter Moller Voeck, 1845–1917) був колекціонером та пристрасним шанувальником мистецтва. Більшість свого вільного часу він проводив у музеях. У 1917 р. опублікував трактат про Рембрандта. Свою колекцію творів мистецтва вчений заповів музею свого рідного міста Драммен.

Відомий лікар з Лондона, автор цілої низки дерматологічних епонімів Фредерік Паркс Вебер (Frederick Parkes Weber, 1863–1962) від свого батька сера Германа Девіда Вебера (1823–1918), який був особистим лікарем королеви Вікторії, крім пристрасного захоплення альпінізмом, успадкував і любов до колекціонування монет, ваз та інших красивих предметів. Він був членом Королівського нумізматичного товариства.

Професор з Філадельфії Френк Крозер Ноулз (Frank Crozer Knowles, 1881–1957) колекціонував старовинні меблі, китайську порцеляну та східні килими.

Кар'єра професора дерматології та сифілідології з Клівленда Гарольда Ньютона Кола (Harold Newton Cole, 1884–1966) була довгою та видатною. Він був піклувальником і президентом Медичної бібліотечної асоціації, одним із засновників Американської ради з дерматології та сифілідології, президентом Американського дерматологічного товариства, членом-кореспондентом багатьох дерматологічних товариств у Європі та Південній Америці. Гарольд Коул був захопленим бібліофілом, фанатом рідкісних книжок. Його колекція включала перше видання «Syphilis. Sive Morbus Gallicus» (1530) Ієроніма Фракастія Веронського, перше латинське видання трактату Ульріха фон Гуттена (Ulrich von Hutten,

1488—1523) «De guaiaci medicina et morbo Gallico Liber vous» (1519), роботу Джона Хантера (John Hunter, 1728—1793), дерматологічний атлас Жан-Луї Алібера (Jean-Louis Alibert, 1768—1814) та ще багато бібліографічних раритетів.

Вільям Андерсон (William Anderson, 1842—1900) — керівник відділення дерматології у лікарні Святого Томаса у Лондоні. Співавтор епоніма «хвороба Андерсона—Фабрі» (1898). Він зробив опис хвороби того самого року, коли її описав німецький дерматолог Йохан Фабрі. Вільям Андерсон був людиною багатьох талантів. Працюючи в Японії, зібрав чудову колекцію предметів японського мистецтва, гравюр, офортів та ілюстрованих книг, що відображали історію розвитку японського мистецтва. Пізніше він продав свою колекцію Британському музею. На той час її вважали найкращою в Європі, а можливо, й у світі.

Англійський лікар Едвард Альфред Кокейн (Edward Alfred Cockayne, 1880—1956) у 1933 р. опублікував наукову працю «Успадковані аномалії шкіри та її придатків» (Inherited Abnormalities of the Skin and its Appendages). На той час це була перша книга з проблеми спадкових хвороб шкіри. Він є автором епоніма «синдром Кокейна» (1936), рідкісного спадкового захворювання, дерматологічна симптоматика якого включає фотосенситивний дерматит. Едвард Кокейн зібрав видатну колекцію метеликів, яку в 1947 р. передав до музею природної історії. Він досяг вершини у цій галузі науки, коли його було обрано президентом Королівського ентомологічного товариства. Доктор Кокейн опублікував понад 200 статей та нотаток в ентомологічних журналах. У 1954 р. він отримав орден Британської імперії за заслуги в цій галузі. У своєму заповіті він залишив 5000 фунтів стерлінгів та акварелі власної роботи Британському музею, а також гроші та книги для різних ентомологічних товариств.

Президент Французького товариства медичної мікології, завідувач лабораторії у лікарні Сент-Луїс Еміль Рівальє (Emile Rivalier, 1892—1979) був ще й президентом Ентомологічного товариства Франції.

Фелікс Береншпрунг (Felix von Bärensprung, 1822—1864), керівник департаменту венеричних захворювань лікарні Шаріте в Берліні, був відомим ентомологом та провідним членом Національного ентомологічного інституту. Він відіграв важливу роль у створенні першого журналу товариства «*Berliner Entomologische Zeitschrift*», в якому публікував свої роботи.

Німецький дерматолог, який працював у Бреслау та Вейсбадені, Карл Тутон (Karl Touton, 1858—1934) був захопленим ботаніком-аматором. Його гербарій складався з 20 000 зразків

багатьох видів. Ця колекція була придбана у 1929 та 1935 р. ботанічним музеєм Берліна та нині включена до загальної музейної експозиції.

Австралійський лікар і конхіліолог сер Джозеф Кук Верко (Joseph Cooke Verco, 1851—1933), який описав симптом, названий його ім'ям, — «симптом Верко» — лінійні та точкові крововиливи під нігтями у хворих на вузлувату еритему, вільний від лікування час приділяв конхіліології (розділ зоології, що вивчає раковини). Досить рідкісне захоплення.

Його земляк та колега австралійський дерматолог з Аделаїди Роуленд Едвард Гарольд (Rowland Edward Harrold, 1865—1924) був пристрасним квітником. Він обіймав посаду президента Південно-Австралійського товариства любителів гвоздик та запашного горошку. Ще одним захопленням професора Гарольда став боулінг. Він був чудовим боулером і одним із засновників, мабуть, найкращого в Австралії боулінг-клубу.

Один з авторів епоніма «синдром Стівенса—Джонсона», який впевнено посів своє місце в дерматології, американський педіатр Френк Чемблїсс Джонсон (Frank Chambliss Johnson, 1894—1934) був ботаніком-аматором. Це, на перший погляд, абсолютно невинне захоплення, коштувало йому життя. Він трагічно загинув, впавши з урвища під час збору зразків рослин. Йому було лише 40 років.

Його співавтор з епоніма американський хірург Альберт Мейсон Стівенс (Albert Mason Stevens, 1884—1945), з 1934 р. перебуваючи на пенсії, жив на Гаваях, де захоплювався вирощуванням тропічних фруктів. Чи вирощував він фрукти на присадибній ділянці, чи володів плантаціями, нам достеменно не відомо. Але ми точно знаємо, що, будучи власниками розкішних вілл та заміських маєтків, багато наших колег ставали любителями та тонкими знавцями садово-паркового мистецтва.

Після виходу на пенсію відомий німецький дерматолог Оскар Ганс (Oscar Gans, 1888—1983) разом із дружиною оселився в Комано, поблизу Лугано, в Швейцарії. Тут він мав чудовий будинок, зведений на схилі пагорба, в оточенні ретельно доглянутих троянд і невеликого виноградника.

Усе життя видатного німецького дерматолога Карла Герксгеймера (Karl Herxheimer, 1861—1942) було пов'язане з Франкфуртом. Але, окрім розкішного особняка на березі Майну, йому належав і чудовий котедж у Гунтені на північному узбережжі казкового озера Тун у Швейцарії.

Королівські сади К'ю в Лондоні — це справжній ботанічний музей під відкритим небом, царство дерев, чагарників і квітів. Тут облаштував свій будинок і знайшов у ньому місце для



Рис. 13. Дендрарій Вінкворт

солідної колекції картин відомий берлінський лікар, а потім керівник департаменту дерматології в лікарні Блекфрайарс (Hospital Blackfriars) Ернст Скларц (Ernst Sklarz, 1594), який емігрував з Німеччини в 1936 р.

Радістю для професора Максиміліана Уолтерса (Maximilian Wolters, 1861–1914) з Ростока були його будинки і сад, в якому він виховував одомашнених зябликів та вирощував квіти.

Власником розкішної вілли у парку Шейтнігер (Scheitnig Park) у Бреслау був всесвітньо відомий лікар та вчений Альберт Нейссер.

У розкішному особняку на березі мальовничої затоки на західному узбережжі Шотландії мешкав відомий дерматолог Алан Лайєлл (Alan Lyell, 1917–2007), автор епоніма «хвороба Лайєлла».

Орхідеї, розарії, оранжереї, виноградники. Деяким цього здавалося замало. Їм хотілося відчувати інший масштаб. Доктор Вілфрід Фокс (Wilfrid Stephen Fox, 1875–1962) був видатним англійським дерматологом. Він практикував у лікарні Святого Георгія в Лондоні. У 1937 р. в графстві Суррей, на землі, що йому належала, він почав створювати дендрарій. У результаті на схилах, що ведуть вниз до декоративних озер, з'явився рідкісний по красі деревний розплідник з великою колекцією дуба, ліквідамбари, ниси, стюартії, клена, берези, азалій, рододендрона, падуба та інших чудових рослин. Ще одним експонатом у цьому чарівному різнобарв'ї став вид горобини Wilfrid Fox, названий на честь дерматолога. У 1948 р. доктор Фокс отримав вищу нагороду від Королівського садівничого товариства, в 1952 р. — передав частину свого творіння в національний фонд і ще через п'ять років подарував решту розплідника. З того часу Вінкворт-дендрарій, цей шедевр садово-паркового мистецтва, відкрито для всіх бажаючих. Найвидатніша колекція дерев у Великій Британії

привертає увагу туристів не тільки з Європи, а й з усього світу (рис. 13).

А за тисячі миль від Туманного Альбіону у спекотному, навіть, скоріше, посушливому передмісті на околицях Лос-Анджелеса відбувалися схожі події. Почесний професор дерматології в університетах Лома-Лінда та Лос-Анджелеса в Каліфорнії Семюель Айерс-молодший (Samuel Ayres, Jr., 1893–1987) протягом майже 70 років зі своєю дружиною Хелен віддавали усі сили, знання та значні матеріальні ресурси для створення у Лос-Анджелесі розкішного дендрарію. Ця казка наяву розташувалася на пагорбах біля гори Сан-Габріель і є історичною пам'яткою міста.

Звісно, наші колеги-дерматологи, вирішуючи проблеми сьогодення, будували плани на майбутнє. Але багато хто з них серйозно цікавився минулим.

Едуард Арнінг (Eduard Arning, 1855–1936) — німецько-англійський дерматолог, мікробіолог та дослідник прокази. Під час свого дослідницького проєкту в південній частині Тихого океану він працював як антрополог і зібрав 300 одиниць полінезійських культурних об'єктів для Берлінського музею етнології. У той же час як фотограф-аматор він зробив не менше 237 рідкісних фотографій на скляних пластинах і склав каталог, в якому документував місце та час кожного зображення.

Провідний дерматолог у лікарні Святого Варфоломія в Лондоні Арчібальд Кеткарт Роксбург (Archibald Cathcart Roxburgh, 1886–1954) входив до складу Королівського археологічного інституту та до Ради Британської археологічної асоціації.

Англійський лікар Вільям Аллен Стердж (William Allen Sturge, 1850–1919), співавтор епоніма «синдром Стерджа–Вебера», у 1907 р. пішов з медицини і присвятив весь свій час археології. Він зібрав колекцію грецької та етрусської кераміки, а також реліквії палеоліту та неоліту. Його персональний музей у Саффолку налічував тисячі крем'яних знарядь. Нині ця колекція зберігається у Британському музеї, а його колекція грецьких амфор — у музеї Торонто. Доктор Стердж був співзасновником та президентом Товариства доісторичної археології Східної Англії.

Крім протозоології та музики, про що ми писали вище, великий інтерес до археології та антропології виявляв майбутній Нобелівський лауреат Роберт Кох. А ще він був шанувальником творчості Йоганна Вольфганга Гете і затятим шахістом.

До речі, про шахи. Серед наших колег завжди було багато любителів цієї захопливої гри. Одні з них за своїм рівнем не поступалися професіоналам, а інші частково ними й були. І це захоплення є цілком зрозумілим, воно чудово впису-



Рис. 14. Бертольд (праворуч) та Емануель Ласкери аналізують позицію на шахівниці (1908)

ється в образ лікаря-науковця. Адже шахи справді найінтелектуальніша спортивна гра, більше схожа на мистецтво.

Ім'я другого чемпіона світу з шахів — німецького гросмейстера Емануеля Ласкера — відоме мільйонам любителів цієї чудової гри. Але мало хто знає, що членом творчої команди чемпіона був його рідний брат Бертольд Ласкер (Berthold Lasker, 1860—1928), чудовий шахіст і дерматолог за освітою (рис. 14).

Швейцарський професор Оскар Негелі (Oskar Naegeli, 1885—1959) — директор дерматологічної клініки університету в Берні, автор численних наукових праць у галузі дерматології та венерології. У 1927 р. він описав варіант пігментного дерматозу, названий згодом на його честь. «Синдром Негелі» — ретикулярна пігментація шкіри, зниження потовиділення, гіподонтія, гіперкератоз долонь та підшов. Іноді поєднується з різними соматичними аномаліями. Професор Негелі був відомим шахістом. Він представляв Швейцарію на шахових олімпіадах у 1927, 1928, 1931 та 1935 р., а також на неофіційній олімпіаді у 1936 р. в Мюнхені. Двічі ставав чемпіоном Швейцарії (1910, 1936).

Німецький лікар-дерматолог Едмунд Адам (Edmund Adam, 1894—1958) більш відомий у Німеччині та за її межами як шахіст. Він чемпіон Європи із заочних шахів (IFSB Bundesmeisterschaft, Чемпіонат Федерації) і останній переможець відкритого чемпіонату Німеччини з шахового листування. З 1946 до 1956 р. був президентом Німецької асоціації з цього своєрідного способу гри в шахи. Сьогодні цей варіант гри може викликати лише посмішку.

У роки Другої світової війни Едмунд Адам був в'язнем кількох нацистських концтаборів,

очевидно, з політичних причин. Завершив він свою довгу табірну епопею у Бухенвальді.

Цікавий факт повідомила на своїх сторінках британська газета «The Daily Telegraph»: у Великій Британії були оприлюднені поштові листівки із зашифрованими посланнями часів «холодної війни». Їх посилали один одному заступник генерального директора британської розвідки MI-5, дуже успішний шахіст Грем Мітчелл та секретний агент із Франкфурта. Ці поштові картки знайшов хтось із домашньої прислуги Мітчелла понад 50 років тому. Вони були доставлені на його адресу в Чобхемі у графстві Суррей. Відправником усіх листів був Едмунд Адам із Франкфурта. Листи надруковані на машинці і датовані 1950 р. Вони виглядають як набір шахових ходів, але експерти вважають, що це коди, які використовували шпигуни в період «холодної війни». Однак розшифрувати їх поки що не вдалося. А чи справді шпигунство було ще однією таємною пристрастю доктора Адама? Однозначної відповіді у сучасників на це питання немає.

Соломон Конрадович Розенталь (1890—1955) — доктор медичних наук, професор. Уродженець Вільнюса, випускник медичного факультету Гейдельберзького університету. Працював у Харкові та Мінську. В 1931 р. переїхав до Ленінграда. Керував шкірною клінікою Ленінградського шкірно-венерологічного інституту. З 1939 р. Соломон Конрадович завідував кафедрою шкірних і венеричних хвороб Ленінградського державного стоматологічного інституту. Він автор багатьох, на той час сучасних наукових розробок, у тому числі й пропису «Рідина Розенталя». А ще Соломон Конрадович був майстром спорту з шахів, учасником, призером та переможцем багатьох турнірів (Гамбург, Бреслау, Петербург, Мінськ). Він — перший чемпіон Білорусії (перемагав у 1924 та 1925 р.)

Сповнена драматизму історія сталася 7 березня 1942 р. у Нью-Йорку за участю професора Елі Мошковіца (Eli Moschcowitz, 1879—1964), автора епоніма «синдром Мошковіца» — тромботична тромбоцитопенічна пурпура. Великий аматор шахової гри та член Манхеттенського шахового клубу, він з волі випадку опинився поряд із колишнім чемпіоном світу Хосе Раулем Капабланка в той момент, коли уражений інсультом шахіст упав на підлогу. Мошковіц намагався надати йому першу допомогу та організував машину «швидкої допомоги», щоб відвезти чемпіона до лікарні Гори Сінай, де сам тоді працював. Увечері наступного дня Капабланка помер. Доктор Мошковіц разом із колегами брав участь у розтині, який підтвердив причину смерті.



Рис. 15. Еде Нойбер біля крила свого улюбленого біплана. Жовтень 1931 р.

А черговий хід за шахівницею роблять нові гравці: Ернесто Че Гевара, не випадкові люди в дерматології Нобелівський лауреат Роберт Кох і видатний педіатр Ніл Федорович Філатов (1847–1902), автор епоніма «плями Філатова–Коплика» (одна з ранніх ознак кору), засновник шахового клубу в Кобленці відомий дерматолог Оскар Саломон (Oskar Salomon, 1875–1933), дерматолог з Нового Орлеану Ісидор Даєр (Isadore Dyer, 1865–1920), керівник клініки дерматології в Аугсбурзі професор Вольфганг Ніколовські (Wolfgang Nikolowski, 1918–2012)... Один з авторів цього матеріалу професор Лебедюк теж розставив шахові фігури, але партія не відбулася — доцент Корхов вирушив на полювання.

Ми не будемо вступати у дискусію з тими, хто вважає, що шахи — шкідлива гра, тому що шахісти втомлюються від сидіння і у них псується постава. Ми просто погодимося з колегами, які прагнуть екстриму і заради гострих відчуттів готові увійти у «штопор» або зробити «мертву петлю». І якщо для когось це метафора, то тільки не для професора Вітольда Совінського (Witold Sowinski, 1917–2009), дерматовенеролога з Познані, великого фахівця з мікології. Аероклуб, аеродром, кабіна літака стали невід’ємною частиною його життя. Піднявшись у повітря за штурвалом літака в 1936 р., незважаючи на жодні перепони як у небі, так і на землі, він залишався відданим членом авіаклубу до самої смерті. А перепони справді були: спочатку фашисти — Друга світова війна, потім комуністи — у 50-

роках минулого століття комуністична влада усунула його від польотів. І лише 1956 р. він зумів повернутися до активної авіаційної діяльності.

Професор дерматології університету в Дебрецені, а потім у Будапешті Еде Нойбер (Ede Neuber, 1882–1946) настільки був захоплений авіацією, що отримав ліцензію пілота та купив собі власний літак (рис. 15).

Там, у хмарах, доктор Совінські та доктор Нойбер могли скласти відмінну пілотажну групу з Марвіном Чорноскі (Marvin Chernosky, 1926–2010) — керівником дерматологічної клініки університету штату Техас у Х’юстоні. Саме літак був одним із головних захоплень відомого дерматолога. Крім того, це був ще й улюблений транспортний засіб для подорожей на його ранчо Хілл-Кантрі, якому Марвін приділяв багато уваги. Він насолоджувався сімейними походами, полюванням, рафтингом, тенісом, водними та гірськими лижами.

А ще раніше, у 1914 р., на зорі повітроплавання дерматолог з Нью-Йорка доктор Джером Кінгсбері (Jerome Kingsbury, 1871–1944) з дивовижною відвагою підкорював п’ятий океан на повітряній кулі. 8 червня 1914 р. в Холмсбурзі, штат Пенсильванія, після дев’ятимісячного періоду підготовки він здійснив самостійний переліт. А ще через чотири місяці, 8 жовтня 1914 р., незадовго до полудня в небо Піттсфілда в штаті Массачусетс піднялися чотири повітряні кулі. У той день там проводились змагання на дальність польоту на приз Кортленда Ф. Бішоп (Cortland F. Bishop). Аеростатом під назвою «Я бачу тебе» керував доктор Джером Кінгсбері. Він один із видатних першопрохідників американської авіації, член унікальної організації «Ранні птахи».

Але літак — це вже абсолютно ексклюзивно. Злітаєш дуже швидко і втрачаєш зв’язок із землею. А піднятися до небес на своїх двох хіба менш цікаво та захопливо? І підкорювати нові висоти вирушали наші колеги-альпіністи. Там, на крутих гірських перевалах і на глянці вічних льодовиків вони, швидше за все, не думали про своїх пацієнтів та студентів. Крок за кроком піднімалися вгору, шукали шлях до чергової вершини.

Змінюючи клініку на альпійський схил, а скрипку на альпеншток, йшов у гори затятий альпініст Гвідо Мішер, професор дерматології в університеті Цюріха, декан медичного факультету, президент Академії медичних наук Швейцарії. Професор Мішер — автор численних наукових публікацій. Ціла низка синдромів носять його ім’я: синдроми Lutz–Miescher, Bloch–Miescher, гранулематозний хейліт Мішера, радіальна гранульома Мішера, доброякісна папульозна пухлина волосяних фолікулів — трихофолікулома

Мішера, форма вовчакового некробіозу — синдром Miescher—Lederer.

Трагічно закінчилося 12 серпня 1899 р. гірське сходження в австрійському Тиролі для Соломона Герксгеймера (Salomon Herxheimer, 1841—1899), старшого з братів Герксгеймерів. Він раптово помер від серцевої недостатності. Соломон і Карл Герксгеймери — відомі дерматологи з Франкфурта. У 1874 р. Соломон відкрив лікарню для пацієнтів зі шкірними та венеричними хворобами. Його молодший брат Карл працював разом із ним із 1887 р., а 1894 р. став директором клініки. Дружина Соломона Фані незабаром після його смерті започаткувала фонд для безкоштовного лікування пацієнтів, які бідують.

Професор Йосип Флегер (Josip Fleger, 1896—1966) — керівник дерматологічної клініки в Сараєво, автор першого в Югославії підручника з дерматовенерології. Президент альпіністського клубу. Прекрасний лікар, чудовий викладач, досвідчений фотограф. Він систематично вирушав у гори Хорватії, Боснії та Герцеговини. Крім того, був юридичним консультантом та медичним експертом у питаннях альпінізму. Писав статті для хорватського журналу альпіністів.

Знаходили підходящий час і піднімалися у гори відомий англійський дерматолог і пристрасний альпініст Фредерік Паркес Вебер, професор дерматології та сифілідології Колумбійського університету в Нью-Йорку Джордж Міллер Мак-Кі (George Miller MacKee, 1878—1955), а слідом йшли інші колеги. Це захоплення для обраних, адже гори люблять сміливих. Тут небезпека може чатувати на кожному кроці. Льодовики, прірви та ущелини — не склепіння дерматологічних клінік. Але трохи фантазії, трохи уяви, і ми повіримо, що десь на світанку, а можливо, у вечірніх сутінках на гірських стежках у Кордельєрах або в канадських Скелястих горах, а можливо, вже біля багаття на альпійському привалі наші колеги продовжують свій шлях до реальних вершин.

Шановні дерматологи були готові випробувати адреналіновий душ не тільки у небі та на суші, а й у воді. Найбільшим захопленням відомого англійського професора дерматології та декана медичного факультету університету Шеффілда, автора «Снеддон—Вілкінсон-синдрому» (1956), Яна Брюса Снеддона (Ian Bruce Sneddon, 1915—1987), якщо не говорити про медицину, був вітрильний спорт. Джордж Крайтон Уеллс, якого ми згадували вище, багато часу приділяв дайвінгу, плаванню та веслуванню. Крім того, він був ще й вправним лижником.

Шведський дерматолог Джеймс Віктор Страндберг (James Victor Strandberg, 1883—1942), професор Каролінського інституту в

Стокгольмі, у вільний час теж любив вітрильний спорт та риболовлю.

Метью Сідні Томсон (Matthew Sydney Thomson, 1894—1969), викладач і лікар з лікарні Королівського коледжу в Лондоні (описав «синдром Ротмунда—Томсона»), був чудовим стрільцем і серйозним філателістом; він зібрав дуже гарну колекцію марок.

Віртуозно поводився зі зброєю і Річард Лейтон Саттон-старший (Richard Lightburn Sutton Sr., 1878—1952), керівник дерматологічної клініки в університеті Канзасу, автор численних наукових праць та епонімів «виразка Саттона» (1911) та «невус Саттона» (1916). До речі, його син Річард Лайтберн Саттон-молодший (Richard Lightburn Sutton Jr., 1908—1990) теж відмінно володів мисливською зброєю і був надійним помічником у батькових справах. Як спеціальний представник департаменту природної історії в університеті Міссурі (м. Колумбія) він здійснив кілька мисливських та фотографічних експедицій у 20-х роках минулого століття до різних країн Африки та Азії. Річард Саттон-старший особливо цікавився племінними народами районів, які відвідував. Він документував їхні звичаї за допомогою фотографій, короткометражних фільмів та кількох опублікованих книг. Пристрасний любитель трофейного полювання та найсерйознішої риболовлі він робив винятково цікаві сафари. Перелік його трофеїв вражає: леви, тигри, білі ведмеді, блакитні та чорні марліни, тунці, риба-меч... (рис. 16, 17). Найцікавіше з того, що відбувалося з видатним мандрівником та мисливцем, знайшло відображення у його захоплюючих книгах. Їхні промовисті назви говорять самі за себе: «Африканське свято» («An African Holiday», 1924); «Тигрові стежки у Південній Азії» («Tiger Trails in Southern Asia», 1926); «Довгий шлях; навколо світу з камерою та гвинтівкою» («The Long Trek; around the World with Camera and Rifle», 1930); «Арктичне сафарі» («An Arctic Safari», 1932); «Срібні королі перевалу Аранзас та інші оповідання» («Silver Kings of Aranas Pass and other stories», 1937).

Не перелічити всіх любителів риболовлі серед наших колег-дерматологів. Але так вже вийшло, що зовсім мало хто увічнив це своє захоплення на фотографіях. Ми із задоволенням можемо показати кількох з них: це вже знайомі нам професор Річард Саттон з Канзасу та угорський професор Еде Нойбер, а також Амір Хоссейн Мегреган (Amir Hossein Mehregan, 1931—2000), американський професор іранського походження з університету Детройта (рис. 17).

Улюблене заняття відомого американського бактеріолога та гінеколога і зовсім не чужого у



Рис. 16. Річард Лейтон Саттон-старший
Трофейне полювання на Шпіцбергені (1932).



Рис. 17. Амір Хоссейн Мерреган (вгорі) та Еде Нойбер
в очікуванні клювання, а Річард Саттон уже з уловом



Рис. 18. Герман Лоуренс Гарднер

венерології вченого та лікаря Германа Лоуренса Гарднера (Herman Lawrence Gardner, 1912–1982) (рис. 18) інакше, як екзотичним, і не назвеш. У 1955 р. він виявив вид бактерій, якому надав своє ім'я — *Gardnerella vaginalis*. Вийшло дуже пікантно. Те, що він був президентом Асоціації акушерів-гінекологів Техасу та Міжнародного товариства з вивчення хвороб вульви, сприймається як належне. Він прожив усе життя в Техасі і був техасцем від початку до кінця. На будь-кого не може не справити враження те, що доктор Гарднер був учасником і багаторазовим переможцем тваринницьких родео в Х'юстоні. Крім того, займаючись селекцією та вирощуванням великої рогатої худоби, він був ще й президентом Міжнародної асоціації селекціонерів Брангус, цієї популярної м'ясної породи.

Поза всяким сумнівом, явний відтінок екзотики та ексцентричності мало захоплення Йохана Рейнхольда Альмквіста (Johan Reinhold Almkvist, 1869–1945) — професора сифілідології та дерматології Стокгольмського університету (рис. 19). Він є автором видатних робіт про ртутну інтоксикацію, кругообіг ртуті, перманентне



Рис. 19. Йохан Рейнхольд Альмквіст

лікування сифілісу та низки робіт іншої спрямованості. Професор Альмквіст був членом багатьох європейських дерматологічних суспільств, а ще — переконаним прихильником та пропагандистом нудизму. Активна робота в Швеції та постійні виступи на різних міжнародних форумах з «оголеної культури» зробили його дуже популярним серед нудистів Європи. У 1932 р. професор Альмквіст виступив як опініон-лідер в журнальному фільмі «Здоров'я через оголену культуру — нудисти на Іргарі», який популяризує нудизм [5].

Анатолій Ілліч Лебедев (1887–1923) — основоположник наукової та практичної дерматовенерології у Середній Азії. У 1920 р. його було обрано професором кафедри шкірних та венеричних хвороб у щойно утвореному Туркестанському університеті. Лекції, обходи, заняття зі студентами, огляд пацієнтів — усе за традиційною схемою. А вечорами він успішно виступав на арені Ташкентського цирку як борець. Виходячи на борцівський килим у чорній масці, як було прийнято на той час, він завжди залишався непереможним.

Професор дерматології, сифілідології та сечостатевих хвороб з Омахи Герберт Клайтон Самні (Herbert Clayton Sumney, 1870—1935) увійшов в історію світового спорту, взявши участь у турнірі з гольфу на IV літніх Олімпійських іграх 1904 р., що проходили в Сент-Луїсі. Тоді цей вид спорту входив до олімпійської програми. І нехай нашому колезі довелося зупинитися, не досягнувши п'єдесталу, але сам цей факт вражає. Є олімпійці серед дерматологів!

Джон Мейзенхеймер (John «Lucky» Meisenheimer, b. 1957) (рис. 20) — керівник відділу дерматології регіональної системи охорони здоров'я в Орландо. Письменник, актор і спортсмен мав багато еkleктичних інтересів. Він удостоєний міжнародних книжкових премій як переможець у категоріях «Наукова фантастика» і «Наукова фантастика та екшн». Як всесвітньо відомий збирач, історик та володар найбільшої у світі колекції йо-йо внесений до «Книги рекордів Гіннеса». Він здійснив заплив на пів милі, тримаючи палець ноги в роті. Не перерахувати все більше, ніж ексцентричні уподобання доктора Мейзенхеймера, повідомимо лише про одне: він чемпіон світу з ворущіння вухами.

Американський дерматолог з Маямі Віктор Віттен (Victor H. Witten, 1916—2007) за своє довге професійне життя задумав і створив дивовижну колекцію аудіо- та відеозаписів інтерв'ю з більше ніж 200 відомими дерматологами. Завдяки цьому незвичайному хобі сучасники та нащадки отримали колективні знання та спогади, що охоплюють більше ніж 130-річний період європейської та американської дерматології. З тими, хто вважає, що в цьому немає нічого особливого і, по суті, це була просто його робота, ми будемо категорично не згодні. Адже ніхто інший це не зробив.

Наш польський колега з Кракова, ректор Ягеллонського університету, президент Товариства друзів образотворчих мистецтв та масон Францішек Вальтер (Franciszek Walter, 1885—1950) був володарем однієї з найцінніших у Європі колекцій еротичного мистецтва.

Доктора Джеффри Барроу Доулінг (Geoffrey Barrow Dowling, 1891—1976), керівника відділу дерматології у лондонській лікарні Святого Томаса, вважають найвидатнішим британським дерматологом свого часу. Будучи тонким знавцем і цінувальником літератури, музики та живопису, з віком він поринув у мистецтво приготування їжі, з великим ентузіазмом займаючись кухарською творчістю. Це захоплення приносило йому велике задоволення.

Особливе ставлення до ексклюзивних кулінарних творів відчував і відомий чиказький лікар Вільям Баум (William L. Baum, 1867—1932),



Рис. 20. Джон «Лакі» Мейзенхеймер

дерматолог та шкіпер-аматор. «...Спершу ніжки кабана, ведмідь, бобер, англійський фазан, дикий гусак, страус, перепілка, індичка, сурок, раки...» А продовження навіть важко уявити. Природно, що наш шановний колега міцно влаштувався у клубі гурманів Чикаго. Ще однією пристрастю доктора Баума був вітрильний спорт. Він був командиром чиказького яхт-клубу, а його яхта — флагманом цього клубу.

Повертаючись до того, про що йшлося вище, хочемо відзначити, що ще багато наших колег реалізовували свої літературні здібності, оповідаючи про власні захоплення із захватом, докладно і професійно. Професор з Канзасу Річард Лайтберн Саттон писав книги про полювання, риболовлю та подорожі, Йосип Флегер — про альпінізм, Бертольд Ласкер — про шахи, Джон Мейзенхеймер — про йо-йо. Фредерік Паркес Вебер, Алоїс Грейтер та Джордж Бейкер — про мистецтво, Францішек Вальтер — про захоплені історичні аспекти венерології. Адольф Дюпон — автор історичних есе про знаменитих художників. Відомий дерматовенеролог професор Московського університету Михайло Олександрович Членов (1871—1941) у своїх спогадах розповідав про дружні стосунки та листування з великим російським письменником Антоном Павловичем Чеховим. Всесвітньо відомий норвезький лепролог Даніель Корнеліус Даніельсен (Daniel Cornelius Danielsen, 1815—1894) протягом двох років писав анонімні відгуки про спектаклі нового театру «Den norske Scene» в газету «Bergensposten». Нічого дивного, адже він був одним із засновників цього театру.

Коли ми розповідали про нашого видатного колегу-літератора Михайла Опанасовича Булгакова і згадували його повість «Собаче серце», була спокуса розповісти про любов дерматологів до братів наших менших. Але булгаківське

«Собаче серце» — це точно не про собак. Тому розповімо про чотириляпих друзів зараз.

Отже, зовсім небагато, але дещо нам про це відомо. Професор кафедри дерматології в університеті Гейдельберга Йозеф Хемель (Josef Hämel, 1894–1969) дуже любив свого курцхаара, а керівник відділу дерматології у Вестмінстерській лікарні Лондона Томас Колкотт Фокс (Thomas Colcott Fox, 1849–1916) важко переживав загибель свого улюбленого абердинського тер'єра, який потрапив під колеса автобуса. Німецький дерматолог Карл Брук (Carl Bruck, 1879–1944), той, який разом із Августом Вассерманом (August Wassermann, 1866–1925) та Альбертом Найссером розробив серологічний тест на сифіліс, відомий у всьому світі як «реакція Вассермана», з великою ніжністю ставився до двох своїх тер'єрів. Деякі чотириляпі улюбленці навіть бували в клініках своїх господарів. Принаймні

потрапляли на групові фотографії зі співробітниками улюблений собака Карла Герксгеймера та кіт професора Олексія Сергійовича Зеніна (1892–1968), завідувача кафедри шкірних та венеричних хвороб у Самарі (Куйбишев). Те, що собак професора Алана Лайєлла звали Мердок і Монро, собаку Фелікса Пінкуса — Пак, а Альфреда Фурньє — Дасією, не викликає особливих емоцій. А ось те, що собака Альберта Найссера носив кличку Унна, не може залишити нас байдужими. Ймовірно, непрості стосунки склалися між великими дерматологами.

Звичайно, у наведеному матеріалі розказано далеко не про всіх колег, гідних того, щоб їхні захоплення стали об'єктом нашої уваги. І не всі їхні «маленькі та великі слабкості» ми згадали. Але зберігаємо надію ще повернутися до цікавих деталей із життя наших шановних колег-дерматологів.

Список літератури

1. Бондар СА, Псюк СК. До 80-річчя кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені МІ Пирогова. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2016;2:121-124.
2. Булгаков М. Под пятой. Дневник. Письма и документы. М.; 2011. 784 с.
3. Гусаков НИ. Научный вклад Иеронима Фракастория Веронского в развитие учения о сифилисе. Дерматология та венерология. 2009;4:94-98.
4. Муромцева-Бунина ВН. Жизнь Бунина. Беседы с памятью. М.: Сов. писатель; 1989. 509 с.
5. Journalfilm från SF 1932 med Johan Almkvist. Hälsa genom nakenkultur — nudister på Ingarö. <http://www.filmarkivet.se/movies/veckorevy-1932-08-15>.

S.S. Korkhov, M.M. Lebediuk

Odesa National Medical University

Non-dermatological interests of well-known dermatologists

In the turmoil of everyday life, in a series of events determined by the struggle between the concepts of «want» and «should», we look forward to the moment when there will be an opportunity to take up our favorite business. And it is inspiring because a hobby is something we do purely for pleasure.

It is difficult to imagine a person who does not have any hobbies. In our historical research, we focused on interests, hobbies and preferences that go beyond the main work of more than one hundred well-known dermatologists, venereologists and some other specialists associated with dermatovenereology. For the most adventurous of them, such hobbies became an integral part of life, a key to the complex labyrinths of their spiritual world, a mirror of their worldview, a tuning fork of their morality.

The names of most of the people mentioned in the article are inscribed in golden letters in the history of medicine and dermatovenereology in particular. They made many scientific discoveries, their brilliant clinical experience helped to heal and alleviate the suffering of a huge number of patients, they are talented teachers who generously shared their knowledge with their students. At the same time, most of them had high civic qualities.

We have tried to reveal little-known pages of the lives of our esteemed colleagues. We modestly peeked behind the scenes to better see and appreciate what was happening on the main stage.

So, the presented material is about our outstanding colleagues and their hobbies, banal, remarkable and diverse: love for painting, music, literature; collecting; passion for sports and other options for active pastime; extraordinary, exotic preferences and other things that can hardly be considered as hobbies which for some of our colleagues became perhaps more important than the medical vocation.

Keywords: dermatologist; venereologist; interests; preferences; hobbies.

Дані про авторів:

Корхов Сергій Сергійович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології

E-mail: orkho@ukr.net

Лебедюк Михайло Миколайович, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматології та венерології

<https://orcid.org/0000-0001-5674-0196>

65006, м. Одеса, вул. Академіка Воробйова, 5 E-mail: ldipp90@ukr.net

Американська академія дерматології визнала статтю українських дерматовенерологів (доцента Сергія Корхова та професора Михайла Лебедюка) однією з кращих робіт за 2022 р., висунутих на присудження премії Семюеля Дж. Закона*

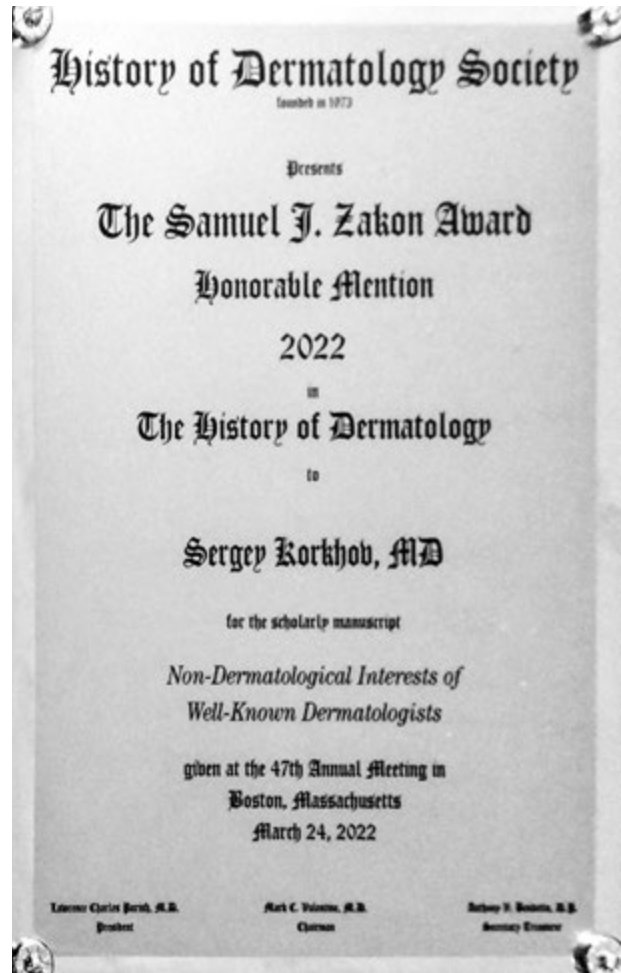
Надійшло повідомлення зі Сполучених Штатів Америки, від Американської академії дерматології. На засіданні Комітету з присудження премії Семюеля Дж. Закона (Samuel J. Zakon Award Committee) однією з кращих робіт за 2022 р., висунутих на розгляд, була визнана стаття двох авторів з України — доцента кафедри дерматології та венерології Одеського національного медичного університету *Сергія Сергійовича Корхова* та завідувача кафедри, професора *Михайла Миколайовича Лебедюка*.

Президент Комітету професор *Марк Валентин* (Mark C. Valentine, MD) особисто привітав авторів та подякував їм за участь у конкурсі. У його листі на ім'я доцента Сергія Корхова зокрема сказано: «...З позитивного боку, інформація у статті є надзвичайно цінною. Факти та фотографії дійсно хороші, а наведені подробиці можуть містити деякі сюрпризи навіть для добре обізнаних шанувальників дерматології. Як ви і доктор Лебедюк заявляєте в перших кількох абзацах статті, вподобання може зробити життя повнішим і приємнішим. Я думаю, це чудово, що ви знайшли час, аби зібрати всю цю інформацію, і якщо її зможуть прочитати молоді лікарі, це дасть їм привід та навіть натхнення, щоб розширити свій кругозір за межі медицини».

Доречно нагадати, що Товариство історії дерматології Американської академії дерматології присуджує премію Семюеля Дж. Закона щорічно, починаючи з 1980 р., на відзнаку нових важливих робіт, присвячених історії захворювань шкіри, їхньому лікуванню та людям, які відігравали важливу роль у дерматології. Премія носить ім'я відомого дерматолога з Чикаго Семюеля Дж. Закона, першого історика Американської академії дерматології, і є, мабуть, найпрестижнішою нагородою цього напрямку в дерматології. Неможливо не відзначити, і це особливо приємно, ще одну цікаву і важливу обставину. Семюель Джозеф Закон деяким чином є нашим земляком. Саме так — він народився в Україні, 26 грудня 1898 року у славетному місті Києві.

Ще ніколи за весь період існування премії її не отримували представники держав з пострадянського простору. У переліку лауреатів премії за її багаторічну історію такі визначні у світі дерматології та історії медицини постаті, як Алан Лайєлл (1917–2007) та Джон Савін (1935–2006) з Шотландії; Карл Голубар (1936–2013) і Манфред Скопец з Австрії; Уолтер Левер (1909–1992) зі США; Даніель Валлах і Жерар Тіллз з Франції; Баррі Е. Монк з Великої Британії; Альбін Пропп (1907–1990) з Німеччини; Анджей Гжибовскі і Стефанія Яблонська (1920–2017) з Польщі та ще багато всесвітньо відомих фахівців. А протягом останніх 6 років, починаючи зі 2016 р., її отримували тільки автори зі США.

Президія Української асоціації лікарів дерматологів, венерологів і косметологів та редакційна колегія «Українського журналу дерматології, венерології, косметології» вітають наших колег-дерматовенерологів доцента Сергія Корхова і професора Михайла Лебедюка з цією престижною відзнакою Товариства історії дерматології Американської академії дерматології та бажають їм нових творчих здобутків.



Наприкінці березня 2023 р. у Бостоні на урочистому засіданні Американського Товариства історії дерматології Президент Комітету з присудження премії Семюеля Дж. Закона пан Марк Валентин серед кращих публікацій за 2022 р. відзначив і статтю двох наших колег з Одеського національного медичного університету — доцента Сергія Сергійовича Корхова та професора Михайла Миколайовича Лебедюка — за роботу «Non-Dermatological Interests of Well-Known Dermatologists» («Недерматологічні захоплення відомих дерматологів»). У нагороду вони отримали почесний меморіальний адрес як ознаку визнання їхньої роботи — «receive a plaque recognizing your work for honorable mention» та поваги колег.

* <https://onmedu.edu.ua/amerikanska-akademija-dermatologii-viznala-stattju-docenta-sergija-korhova-ta-profesora-mihajla-lebedjuka-odnieju-z-krashih-robot-visunutih-na-prisudzhennja-premii-semjuelja-dzh-zakona/>

УМОВИ ПУБЛІКАЦІЇ В «УКРАЇНСЬКОМУ ЖУРНАЛІ ДЕРМАТОЛОГІЇ, ВЕНЕРОЛОГІЇ, КОСМЕТОЛОГІЇ»

Авторські рукописи мають відповідати умовам публікації в «Українському журналі дерматології, венерології, косметології». Умови, наведені нижче, враховують вимоги МОН України до наукових фахових видань, у яких публікуються результати дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (накази МОН України № 32 від 15.01.2018 р., № 1437 від 18.11.2020 р.), а також вимоги Міжнародного комітету редакторів медичних журналів щодо авторських робіт, поданих до біомедичних видань (International Committee of Medical Journal Editors). Статті у журналі розміщуються на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-ND 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>).

Статті публікуються українською та англійською мовами.

Авторські оригінали надсилаються в електронній формі на електронну пошту редакції (E-mail: vitapol3@gmail.com) або через сайт журналу.

Окрім тексту статті, автори обов'язково подають:

- індекс УДК; назву статті; прізвища та ініціали авторів; назву установи, де працюють автори (якщо авторів кілька і вони працюють у різних закладах, необхідно цифрами 1, 2, 3 тощо персоналізувати їх), міста, країни (для іноземців);
- ілюстративний матеріал;
- список цитованої літератури;
- резюме з повним заголовком статті, прізвищами та ініціалами авторів, ключовими словами (від 3 до 7 слів або словосполучень, що розкривають зміст статті) двома мовами: українською та англійською (переклад має бути точним);
- фотографію першого автора (якщо авторів більше двох або один автор) або фотографію двох авторів (якщо авторів двоє). Фотографії мають бути розміром не менше ніж 3×4 см та роздільною здатністю 300 dpi;
- пошту та електронну адресу, номер телефону, науковий ступінь, вчене звання, посаду одного з авторів, відповідального за листування, для опублікування в журналі;
- заповнений бланк ліцензійних умов використання наукової статті;
- номери телефонів для забезпечення оперативного зв'язку редакції з авторами.

Додатково двома мовами надаються: прізвища, імена, по батькові всіх авторів, назви установ, в яких працюють автори, міста, наукові ступені, звання, посади, контактні дані та ідентифікатори ORCID. **УВАГА! Прізвища та імена редакцією не коригуються, друкуються в авторській редакції.** Просимо перевірити правильність написання. Транслітерацію виконувати згідно з Постановою № 55 Кабінету Міністрів України від 27 січня 2010 р. «Про впорядкування транслітерації українського алфавіту латиницею».

Для колективної статті обов'язково підписи всіх авторів.

У кінці статті подають дані щодо конфлікту інтересів (наприклад, роботу виконано за підтримки компанії N) та участі кожного автора у написанні статті (концепція і дизайн дослідження; збір матеріалу; обробка матеріалу; статистична обробка даних; написання тексту; редагування тощо).

РИСУНКИ, ТАБЛИЦІ, ДІАГРАМИ та формули мають бути включені в текст.

ТАБЛИЦІ слід будувати в редакторі Microsoft Word.

Інші ілюстративні матеріали (фотографії, малюнки, креслення, діаграми, графіки тощо) позначають як «рис.» та нумерують за порядком їхнього згадування в статті.

ФОТОГРАФІЇ, ЕХОГРАМІ подаються в оригінальному або електронному вигляді, відскановані з роздільністю не менше ніж 300 dpi і збережені у форматах tiff чи jpg. Надписи та позначення на рисунках мають бути чіткими і добре читатися при зменшенні зображення до розмірів журнальної колонки. Фотографії пацієнтів подаються з їхньої письмової згоди або в такому вигляді, щоб особу хворого неможливо було встановити. На зворотному боці фотокартки наклеюють ярлик із зазначенням назви статті, підпису до рисунка, верху та низу зображення.

СТРУКТУРА основного тексту статті має відповідати загальноприйнятій структурі для наукових статей. Так, статті, які містять результати експериментальних досліджень, зокрема дисертаційних, і розміщені під рубрикою «Оригінальні дослідження», складаються з таких розділів: «Вступ», «Мета роботи», «Матеріали та методи», «Результати та обговорення», «Висновки». Ці публікації мають включати такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими або практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання цієї проблеми і на які спирається автор, виділення нерозв'язаних раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується зазна-

чена стаття; формулювання цілей статті; виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів; висновки з цього дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямі.

РЕЗЮМЕ ДО СТАТТІ, в якій публікуються результати експериментальних досліджень, повинно мати ту ж структуру, що й стаття, і містити такі ж рубрики: «Мета роботи», «Матеріали та методи», «Результати та обговорення», «Висновки».

ІНШІ СТАТТІ (клінічні спостереження, лекції, огляди, статті з історії медицини тощо) можуть оформлятися інакше.

Кожна публікація не англійською мовою супроводжується анотацією англійською мовою обсягом не менше як 1800 знаків, включаючи ключові слова. Кожна публікація не українською мовою супроводжується анотацією українською мовою обсягом не менше як 1800 знаків, включаючи ключові слова.

Вимоги до оформлення повідомлення про клінічний випадок регулюються стандартом CARE (<http://www.care-statement.org/>), а до оформлення рандомізованих досліджень — стандартом CONSORT (<http://www.consort-statement.org/>). Стандарти та рекомендації для всіх типів медичних досліджень і галузей медицини можна знайти на сайті <http://www.equator-network.org>.

Якщо стаття містить опис експериментів над людьми, зазначає, чи відповідає методика їхнього проведення Гельсінкській декларації 1975 р. та її перегляду 1983 р. Повідомте, чи узгоджуються методи знеболювання та позбавлення життя тварин, якщо такі брали участь у ваших дослідженнях, з «Правилами виконання робіт з використанням експериментальних тварин», затвердженими наказом МОЗ України.

СПИСКИ ЛІТЕРАТУРИ складають тільки за алфавітом: спочатку праці кирилицею, а потім латиницею. Оформлення має відповідати стандарту NLM (National Library of Medicine; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>).

Посилання на статті із журналу оформлюють так: ініціали та прізвища авторів, повна назва статті, стандартно скорочена назва журналу або збірника, рік видання, том, номер, сторінки (перша і остання), на яких вміщено статтю. Посилання на монографію: ініціали та прізвища авторів, назва книжки, місце видання, рік видання, кількість сторінок. Посилання на першоджерело, опубліковані іноземними мовами, оформлюють аналогічно. **УВАГА!** У зв'язку з необхідністю створення англійського сайту як однієї з вимог міжнародних наукометричних баз внесено зміни до оформлення списків літератури. Бібліографічні посилання кирилицею необхідно дублювати англійською мовою (назву брати з англійського резюме) і зазначити мову написання статті в дужках (Ukrainian) або (Russian).

Якщо в першоджерелі немає резюме, слід зробити кваліфікований переклад або транслітерацію назви латинськими літерами. З української мови прізвища автоматично можна транслітерувати згідно зі стандартом КМУ 2010 (паспортний), географічні назви — згідно зі стандартом УКІПТ 1996 (спрощений) за посиланнями <https://www.slovnuk.ua/translit.php>, <https://rasport.org.ua/vazhливо/transliteratsiya>.

Транслітерацію з російської мови можна зробити за посиланням <http://ru.translit.net/?account=bsi>. Наприкінці потрібно вказувати унікальний цифровий ідентифікатор статті DOI, якщо такий є. Перевірити наявність у статті ідентифікатора DOI можна на сайтах <http://search.crossref.org> чи <http://www.citethisforme.com>. Для отримання інформації щодо DOI потрібно ввести в пошуковий рядок назву статті англійською мовою. Автори можуть вказувати свій ID ORCID (Open Researcher and Contributor ID).

Усі статті, надіслані для публікації у розділах журналу «Наукові дослідження», «Фармакотерапія в дерматовенерології», «Огляди», «На допомогу практичному лікарю» та «Клінічний випадок», підлягають рецензуванню та редагуються відповідно до умов публікації в журналі. Решта — оцінюється головним редактором чи членами редколегії.

Для всіх статей визначається рівень унікальності авторського тексту за допомогою програмного забезпечення, що визначає рівень унікальності статті (Unicheck: <https://unicheck.com>). Редакція залишає за собою право змінювати стиль оформлення статті. За необхідності стаття може бути повернена авторам для доопрацювання та відповідей на запитання.

Коректуру авторам не висилають, всю додрукарську підготовку редакція проводить за авторським оригіналом. Відхилені рукописи авторам не повертають.

Не приймають до друку вже опубліковані статті або надіслані в інші видання.

Рукописи надсилати на адресу:

03179, м. Київ, вул. Академіка Єфремова, 19а, оф. 3
Email: vitapol3@gmail.com