

причин інвалідності серед дітей дошкільного віку, становлячи 71,3 %, тимчасом як серед загальної кількості дітей-інвалідів вони дорівнюють 15,1 %.

Решта захворювань, які формують інвалідизуючу патологію серед дітей дошкільного віку, мають достатньо високий спектр і становлять 28,7 %. Це зокрема: ендокринна патологія, хвороби органів дихання, травлення, кістково-м'язової системи, сечостатевої системи, хвороби системи кровообігу, хвороби крові, кровотворних органів й окремі порушення з залученням імунного механізму; розлади психіки та поведінки, хвороби ока та травми, отруєння і деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників.

#### Висновки

Оскільки основна група захворювань, які спричиняють інвалідність у дітей дошкіль-

ного віку, — це природжені вади розвитку та хромосомні порушення, то увага всіх фахівців відповідного профілю має бути спрямована на впровадження методів профілактики вродженої та спадкової патології, у тому числі ефективного логарифма медико-генетичного консультування: пренатальна діагностика, УЗД-скринінг, проведення постійно діючого генетичного моніторингу ПВР й уніфіковане застосування фолієвої кислоти як профілактичного засобу вроджених вад розвитку.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Инвалидность и медицинская реабилитация детей, подвергшихся экзогенному воздействию малых доз радиации* / Л. С. Балева, Е. Б. Лаврентьева, Л. Г. Соха // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 2001. — № 2. — С. 50-55.

2. *Рудень В. В.* Аналіз показників інвалідності у віковій групі 0–14 років з причини природженої патології (За епідеміологічними даними 1994–2000 рр.) // Педіатрія, акушер-

ство та гінекологія. — 2002. — № 1. — С. 34-36.

3. *Алгоритм* ефективної профілактики природжених вад розвитку у дітей / Г. Р. Акоюн, Н. І. Кіцера, С. О. Печеник та ін. // Інформ. лист. — К., № 271. — 2004.

4. *Концепція* медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів із хронічною соматичною патологією / М. М. Коренєв, Л. Ф. Богмат, С. Р. Толмачова та ін. // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2003. — № 6. — С. 37-38.

5. *Медико-соціальна* характеристика інвалідів із захворюваннями системи крові та кровотворних органів / Н. М. Беляєва, Н. А. Семенюк, Л. О. Сторожук та ін. // Лікар. справа. — 2005. — № 4. — С. 80-83.

6. *Особенности* структуры детской инвалидности в крупном промышленном центре Украины / Л. Н. Боярская, В. И. Мазур, Н. А. Бабанская и др. // Матеріали 11-го з'їзду педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії на сучасному етапі» К. 7–11 грудня 2004 р. — С. 32-33.

7. *Цыбульский В. Б.* Показатели инвалидности у детей 0–17 лет в 2002 и 2003 гг. // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 2005. — № 4. — С. 49-52.

УДК 616.521:616-07(477.74)

А. І. Гоженко, О. М. Зацерклянний

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МІКРОБНОЇ ЕКЗЕМИ У ХВОРИХ В ОДЕСІ ТА ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Одеський державний медичний університет

До найважливіших проблем дерматології належить захворюваність на екзему, що є одним із найбільш поширених захворювань шкіри [1; 2]. За даними різних авторів, хворі на екзему становлять 30–40 % усіх хворих на шкірні хвороби [1; 3] або 19 на 1000 населення, і ці показники неухильно збільшуються [4]. Тим же часом, досі недостатньо вивчено етіологію та патогенез екземи, внаслідок чого її лікування є актуальним і складним завданням.

Існування різних і суперечливих поглядів на етіологію та патогенез екземи призвело до появи низки теорій її походження. З них слід відзначити обмінну, паразитарну, але більшість учених є прихильниками неврогенної та алергійної теорії розвитку екземи [1; 3].

Сьогодні загальноновизнано, що розвиток екзематозного процесу зумовлюють різні ендогенні й екзогенні фактори. До відомих ендогенних факторів належать захворювання внутрішніх органів, особливо

травної системи, порушення функції печінки, нирок, порушення обміну речовин. Незважаючи на численні дослідження, з'ясувати домінуючий патогенетичний фактор не завжди вдається [2].

Хоча є низка класифікацій екземи, єдиної загальноновизнаної нині не існує [1; 3]. Більшість учених вирізняють екзему справжню, мікробну, себореїну, дитячу, професійну [1].

Серед клінічних різновидів захворювання найбільшу частку становить мікробна екзема.



В останні роки є чітко виражена тенденція до зростання кількості хворих на мікробну екзему в Україні [2], збільшення питомої ваги клінічних форм із тяжким рецидивним перебігом, резистентних до лікування [5].

Характеризується екзема хронічним рецидивним перебігом. Часті загострення виникають після контакту з хімічними речовинами (у тому числі харчовими та лікарськими), механічних і термічних ушкоджень шкіри, нервово-психічних травм і зміни кліматичних умов [1].

Деякі дослідники відзначають, що у хворих на мікробну екзему часто виявляється супровідна патологія органів гепатобіліарної системи, підшлункової залози і нирок, що, переважно, має латентний перебіг; ознаки хронічного ДВЗ-синдрому [1; 2].

Вважається, що в більшості випадків діагностика екземи не становить труднощів, і діагноз визначають на підставі клінічної картини. Натомість деякі форми екземи потребують диференціації.

Вибір комплексної терапії екземи ґрунтується на характері уражень шкірних покривів (стадія, гострота, розповсюдженість процесу), особливостях порушень функцій внутрішніх органів з урахуванням механізмів розвитку алергійної реакції [1].

В останні роки з'явилося чимало робіт, присвячених вивченню патогенезу [2; 5–8] й удосконаленню методів лікування мікробної екземи [2–5; 9; 10]. Тим же часом у літературі майже відсутні дані про залежність перебігу екземи від екологічних, кліматичних і регіональних особливостей. На наш погляд, дослідженню особливостей даної нозології в Одесі й Одеській області сьогодні приділяється недостатня увага.

**Мета** нашої роботи — вивчення особливостей перебігу

мікробної екземи у хворих Одеси й Одеської області. Нами визначено завдання: проаналізувати й систематизувати дані клінічних і лабораторних методів досліджень для встановлення найбільш типових закономірностей у перебігу мікробної екземи в сучасних умовах у нашому регіоні.

### **Матеріали та методи дослідження**

За матеріалами Одеського обласного дерматовенерологічного диспансеру проаналізовані історії хвороби жителів Одеси й Одеської області, що одержали стаціонарне лікування з приводу мікробної екземи протягом останніх двох років.

Під спостереженням перебували 160 хворих на мікробну екзему; 83 чоловіки віком від 16 до 91 року і 77 жінок віком від 14 до 77 років із тривалістю захворювання від 2 днів до 25 років і більше.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Розподіл хворих за віковими групами виглядав так: до 20 років — 7,5 %; 20–29 років — 13,13 %; 30–39 років — 14,37 %; 40–49 років — 18,75 %; 50–59 років — 18,13 %; 60–69 років — 16,87 %; після 70 років — 11,25 %. Ці дані підтверджують, що кількість хворих на мікробну екзему з віком збільшується [1], досягаючи піка у віковій групі після 40 років. Така закономірність властива пацієнтам обох статей.

Звертає на себе увагу той факт, що серед хворих на мікробну екзему переважають міські жителі (81,25 %), причому таке співвідношення характерне як для чоловіків (79,52 %), так і для жінок (83,12 %).

Нам не вдалося встановити вірогідний зв'язок між захворюваністю на мікробну екзему та професійною діяльністю пацієнтів. Аналіз історій хвороб дозволив дійти висновку,

що на мікробну екзему хворіють особи різних професій, незалежно від освіти та соціальної належності. Натомість, серед хворих на мікробну екзему найбільшу кількість становили пенсіонери (24,38 %). Це можна пояснити лише збільшенням показника захворюваності на мікробну екзему з віком, хоча слід зазначити, що частіше хворіють люди, які працюють із паливно-мастильними матеріалами (машиністи, слюсарі, механіки).

Серед клінічних форм мікробної екземи переважали дисеміновані; генералізація процесу спостерігалася у 60 % випадків. Така тенденція була властива як чоловікам (59,04 %), так і жінкам (61,04 %). Ізольовані ураження нижніх кінцівок відзначено у 16,25 % хворих, верхніх кінцівок — у 21,25 %, обличчя — у 2,5 %. Симетричні осередки мікробної екземи виявлено в 73,75 % випадків. Ці дані дещо відрізняються від результатів, отриманих іншими авторами. На їхню думку, при мікробній екземі переважають локалізовані форми (73,7 % проти 24,3 % дисемінованих), причому частіше (у 68 % випадків) уражаються тільки нижні кінцівки, а симетричність процесу становить 59,3 % [1].

Домінуючою скаргою при мікробній екземі є сверблячка. Цей симптом виявлено у 89,38 % хворих; 34,18 % осіб охарактеризували свою сверблячку як постійну; у 61,39 % хворих вона мала нападаподібний характер без зв'язку з часом доби; у 4,43 % пацієнтів посилювалася увечері та вночі.

Серед інших скарг хворі відзначали печіння і болісність в уражених місцях (13,13 %).

Клінічна картина мікробної екземи залежала від стадії захворювання і характеризувалася поліморфізмом ефлоресценцій. Феномен «серозних колодязів», що має важливе діагностичне значення, був позитивним у 84,38 % паці-



ентів. У хворих не відзначено підвищення температури тіла й уражень слизових оболонок і придатків шкіри.

При оцінці деяких системних показників гомеостазу, які звичайно визначають у хворих (глюкоза, загальний білок, сечовина, АлАТ, АсАТ, ЛФ), істотних порушень не виявлено.

Середні значення гемоглобіну та кількості еритроцитів у периферичній крові не відрізнялися від норми: у чоловіків —  $(144,78 \pm 1,31)$  г/л і  $(4,48 \pm 0,04) \cdot 10^{12}/л$ ; у жінок —  $(131,54 \pm 1,96)$  г/л і  $(4,13 \pm 0,05) \cdot 10^{12}/л$ , хоча у деяких пацієнтів було відзначене зниження цих показників (відповідно у чоловіків до 106 г/л і  $3,38 \cdot 10^{12}/л$ , у жінок до 54 г/л і  $2,5 \cdot 10^{12}/л$ ), яке можна пояснити супровідною соматичною патологією.

Значення колірного показника також не виходили за межі норми.

Середня кількість лейкоцитів у периферичній крові становила  $(7,92 \pm 0,23) \cdot 10^9/л$ . Лейкоцитоз до  $18,2 \cdot 10^9/л$  був відзначений лише у хворих із тяжким перебігом, в яких площа ураження перевищувала 60 %.

Незважаючи на те, що відзначалися деякі коливання значень лейкоцитарної формули у хворих на мікробну екзему, які могли бути пов'язані як з основним захворюванням, так і з супровідною соматичною патологією, середні величини відповідали нормі: сегментоядерні —  $(56,94 \pm 0,86)$  %, паличкоядерні —  $(4,81 \pm 0,36)$  %, базофіли —  $(0,04 \pm 0,02)$  %, еозинофіли —  $(3,74 \pm 0,30)$  %, моноцити —  $(7,21 \pm 0,28)$  %, лімфоцити —  $(27,25 \pm 0,81)$  %.

У пацієнтів із мікробною екземою відзначалося істотне збільшення ШОЕ: у жінок цей показник сягав 60 мм/год (при середньому значенні  $(20,34 \pm 1,60)$  мм/год); у чоловіків — близько 55 мм/год (при середньому значенні  $(15,28 \pm 1,19)$  мм/год).

Не виходили за межі норми середні значення деяких біо-

хімічних показників: загальний білок —  $(74,57 \pm 0,65)$  г/л, сечовина —  $(4,96 \pm 0,15)$  ммоль/л, загальний білірубін —  $(17,53 \pm 0,47)$  мкмоль/л).

Отже, результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки: у структурі захворюваності на мікробну екзему в Одесі й Одеській області останнім часом почали переважати дисеміновані форми, частіше спостерігається симетричність ураження; серед хворих переважають міські жителі, незалежно від освіти та статі.

Втім, методи лабораторної діагностики, що використовуються в клінічній практиці, є недостатньо інформативними для діагностики, визначення тяжкості перебігу та прогнозу мікробної екземи. Винятком можна вважати лише наявність даних про реакцію білої крові, що пов'язане з її можливою участю в розвитку запальної реакції в шкірі, особливо збільшення ШОЕ, яке вказує на певний рівень системних проявів запальної реакції.

Той факт, що не всі результати наших досліджень збігаються із загальноновизнаними, а також відсутність чітких однозначних даних лабораторних методів діагностики, оцінки тяжкості перебігу і, особливо, прогнозу цього захворювання, переконує в необхідності подальшого, більш глибокого і всебічного вивчення мікробної екземи; спонукає до пошуку нових методів лабораторних досліджень, удосконалення діагностичних критеріїв.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Каруна Б. И. Экзема. — К.: Здоров'я, 1989. — 176 с.
2. Прохоров Д. В. Ендотоксикаційний синдром у хворих на мікробну екзему: патогенетична роль і коригуюча терапія: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.20. — Харків, 2003. — 20 с.
3. Комплексное лечение больных дисгидротической экземой кистей с учетом нарушений психоэмоциональной сферы / В. П. Федотов,

А. А. Мамон, В. В. Горбунцов и др. // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. — 1999. — № 2. — С. 39-42.

4. Андрашко Ю. В., Миронюк И. С. Применение мази кремген при микробной экземе // Укр. журнал дерматології, венерології, косметології. — 2002. — № 2 (5). — С. 33-34.

5. Рябова О. О. Роль порушень ліпідного обміну, спектра жирних кислот і судинно-тромбоцитарного гомеостазу в патогенезі істинної екземи та їх корекція: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.20. — Харків, 2004. — 20 с.

6. Прохоров Д. В., Прутуло О. А. Молекулы средней массы — маркер эндогенной интоксикации у больных микробной экземой // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. — 2001. — № 1 (4). — С. 95-97.

7. Денисенко О. І. Окисна модифікація білків як чинник патогенезу алергодерматозів // Укр. журнал дерматології, венерології, косметології. — 2004. — № 1 (12). — С. 23-25.

8. Пуришкіна О. Д., Степаненко В. І. Діагностичне та прогностичне значення тезиграфічних досліджень сироватки крові у хворих на екзему та удосконалена терапія дерматозу // Там же. — 2001. — № 1. — С. 67-72.

9. Ковалева Л. Н., Хрущ В. И. Озонотерапия в комплексном лечении хронической экземы // Науч.-практ. конф., посв. 75-летию Одесского областного кожного-венерологического диспансера «Актуальные проблемы дерматологии и венерологии». — Одесса, 2003. — С. 57-58.

10. Денисенко О. І. Комбінована лазеротерапія в комплексному лікуванні хворих на мікробну екзему // Укр. журнал дерматології, венерології, косметології. — 2004. — № 2 (13). — С. 36-40.

