

Е.Н. Шупенько¹, Н.М. Шупенько²

¹ Киевский городской кожно-венерологический диспансер

² Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Опыт применения комбинированного препарата «Офор» в комплексном лечении демодекоза и угревой болезни

Цель работы — изучить эффективность и безопасность применения препарата «Офор» при лечении больных демодекозом и угревой болезнью.

Материалы и методы. Под наблюдением было 48 больных (30 — с различными клиническими формами демодекоза и 18 — с угревой болезнью), которые были разделены на 2 группы. В первой группе (8 пациентов с демодекозом и 8 — с угревой болезнью, отягощенной демодекозом) проведена только наружная акарицидная терапия. Во второй группе (32 пациента) проведена комплексная (наружная и системная) терапия с применением комбинированного препарата «Офор» (офлоксацин + орнидазол).

Результаты и обсуждение. Результаты оценивали по данным клинического наблюдения и микроскопического исследования содержимого сально-волосяных фолликулов на наличие клещей-демодецид через 1, 2, 3 недели и 3 месяца после лечения. У 9 больных первой группы были обнаружены живые демодециды при третьем обследовании. У больных второй группы демодециды не были обнаружены.

Выводы. Препарат «Офор» проявляет этиотропное действие к клещам-демодецидам, является высокоэффективным и безопасным при лечении демодекоза и угревой болезни, отягощенной клещами *Demodex*.

Ключевые слова

Демодекоз, клещи-демодециды, угревая болезнь, лечение, препарат «Офор».

Демодекоз — хроническое паразитарное заболевание кожи лица, характеризующееся рецидивирующим течением и трудно поддающееся лечению. В соскобах из пораженных участков кожи больных демодекозом обнаруживаются клещи *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*, играющие главную роль в развитии этого заболевания и осложняющие течение других дерматозов — розовых и вульгарных угрей, периорального и себорейного дерматита. Это условно-патогенные паразиты, обитающие в волосяных фолликулах и сальных железах кожи человека. Они зарегистрированы во всех климатических зонах земного шара и являются наиболее массовыми из всех представителей семейства *Demodecidae*. Эти клещи живут исключительно на человеке и после гибели хозяина гибнут вместе с ним. Пораженность взрослого населения составляет от 50 до 80 % [1, 8, 14]. Жизненный цикл клещей *Demodex* (от фазы яйца до фазы половозрелой особи — имаго) составляет 2–4 нед. Промежу-

точными фазами развития являются личинка и нимфа, которая у самок имеет две стадии (прото- и дейтонимфа), а у самцов только одну (протонимфа). Их жизненный цикл короткий, они погибают сразу после оплодотворения самок [8].

В географических широтах с континентальным климатом оплодотворенные самки клещей в холодное время года пребывают в состоянии анабиоза, выявить их в этот период труднее, и интенсивность заражения хозяев многократно снижается по сравнению с весной и летом. Однако в географических районах с постоянным теплым климатом жизнедеятельность клещей *Demodex* постоянно высокая, интенсивность заражения не изменяется в зависимости от сезона.

После зимней спячки половозрелые самки клеща выходят из состояния анабиоза, откладывают яйца и быстро погибают. Активная жизнедеятельность новой генерации клещей способствует обострению клинических проявлений воспалительного процесса [1, 8].

D. folliculorum паразитирует преимущественно в полостях волосяных фолликулов и питается содержимым клеток его эпителия, а *D. brevis* обитает в сальных железах кожи и мейбомиевых железах века, питается только содержимым клеток этих желез. Перед поглощением пищи клещи впрыскивают в зону питания секрет своих слюнных желез, обладающий ферментативной и антигенной активностью, что является основной причиной не только аллергических реакций, но и различных деструктивных и пролиферативных изменений в очаге кожного воспаления [1, 8, 9].

D. folliculorum и *D. brevis* на всех стадиях развития паразитируют преимущественно в коже лицевой части головы. На других участках их обнаруживают крайне редко. Клещи предпочитают жить в тех фолликулах, которые максимально обеспечивают их жизненные потребности, то есть там, где концентрация сальных желез наивысшая.

Оба вида встречаются одинаково часто у мужчин и женщин разных возрастных категорий, однако максимальная экстенсивность заражения наблюдается в возрасте от 30 до 50 лет. У детей до 1 года демодециды не обнаруживаются [8, 14].

Среди дерматозов наиболее часто клещей обнаруживают при розацеа (77–95 % случаев), вульгарных угрях (5,7–29,1 %), периоральном и периорбикулярном дерматите. При других эритемно-сквамозных заболеваниях кожи лица (эритематоз, себорейная экзема, фотодерматозы) клещи обнаруживают редко. В офтальмологической практике чаще всего клещей выявляют при хронических блефароконъюнктивитах (62–70 % случаев). Клещи *Demodex* встречаются в коже пациентов с патологией пищеварительного канала, желез внутренней секреции, при очаговой хронической инфекции.

Ряд авторов обнаруживали клещей *Demodex* у людей со здоровой на вид кожей лица, отмечая при этом их безвредность и даже полезность («трубочисты», освобождающие волосяные фолликулы от остатков клеточных элементов и избытка секрета сальных желез) [4, 5]. Однако в других работах доказан паразитический характер *Demodex* и их патологическое влияние на кожу и общее состояние человека [9, 11]. Что же касается выявления этих клещей у людей со здоровой на вид кожей лица, то, вероятно, это малосимптомная или субклиническая форма демодекоза, которая длительное время предшествует клиническому проявлению болезни и реализуется при предрасполагающих факторах (эндокринная и иммунная патология, заболевания органов пищеварения и др.) [1, 13].

В литературе последних десятилетий идут постоянные дискуссии о том, является ли демо-

декоз самостоятельной нозологической формой заболевания или он возникает вторично на фоне розацеа, периорального дерматита, себореи. Особенно противоречивы высказывания в отношении дифференциальных различий демодекоза и розацеа. Одни авторы отождествляют эти диагнозы [9], другие придерживаются противоположной точки зрения [1, 2, 9], считая демодекоз самостоятельным заболеванием, в патогенезе которого определенную роль играет состав пота и кожного сала. Решающим моментом при установлении окончательного нозологического диагноза является не только наличие клещей *Demodex*, но и их численность на ограниченном участке пораженной кожи. При этом выявление демодецид в количестве больше 5 особей на 1 см² рекомендуется считать определяющим диагностическим критерием для установления нозологического диагноза «демодекоз» [2].

Другие авторы рекомендуют считать диагностически значимым для такого диагноза определение не менее 10 особей клещей в структуре сально-волосяного фолликула при его гистологическом исследовании, что на практике бывает трудно осуществимо [16].

Согласно классификации Л.Х. Акбулатовой в модификации Б.Г. Когана [1, 7], учитывая преобладание в клинической картине определенных элементов кожных высыпаний, выделяют следующие клинические формы демодекоза: эритематозную, папулезную, пустулезную и комбинированную.

Клинические проявления демодекоза чаще всего возникают в зрелом и пожилом возрасте. На коже лица, часто ассиметрично, появляется шелушение, фолликулярные папулы, пустулы, сопровождающиеся легким зудом, чувством ползания мурашек. Нередко в процесс вовлекаются веки и развивается блефароконъюнктивит. В практической работе иногда различают две разновидности демодекоза. Первичный, который развивается на внешне неизменной коже и вызван главным образом *D. folliculorum*. Если же демодекоз является осложнением основного заболевания (розацеа, периоральный дерматит), принято говорить о вторичном (или розацеаподобном) демодекозе, при котором чаще выявляется *D. brevis* [6, 15]. Достаточно часто клещи *Demodex* выявляются при угревой болезни и осложняют ее течение.

Термин «угревая болезнь» охватывает все разнообразие клинических проявлений воспаления сальных желез, возникающее на фоне себореи — особого состояния, связанного с гиперпродукцией кожного сала и изменением его состава под влиянием андрогенов.

Важное значение в формировании угрей придают микробной гиперколонизации, среди кото-

рой ключевую роль играют анаэробные микроорганизмы *Propionibacterium acnes*. Они продуцируют ряд ферментов, повреждающих фолликулярную стенку и провоцирующих воспалительную реакцию, клинические проявления которой имеют широкий диапазон — от незначительных поверхностных папуло-пустулезных до глубоких нодуло-кистозных элементов. Активизация в зоне локализации угрей клещей *Demodex* усиливает воспалительные и пролиферативные процессы и значительно отягощает течение угревой болезни [12].

Несмотря на огромное количество публикаций, посвященных изучению различных аспектов демодекоза и угревой болезни, лечение этих дерматозов остается достаточно трудным и часто малоэффективным. Оно требует строго индивидуального подхода с учетом предрасполагающих факторов заболевания, типа кожи, возраста пациента, сопутствующей патологии, переносимости наружных и внутренних лекарственных средств. Терапия этих заболеваний бывает длительной и непрерывной, требует терпения врача и пациента. Часто наружные акарицидные средства обладают раздражающим эффектом, что при несоблюдении врачебных рекомендаций может приводить к косметическим дефектам кожи [14]. Это может отрицательно влиять на приверженность больного к лечению и способствовать рецидивам болезни.

При лечении демодекоза и угревой болезни чрезвычайно важное значение придается тщательному обследованию всего организма пациента и одновременному лечению выявленной патологии, особенно пищеварительной, эндокринной и иммунной систем.

Существует большое количество веществ, пагубно влияющих на клещей *Demodex*: деготь, сера, карболовая кислота, сулема, хлороформ, ртуть, йод и другие. Однако применение этих средств в практике не всегда приемлемо [10, 11].

Сегодня для местной акарицидной терапии демодекоза широко используются препараты бензил-бензоата (20 % эмульсия и крем), 4 % перметринный крем, аэрозоль «Спрегаль», кремы и гели для век «Демалан», «Гликоден», «Блефарогель» и др.

В качестве наружных поддерживающих средств в течение 2–3 месяцев после проведения базовой терапии применяют гель «Метрогил», препараты азелаиновой кислоты (кремы «Скинорен», «Акнестоп», «Акнедерм»), обладающие противовоспалительным и себостатическим действием.

В остром периоде для уменьшения воспалительных явлений на лице 2–3 дня накладывают холодные примочки с 2 % раствором борной кислоты, отваром ромашки, шалфея, череды,

после чего для уменьшения чувства стягивания кожи можно применять увлажняющие кремы «Гидролипик», «Топикрем» и другие.

Придавая важное значение местной терапии демодекоза и угревой болезни, следует учитывать, что клещи *Demodex* могут обитать в глубоких слоях кожи, куда не всегда проникают наружные акарицидные средства. При этом погибают лишь поверхностно расположенные клещи, а обитающие глубже выживают и могут способствовать рецидивам заболевания.

Поэтому при определении схем комплексного лечения больных демодекозом и угревой болезнью ключевая роль отводится системной терапии. Она предусматривает назначение антибактериальных и антипаразитарных средств общего действия, которые особенно показаны пациентам, страдающим пустулезными и комбинированными формами демодекоза и угревой болезни средней и тяжелой степени. Наиболее употребляемыми антибактериальными препаратами при этих заболеваниях являются антибиотики фторхинолоновой группы (офлоксацин), тетрациклинового ряда (окситетрациклин, доксициклин, метациклин), макролиды (эритромицин, джозамицин, азитромицин) [10].

Поскольку в развитии патологического процесса при демодекозе и угревой болезни определяющую или отягощающую роль играют клещи *Demodex*, больным параллельно назначают системные антипаразитарные средства, чаще всего орнидазол как сравнительно новый и наиболее эффективный препарат нитроимидазольной группы, проявляющий бактериостатическое действие в отношении анаэробных микроорганизмов и антипаразитарное в отношении клещей *Demodex* [10,15].

Компания Synmedic предложила для лечения демодекоза и отягощенной демодекозом угревой болезни комбинированный препарат «Офор», выпускаемый в форме таблеток, в состав которых входит 200 мг офлоксацина и 500 мг орнидазола. Фармакологическое действие офлоксацина — бактерицидное, орнидазола — антипаразитарное и бактериостатическое. Оба препарата быстро и практически полностью абсорбируются в пищеварительном канале, хорошо распределяются в тканях и биологических жидкостях организма, выводятся главным образом с мочой и калом, в терапевтических дозах не имеют клинически значимых побочных эффектов [10, 15].

Цель работы — изучить эффективность зарегистрированного в Украине препарата «Офор» в комплексном лечении демодекоза и угревой болезни, отягощенной демодекозом, с учетом переносимости препарата и выявления побочных эффектов.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 48 больных, из них 30 пациентов с клиническими проявлениями демодекоза (17 женщин и 13 мужчин в возрасте от 29 до 58 лет и давностью заболевания от года до 10 лет). У 4 больных диагностирована эритематозная форма демодекоза, у 2 — папулезная, у 5 — пустулезная и у 19 — комбинированная.

Кроме того, обследовано 18 пациентов юношеского возраста (16—20 лет), у которых на фоне угревой болезни средней степени тяжести были обнаружены клещи *Demodex*. Большинство наблюдаемых в прошлом лечились различными наружными средствами, 9 больных обратились за врачебной помощью впервые.

Перед началом лечения всех пациентов обследовали эндокринолог, гастроэнтеролог, иммунолог. При выявлении причинно-следственных связей дерматоза с внутренней патологией параллельно с терапией кожных проявлений специалист назначил соответствующую индивидуализированную терапию.

Для изучения сравнительной эффективности и целесообразности назначения препарата «Офор» больным демодекозом и угревой болезнью, отягощенной клещами *Demodex*, мы разделили пациентов на две группы. Больным первой группы, состоящей из 16 человек (8 — с проявлениями демодекоза и 8 — с угревой болезнью), проводили только наружную терапию противовоспалительными и акарицидными средствами в течение 5—6 нед с учетом пола, типа кожи лица, давности заболевания, выраженности и распространенности высыпаний, переносимости лекарственных препаратов, эффективности предшествующего лечения. Больным второй (основной) группы (22 — с демодекозом и 10 — с угревой болезнью) наряду с аналогичной местной была назначена системная терапия комбинированным препаратом «Офор» по 1 табл. 2 раза в сутки в течение 10 дней. Для профилактики кандидоза и дисбактериоза через 3—4 дня после начала лечения рекомендовали краткосрочный курс антимикотика и пробиотика. Эффективность терапии оценивали по клиническим признакам и данным трехкратного лабораторного исследования на наличие жизнеспособных клещей *Demodex* в соскобах из очагов поражения через 1, 2, 3 недели после окончания лечения. Лечение считалось высокоэффективным при клиническом выздоровлении и отсутствии живых *Demodex* в соскобах, взятых из разных участков очагов поражения.

Результаты и обсуждение

Быстрота регресса высыпаний была различной и зависела от клинической формы болезни и спо-

соба лечения. У больных первой клинической группы (16 пациентов, получавших только местную терапию) регресс высыпаний начинался на 10—12-е сутки и заканчивался к концу 5—6-й недели лечения.

Во второй клинической группе сыпь регрессировала быстрее, положительная динамика была заметна уже на 4—6-е сутки, окончательно сыпь исчезала к концу 3—4-й недели лечения.

Незначительная реакция раздражения кожи лица наблюдалась в первые дни применения наружных акарицидных средств у 4 пациенток. Эти проявления легко купировались антисептическими холодными примочками, что несколько удлиняло сроки лечения. Все больные второй группы, получавшие «Офор», отмечали хорошую переносимость препарата и лишь 5 пациентов жаловались на горький привкус во рту, не требовавший прерывания курса терапии.

Контрольное лабораторное трехкратное исследование через 1, 2, 3 недели после окончания лечения не выявило жизнеспособных клещей *Demodex* в коже лица пациентов второй группы.

У 9 больных первой группы, несмотря на положительный клинический результат, были обнаружены жизнеспособные клещи при третьем исследовании. Это свидетельствует о том, что весь спектр наружных акарицидных лекарственных средств, используемый на сегодняшний день, недостаточно эффективен. Большинство препаратов воздействует не на все формы демодецид, так как их молекулы не могут преодолеть ничтожно малый размер пор кутикулы половозрелых особей. Не все акарицидные препараты обладают хорошей проникающей способностью, зависящей от лекарственной формы и состава ее основы. Поэтому особи *Demodex*, обитающие в глубине волосяного фолликула, могут оставаться недостижимыми и способствовать рецидиву дерматоза [9, 10, 13].

Больным, у которых выявили клещи *Demodex* через 3 нед после окончания курса местной терапии, было назначено дополнительное лечение с заменой наружных акарицидных средств и перорального применения препарата «Офор» в течение 10 дней. Повторное лабораторное исследование на наличие клещей в соскобах из очагов поражения, проведенное через 3 мес после окончания дополнительного лечения, не выявило жизнеспособных особей *Demodex*. Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что отсутствие в патологическом материале клещей *Demodex* сразу после окончания лечения не может служить достоверным критерием полной эрадикации паразитов.

Клинические наблюдения дают основание полагать, что одной из причин рецидивов при демо-

декозе и отягощенной демодекозом угревой болезни является неполноценность и недостаточная эффективность местной антипаразитарной терапии. Включение в схемы комплексного лечения при этих заболеваниях комбинированного этиотропного препарата «Офор» с параллельным использованием различных наружных акарицидных средств значительно улучшает клиническую эффективность и сокращает сроки лечения больных.

Выводы

Предварительные результаты исследований по изучению эффективности препарата «Офор» при демодекозе и угревой болезни, осложненной демодекозом, позволили сделать следующие выводы:

1. Подтверждена высокая чувствительность клещей *Demodex*, а также бактериальной ана-

эробной и аэробной кокковой флоры к лекарственным средствам, входящим в состав препарата «Офор».

2. Комбинированный препарат «Офор» (200 мг офлоксацина + 500 мг орнидазола) в терапевтических дозах не вызывает значимых побочных эффектов, является безопасным и высокоэффективным при демодекозе и угревой болезни, отягощенной демодекозом.

3. Сочетание в препарате «Офор» двух патогенетически обоснованных для лечения демодекоза и угревой болезни этиотропных лекарственных средств сокращает сроки лечения, повышает приверженность больных к терапии и значительно снижает вероятность рецидивов.

4. Препарат «Офор» можно рекомендовать для широкого внедрения в клиническую практику.

Список литературы

1. Акбулатова Л.Х. О двух формах клеща демодекс фолликулёрум гоминис и о демодикозе человека / Труды Ленинградского института усовершенствования врачей.— 1970.— Вып. 74.— С. 54—66.
2. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология.— М.: Медицина, 2003.— 400 с.
3. Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые.— М.: Медицинская книга; Н. Новгород: НГМА, 2003.— 160 с.
4. Бакиш Б.П. Фолликулярный демодекс у больных розацеа // Вест. дерматол.— 1966.— № 8.— С. 15—21.
5. Варгапетов А.Я. Фолликулярный демодекс в патологии кожи / Тез. докл. V науч.-практ. конф. Московского НИИ косметологии МЗ РСФСР.— М., 1972.— С. 38—39.
6. Глухенький Б.Т., Сницаренко О.В. Розацеа и демодикоз // Врачебное дело.— 1984.— № 2.— С. 94—96.
7. Коган Б.Г. Демодекоз: рациональная классификация клинических форм заболевания. Влияние иммунных и гормональных изменений // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2002.— № 1 (4).— С. 62—66.
8. Коган Б.Г., Горголь В.Т. Специфичность клещей *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*— возбудителей демодикоза человека // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2001.— № 1.— С. 37—41.
9. Коган Б.Г., Степаненко В.И. Этиологическая и патогенетическая роль клещей-демоидид в возникновении дерматологических заболеваний у человека. Гипотезы, фак-

торы и перспективы дальнейших исследований. // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2002.— № 3.— С. 57—63.

10. Коган Б.Г. Современные подходы в комплексном лечении пациентов с демодикозом и розовыми угрями // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2010.— № 4 (39).— С. 55—62.
11. Калантаевская К.А., Глухенький Б.Т., Щуцкий И.В. Методические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике демодекоза.— 1980.— 15 с.
12. Клименко А.В., Степаненко В.І. Вугрова хвороба (акне) і акнеподібні дерматози (розацеа, демодикоз): етіологія, патогенез, клінічний перебіг та визначення перспективних підходів до диференціальної діагностики // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2008.— № 2 (29).— С. 19—28.
13. Майчук Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз.— М.: Медицина, 1988.— 288 с.
14. Пritуло О.А., Винцерская Г.А., Слесарева Д.А. Особенности применения препарата «Спрегаль» при комплексном лечении больных демодикозом // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3 (18).— С. 63—67.
15. Рябченко И.Н. Производные имидазола в комплексной терапии демодикоза // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2007.— № 3 (26).— С. 93—95.
16. Nutting W.B., Beerman H. Demodicosis and symbiophobia: status, terminology and treatments // Int. J.Dermatol.— 1983.— Vol. 22, N 1.— P. 13—17.

О.М. Шупенько¹, М.М. Шупенько²

¹ Київський міський шкірно-венерологічний диспансер

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Досвід застосування комбінованого препарату «Офор» у комплексному лікуванні демодекозу та вугрової хвороби

Мета роботи. Вивчити ефективність та безпечність застосування препарату «Офор» у лікуванні хворих на демодекоз та вугрову хворобу.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 48 хворих (30 — з різними клінічними формами демодекозу та 18 — з вугровою хворобою), яких було поділено на дві групи. В першій групі (8 — з демодекозом і 8 — з вугровою

хворобою, обтяженою демодекозом) хворим було проведено лише зовнішню акарицидну терапію. У другій групі (32 пацієнти) проведено комплексну (зовнішню та системну) терапію із застосуванням комбінованого препарату «Офор» (офлоксацин + орнідазол).

Результати та обговорення. Результати оцінювали за даними клінічного спостереження та мікроскопічного дослідження вмісту сально-волосяних фолікулів на наявність кліщів *Demodex* через 1, 2, 3 тижні після лікування. У 9 хворих першої групи виявлено живі *Demodex* під час третього дослідження. У пацієнтів другої групи кліщів не знайдено.

Висновки. Препарат «Офор» виявляє етіотропну дію щодо кліщів *Demodex*, є високоефективним та безпечним при демодекозі та вугровій хворобі, обтяженій кліщами *Demodex*.

Ключові слова: демодекоз, кліщі-демодециди, вугрова хвороба, лікування, препарат «Офор».

E.N. Shupenko¹, N.M. Shupenko²

«Ofor» in the combined treatment of demodecosis: clinical experience

¹ *Kyiv municipal STI clinic*

² *National Medical University O.O. Bohomolets*

The **aim of the study** is to study the efficacy «Ofor» in treatment of demodecosis and acne.

Materials and methods. Forty-eight patients with demodecosis (30 patients) and acne complicated by demodecosis (18 patients) were treated with two different therapy regimes. Patients in the first group (8 patients with demodecosis and 8 patients with acne complicated by demodecosis) were treated by topical anti-acaricidal therapy; patients in the second group (32 patients) were treated with topical agents in combination with systemic therapy by Ofor, which is the combined medicinal product contains ofloxacin and ornidazole.

Results and discussion. The efficacy of treatment regimens were evaluated by clinical signs and results of the microscopy of sebaceous-hair follicle content (elimination of *Demodex* mites). The microscopy test was performed after the 1st, 2nd and 3rd weeks after treatment completion. In the first group *Demodex* mites was detected in 9 cases (on 3rd week after the treatment). *Demodex* mites were not detected by microscopy in collected specimens.

Conclusions. Ofor can effectively eradicate *Demodex* mites. Ofor is effective and safe medicinal product for treatment of patients with demodecosis and acne complicated by demodecosis.

Ключові слова: демодекоз, кліщі-демодециди, вугрова хвороба, лікування, препарат «Офор».

Шупенько Олена Миколаївна, лікар-дерматовенеролог Київського міського шкірно-венерологічного диспансеру.

Шупенько Микола Михайлович, к. мед. н., доцент кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
01023, м. Київ, Шовковична, 39/1. E-mail: dvk2@ukr.net